



SUS-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 A

Entre as alternativas a seguir, assinale aquela que apresenta uma alteração para a qual, ao exame proctológico, está indicado o uso de pomada tópica de Diltiazem a 2% na região anal.

- A. sangramento anal com dor contínua há 8 semanas, associado à presença de plicoma, ulceração na linha média anterior, hipertonia esfinteriana e papila hipertrófica ✓**
- B. sangramento anal sem dor há 6 semanas, associado à presença de abaulamento perianal com saída de secreção purulenta e ulceração na linha média posterior
- C. sangramento anal sem dor há 3 semanas, associado à presença de abaulamento anal durante as evacuações que regride espontaneamente
- D. sangramento anal com dor durante as evacuações há 3 semanas, associado à presença de ulceração superficial na linha média posterior e papila hipertrófica
- E. sangramento anal com incômodo local há 8 semanas, associado à presença de múltiplas lesões verrucosas na margem anal

COMENTÁRIO OSCELABS

Diltiazem tópico a 2% é bloqueador de canal de cálcio usado para relaxar a hipertonia do esfíncter interno na FISSURA ANAL CRÔNICA. A alternativa correta traz exatamente a tríade crônica: úlcera na linha média, plicoma sentinela e papila hipertrófica, com dor prolongada (8 semanas) e hipertonia esfinteriana. Fissura aguda (3 semanas, úlcera superficial) responde a medidas higienodietéticas; abaulamento com secreção purulenta é abscesso/fístula; abaulamento que reduz sozinho é hemorroida; lesões verrucosas são condilomas. Resposta A.

QUESTÃO 2 — Gabarito B

Paciente do sexo feminino, de 53 anos de idade, sem comorbidades, assintomática, sem antecedente familiar de câncer colorretal, realizou exame de sangue oculto nas fezes com guáiaco que veio positivo, sendo indicada a realização de colonoscopia. A colonoscopia evidenciou dois pólipos sésseis, de 0,5 cm cada, localizados no cólon direito (ambos adenoma tubular de baixo grau), um pólipó sésil de 0,8 cm localizado no cólon transversal (adenoma túbulo-viloso de alto grau) e dois pólipos pediculados no sigmoide de 1,2 cm e 1,5 cm (ambos adenoma tubular de baixo grau). Foi realizada polipectomia, com margens livres de todos os pólipos. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta o seguimento adequado dessa paciente.

- A. realizar exame imunoquímico fecal anual e, se alterado, solicitar colonoscopia
- B. repetir a colonoscopia em 3 anos ✓**
- C. realizar exame de sangue oculto nas fezes com guáiaco anual e, se positivo, solicitar colonoscopia
- D. repetir a colonoscopia em 1 ano
- E. repetir a colonoscopia entre 5 e 7 anos

COMENTÁRIO OSCELABS

O seguimento pós-polipectomia é definido pelo achado de maior risco. Aqui há 5 adenomas, um deles túbulo-viloso com displasia de ALTO grau e outros de 1,2 e 1,5 cm — perfil de alto risco (5 ou mais adenomas, lesão maior que 10 mm, componente viloso, alto grau). A recomendação é nova colonoscopia em 3 anos. Repetir em 1 ano é excessivo (reservado a ressecção fragmentada ou incompleta), 5 a 7 anos é intervalo de baixo risco, e voltar a rastrear com sangue oculto após polipectomia é inadequado. Resposta B.

QUESTÃO 3 — Gabarito E

Em relação às hérnias inguinocrurais em adultos, julgue os itens a seguir. I O tratamento cirúrgico é indicado para homens sintomáticos com hérnia inguinocrural. II O tratamento cirúrgico é indicado para mulheres não gestantes com hérnia inguinocrural, seja ela sintomática ou assintomática. III O diagnóstico da hérnia inguinocrural deve ser feito pelo exame clínico. IV O ultrassom deve ser o exame inicial em casos em que a história clínica é condizente com hérnia e o seu exame físico é vago. V Os diagnósticos diferenciais incluem linfonodomegalia, hérnia incisional, hidrocele e pubéite. Assinale a alternativa correta.

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

E. Todos os itens estão certos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Todos os itens estão corretos. Homem sintomático tem indicação cirúrgica (o assintomático pode ser vigiado); mulher NÃO gestante deve ser operada mesmo assintomática, pela alta prevalência de hérnia femoral e pelo risco de encarceramento. O diagnóstico é essencialmente CLÍNICO, ficando o ultrassom como primeiro exame quando a história sugere hérnia mas o exame físico é duvidoso. Linfonodomegalia, hidrocele, hérnia incisional e pubéite são diferenciais clássicos da região inguinocrural. Resposta E.

QUESTÃO 4 — Gabarito A

Uma paciente de 45 anos de idade, assintomática, com índice de massa corpórea (IMC) igual a 34, sem comorbidades, compareceu ao consultório após ter sido diagnosticada, por meio de ultrassom de rotina, com colelitíase, tendo o ultrassom evidenciado a presença de microcálculos (menores que 0,5 cm). Nesse caso clínico hipotético,

A. a colecistectomia está indicada devido ao risco de pancreatite aguda. ✓

- B. a indicação cirúrgica é relativa, pois o risco de complicações é menor que o risco da operação.
- C. recomenda-se não operar e iniciar dieta pobre em colesterol e ácidos graxos, pois os cálculos são constituídos, na maioria dos casos, por colesterol puro, além de traços de ácidos graxos e fosfolípidios.
- D. indica-se a colecistectomia após a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, para excluir a presença de microcoledocolitíase.
- E. a colecistectomia está indicada, devido ao alto risco de desenvolvimento de colecistite aguda e câncer de vesícula. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 2

COMENTÁRIO OSCELABS

Microcálculos (menores que 0,5 cm) migram pelo ducto cístico e impactam na papila — são o principal fator de risco para PANCREATITE AGUDA BILIAR. Por isso a colecistectomia está indicada mesmo em paciente assintomática. Dieta não dissolve cálculo; a CPRE é invasiva, com risco próprio de pancreatite, e não se usa como rastreio pré-operatório; e o argumento de câncer de vesícula vale para vesícula em porcelana e pólipos, não para microcálculos. Resposta A.

QUESTÃO 5 — ANULADA

Um paciente de 75 anos de idade, hipertenso controlado, com queixa de sangramento anal há 6 meses após as evacuações e alteração do hábito intestinal, compareceu ao hospital. O exame proctológico evidenciou a presença de mamilos hemorroidários grau 3 e tumoração endurecida, friável, sangrante, indolor, ocupando 1/3 da circunferência do reto, a 5 cm da borda anal. Nesse caso hipotético, a melhor conduta é solicitar

- A. retossigmoidoscopia, CEA (antígeno carcinoembrionário), radiografia de tórax e ultrassonografia de abdome superior.
- B. colonoscopia, CEA, PET-CT e exames pré-operatórios.
- C. exames pré-operatórios e agendar biópsia da lesão retal no centro cirúrgico a ser realizada durante a hemorroidectomia.
- D. colonoscopia e, a depender do resultado da biópsia, prosseguir com a investigação diagnóstica.
- E. colonoscopia, CEA, tomografia de tórax e abdome e ressonância magnética da pelve.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O caso trazia idoso com sangramento anal e tumoração retal endurecida e friável a 5 cm da borda anal — quadro de neoplasia de reto, em que o estadiamento adequado inclui colonoscopia com biópsia, CEA, tomografia de tórax e abdome e ressonância magnética da pelve, que define o T e o N locais e orienta a neoadjuvância. Como a questão foi anulada, não há alternativa oficialmente correta a apontar.

QUESTÃO 6 — Gabarito E

Uma mulher de 78 anos de idade, com histórico de múltiplas cirurgias prévias, apresenta quadro de abdome agudo obstrutivo. Foi submetida a uma laparotomia exploradora com extensa lise de aderências, procedimento que teve duração de 7 horas. Recebeu 2 litros de cristalóide durante a cirurgia e urinou 200 mL. A creatinina sérica teve um incremento de 0,6 mg/dL no dia seguinte. Outros dados da paciente: PA = 90 mmHg x 60 mmHg; FC = 110 bpm. Assinale a alternativa que apresenta a conduta que deve ser evitada nesse caso hipotético.

- A. descartar obstrução de sonda vesical
- B. verificar valor da hemoglobina sérica
- C. calcular a fração de excreção de sódio
- D. administrar volume
- E. iniciar amina vasoativa para manter a pressão arterial média em torno de 65 mmHg ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente hipotensa, taquicárdica, oligúrica e com grande perda insensível após 7 horas de laparotomia: o quadro é de HIPOVOLEMIA com lesão renal aguda pré-renal. A conduta a ser EVITADA é iniciar vasopressor antes de repor volume — a amina no paciente hipovolêmico agrava a isquemia renal e esplâncnica. Descartar obstrução da sonda, checar hemoglobina (sangramento oculto), calcular a fração de excreção de sódio e expandir volume são todas condutas apropriadas. Resposta E.

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Cada uma das alternativas a seguir apresenta um paciente e algumas de suas informações clínicas. Entre essas alternativas, assinale aquela que apresenta o paciente com maior gravidade e provável quadro de sepse.

- A. mulher de 27 anos de idade, após litotripsia para nefrolitíase, afebril, com FC de 102 bpm e PA igual a 90 mmHg x 40 mmHg, com confusão mental e com contagem de leucócitos igual a 9.000/uL ✓**

- B. homem de 45 anos de idade, com pancreatite, temperatura igual a 38 oC, FC igual a 110 bpm, PA de 110 mmHg x 60 mmHg e contagem de leucócitos igual a 14.000/uL
- C. mulher de 53 anos, em pós-operatório imediato de ressecção de tumor de cólon, que está taquicárdica e requer intubação orotraqueal
- D. senhora que reside em casa de repouso, de 84 anos de idade, com cultura de urina positiva para *Proteus* spp.
- E. homem de 18 anos de idade que apresentou quadro de apendicite gangrenosa, estando agora no pós-operatório imediato de uma apendicectomia laparoscópica, febril (39 oC) e taquicárdico (FC = 130 bpm), com PA igual a 140 mmHg x 70 mmHg

COMENTÁRIO OSCELABS

Sepse, pelo consenso Sepsis-3, é infecção com DISFUNÇÃO ORGÂNICA, não apenas resposta inflamatória. A paciente pós-litotripsia tem foco urinário provável e dois critérios de qSOFA — confusão mental e pressão sistólica de 90 mmHg —, o que a identifica como a mais grave. Febre com taquicardia e leucocitose na pancreatite ou no pós-operatório imediato de apendicectomia é resposta inflamatória esperada, sem disfunção; e urocultura positiva em idosa institucionalizada sem sintomas é bacteriúria assintomática. Resposta A.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Uma mulher de 55 anos de idade foi submetida a reconstrução mamária com músculo reto abdominal (TRAM) bilateral após mastectomia radical. Está em programação de radioterapia pós-operatória. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta, quanto à cicatrização de feridas dessa paciente.

- A. A presença de leucócitos com contagem de 100 por centímetro quadrado retarda a cicatrização de feridas.
- B. A denervação tem um efeito deletério na contração da ferida e na epitelização.
- C. Quimioterapia iniciada 10 a 14 dias após a cirurgia tem pouco efeito sobre o estado final da cicatrização.

D. A isquemia tecidual é o principal componente do dano tecidual causado pela irradiação. ✓

- E. A radioterapia pós-operatória deve ser adiada por, pelo menos, 4 a 6 meses após a cirurgia, para diminuir a incidência de complicações da ferida. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 3

COMENTÁRIO OSCELABS

O dano actínico decorre essencialmente de ISQUEMIA: a irradiação causa endarterite obliterante, fibrose e hipovascularização, reduzindo o aporte de oxigênio e comprometendo a cicatrização — daí a maior taxa de deiscência em retalhos irradiados. A radioterapia adjuvante costuma ser iniciada em torno de 4 a 6 semanas (não meses) da cirurgia, e a quimioterapia muito precoce, nos primeiros dias, é justamente o que mais prejudica a fase proliferativa da ferida. Resposta D.

QUESTÃO 9 — ANULADA

Paciente, masculino, de 45 anos de idade, vítima de incêndio de grandes proporções em sua casa, tendo permanecido por mais de duas horas dentro do local, foi resgatado e levado ao pronto-socorro. Apresenta desconforto respiratório e queimaduras profundas, nas áreas indicadas na figura a seguir por meio de um círculo com um “X”. S. M. Carvalho, I. A. Kuhnen e M. J. L. Pereira. Protocolo de padronização do perfil infeccioso de crianças internadas na unidade de queimados. In: Revista Brasileira de Queimaduras, 12(2), p. 118-127, 2013 (com adaptações). Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o percentual de superfície corpórea queimada (SCQ), de acordo com o método de Wallace, e a melhor conduta inicial de tratamento, nesse caso hipotético.

- A. 40%; intubação orotraqueal, reposição volêmica de 2 mL de ringer lactato x peso corporal x SCQ

- B. 45%; intubação orotraqueal, reposição volêmica de 2 mL de ringer lactato x peso corporal x SCQ, limpeza e curativo das áreas queimadas, analgesia, antibioticoterapia, transferência para centro especializado em tratamento de queimados
- C. 45%; intubação orotraqueal, reposição volêmica de 5,2 mL de ringer lactato x peso corporal x SCQ, curativo das áreas queimadas, analgesia
- D. 50%; cateter nasal com oxigênio úmido 5 L/min, curativo das áreas queimadas, transferência para centro especializado em tratamento de queimados
- E. 50%; CEPAP ou máscara de O₂ não reinalante 15 L/min, curativo simples das áreas queimadas, analgesia

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O caso cobrava dois pontos: o cálculo da superfície corpórea queimada pela regra dos nove de Wallace a partir da figura e o manejo inicial do grande queimado com lesão inalatória — via aérea definitiva precoce (permanência prolongada em ambiente fechado e desconforto respiratório) e reposição volêmica com Ringer lactato pela fórmula de Parkland, além de analgesia e transferência a centro especializado. Sem gabarito oficial válido, não cabe apontar alternativa correta.

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Paciente de 35 anos de idade, masculino, vítima de acidente com colisão de sua moto contra um caminhão, politraumatizado, com suspeita de trauma raquimedular, foi levado ao hospital. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta, com relação ao trauma raquimedular.

- A. A associação de hipotensão e vasoconstrição caracteriza o choque medular.
- B. A presença do reflexo bulbocavernoso afasta lesão medular.
- C. A avaliação neurológica e funcional define o prognóstico, além de procurar apontar com exatidão o nível neurológico da lesão e o grau de comprometimento funcional. ✓**
- D. Em uma avaliação primária, deve-se identificar se a causa do choque é hipovolêmico ou neurogênico, embora o tratamento para ambos seja a administração de grande reposição volêmica.
- E. O choque medular é uma disfunção autonômica que interfere na manutenção da estabilidade hemodinâmica, resultando em bradicardia, vasoconstrição, hipotensão e aumento da capacidade venosa a paralisia flácida.

COMENTÁRIO OSCELABS

No trauma raquimedular a avaliação neurológica e funcional seriada (padrão ASIA) define o nível da lesão, o grau de comprometimento e o prognóstico. O choque neurogênico cursa com hipotensão, bradicardia e VASODILATAÇÃO por perda do tônus simpático — não vasoconstrição — e não se trata apenas com volume: exige vasopressor. E o reflexo bulbocavernoso não afasta lesão medular; seu retorno apenas marca o fim do choque medular, permitindo avaliar o déficit definitivo. Resposta C.

QUESTÃO 11 — Gabarito A

A tríade de Charcot caracteriza-se por

- A. febre, icterícia e dor em hipocôndrio direito, estando presente em pacientes com colangite aguda. ✓**
- B. febre, dor em fossa ilíaca direita e icterícia, estando presente em pacientes com apendicite aguda.
- C. dor em hipocôndrio direito, icterícia e vômitos, estando presente em pacientes com pancreatite aguda.
- D. febre, icterícia e dor em hipocôndrio direito, estando presente em pacientes com colecistite aguda.
- E. icterícia, febre e leucocitose, estando presente em pacientes com colangite aguda e colecistite aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríade de Charcot — febre, icterícia e dor em hipocôndrio direito — traduz obstrução biliar infectada, ou seja, COLANGITE AGUDA. O detalhe que derruba o distrator é a doença atribuída: a mesma tríade associada à colecistite está errada, pois nela a obstrução é do ducto cístico e a icterícia não faz parte do quadro típico (o achado é o sinal de Murphy). Leucocitose isolada não substitui a dor em hipocôndrio direito na definição da tríade. Resposta A.

QUESTÃO 12 — Gabarito B

Quanto à Pêntade de Reynolds, assinale a alternativa correta.

- A. Seus sintomas são febre, icterícia, dor em hipocôndrio direito, hipotensão e vômitos.
- B. Seus sintomas são febre, icterícia, dor em hipocôndrio direito, rebaixamento do nível de consciência e hipotensão. ✓**
- C. Ela representa sepse em quadros de colecistite aguda.
- D. Nesse caso, o tratamento da causa base é sempre cirúrgico.
- E. Ela sempre está presente em pacientes com colangite aguda. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 4

COMENTÁRIO OSCELABS

A pêntade de Reynolds é a tríade de Charcot (febre, icterícia, dor em hipocôndrio direito) somada a HIPOTENSÃO e REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA — marca a colangite aguda grave, com sepse de foco biliar. Ela não define colecistite, não está presente em todos os casos de colangite (é justamente a minoria mais grave) e o tratamento da causa base é a drenagem biliar, preferencialmente por CPRE, e não obrigatoriamente cirúrgico. Resposta B.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Paciente do sexo feminino, de 35 anos de idade, com queixa de dor abdominal há 5 dias, iniciada em epigastro, agora localizada em fossa ilíaca direita, associada a inapetência e febre não medida, está recebendo atendimento em um hospital. A paciente nega corrimento vaginal. Exames revelaram o seguinte: HB = 12,4; leucograma = 14.900, com desvio à esquerda; urina 1 com leucocitúria; e nitrato negativo. O exame físico revelou dor à palpação de fossa ilíaca direita, com defesa localizada neste quadrante. A respeito desse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Trata-se de uma infecção de trato urinário; deve-se prescrever antibioticoterapia domiciliar e dar alta à paciente.
- B. Trata-se de gastroenterite aguda, e a paciente, provavelmente, desenvolverá quadro diarreico nos próximos dias; o tratamento indicado no caso é antiespasmódico e hidratação.
- C. Trata-se, provavelmente, de apendicite aguda, diagnóstico que pode ser confirmado por exame de tomografia. ✓**
- D. Trata-se de ureterolitíase; nesse caso, deve-se solicitar avaliação de urologia e dar alta da cirurgia geral.
- E. Trata-se, certamente, de infecção ginecológica, devendo-se, nesse caso, prescrever antibiótico via oral e creme vaginal e dar alta hospitalar; caso a paciente apresente melhora dos sintomas, deve procurar avaliação de ginecologista.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor que migra do epigástrio para a fossa ilíaca direita, anorexia, febre, leucocitose com desvio e defesa localizada é apendicite aguda até prova em contrário. A leucocitúria com nitrito negativo é armadilha clássica: o apêndice inflamado em contato com ureter ou bexiga causa piúria estéril e não autoriza rotular o caso como infecção urinária. Em mulher jovem com dúvida diagnóstica, a tomografia de abdome é o exame que confirma. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito E

Com relação à classificação de Forrest para úlceras pépticas com sangramento, assinale a alternativa correta.

- A. Forrest 2A diz respeito a úlceras com coágulo aderido.
- B. Forrest 1B diz respeito a úlceras com coto vascular visível.
- C. Forrest 3 diz respeito a úlceras com pontos de hematina.
- D. Forrest 2B diz respeito a úlceras com sangramento em babação ou porejamento.

E. Forrest 1 A diz respeito a úlceras com sangramento em jato. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Classificação de Forrest: IA sangramento em jato (arterial), IB sangramento em babação ou porejamento, IIA vaso visível não sangrante, IIB coágulo aderido, IIC hematina na base, III base limpa. As alternativas trocam sistematicamente os subgrupos. Vale reter a consequência prática: Forrest IA, IB e IIA exigem terapia endoscópica; IIB é controverso (remoção do coágulo); IIC e III têm baixíssimo risco de ressangramento e dispensam hemostasia. Resposta E.

QUESTÃO 15 — ANULADA

Quanto às hemorragias digestivas, assinale a alternativa incorreta.

- A. Melena significa sangue digerido nas fezes.
- B. Enterorragia ou hematoquezia significa presença de sangue vivo nas fezes.
- C. Hematêmese significa vômitos com sangue.
- D. Pacientes que apresentam hematêmese certamente apresentam hemorragia digestiva alta.
- E. Pacientes que apresentam melena certamente não apresentam hemorragia digestiva baixa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema é a semiologia da hemorragia digestiva: melena (sangue digerido, escuro e fétido) aponta sangramento alto, mas pode ocorrer em sangramento de delgado ou de cólon direito com trânsito lento; enterorragia e hematoquezia significam sangue vivo; hematêmese praticamente define hemorragia digestiva alta. O enunciado pedia a alternativa incorreta, e o excesso de termos absolutos motivou a anulação — não há letra oficial a indicar.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Acerca de pancreatites agudas, assinale a alternativa incorreta.

- A. Para o diagnóstico de pancreatite aguda, deve-se considerar o quadro clínico característico, elevação de amilase e(ou) lipase pelo menos três vezes acima dos níveis séricos normais, tomografia computadorizada com contraste endovenoso evidenciando alterações pancreáticas; pelo menos dois desses critérios devem estar presentes.

B. A única forma de se considerar uma pancreatite aguda grave é se houver mais que 30% de necrose de parênquima pancreático visualizado em tomografia computadorizada com contraste; na ausência de necrose, a pancreatite sempre deve ser considerada leve. ✓

- C. A principal etiologia da pancreatite aguda é biliar.
- D. Também são causas de pancreatite aguda a hipertrigliceridemia e a hipercalcemia.
- E. A ecoendoscopia é um exame de imagem importante durante investigação das causas de pancreatite aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado pede a INCORRETA. A gravidade da pancreatite aguda é definida pela classificação de Atlanta revisada, com base em DISFUNÇÃO ORGÂNICA (persistente por mais de 48 horas equivale a grave) e em complicações locais — não pelo percentual de necrose na tomografia. Pancreatite sem necrose pode ser gravíssima se houver falência respiratória, renal ou cardiovascular. As demais afirmativas estão corretas: 2 de 3 critérios diagnósticos, etiologia biliar como principal, hipertrigliceridemia e hipercalcemia como causas e ecoendoscopia na investigação. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

A respeito do abdome agudo obstrutivo (AAO), assinale a alternativa incorreta.

- A. AAO classifica-se como alto ou baixo, de acordo com o distúrbio metabólico decorrente do quadro de obstrução.
- B. Obstrução intestinal em alça fechada é considerada uma emergência cirúrgica.
- C. Volvo de sigmoide e bridas são causas extrínsecas de obstrução intestinal.
- D. Neoplasias gástricas ou estenoses antropilóricas não são causas de AAO, pois não provocam parada de eliminação de gases e fezes. ✓**
- E. Algumas vezes, a primeira manifestação de uma neoplasia de cólon é o quadro obstrutivo. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Busca-se a afirmativa INCORRETA. Neoplasia gástrica e estenose antropilórica são causas clássicas de abdome agudo obstrutivo ALTO: cursam com vômitos precoces e de grande volume, e a eliminação de gases e fezes pode persistir algum tempo justamente porque o conteúdo distal à obstrução ainda é evacuado — o que não descaracteriza a obstrução. Obstrução em alça fechada é emergência cirúrgica pelo risco de estrangulamento, e o quadro obstrutivo pode ser a estreia de uma neoplasia colônica. Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Um paciente, vítima de ferimento penetrante por arma branca em zona II cervical, foi levado ao pronto-socorro por transeuntes. A avaliação primária era a seguinte: vias aéreas pervias; murmúrio vesicular presente bilateralmente; frequência cardíaca de 95 batimentos por minuto, tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos, pulso cheio; pupilas isocóricas e fotorreagentes, escala de coma de Glasgow 15; ferimento em zona II cervical à direita de aproximadamente 2,0 cm, sem sangramento ativo, sem outros ferimentos. Não havia saída de ar do ferimento. Considerando esse caso clínico, assinale a alternativa correta, com relação à melhor conduta referente ao quadro clínico apresentado por esse paciente.

- A. O paciente deve ser submetido a exploração digital do ferimento; caso o músculo platíma tenha sido penetrado, o paciente deve ser submetido a endoscopia digestiva e ultrassom Doppler dos vasos cervicais, para avaliação de potenciais lesões relacionadas ao ferimento.
- B. Mesmo estável hemodinamicamente, o paciente deve ser submetido a cervicotomia exploradora mandatória, uma vez que o ferimento se encontra em zona II cervical.
- C. Na suspeita de penetração do músculo platíma, o paciente, uma vez estável e sem sinais de sangramento em atividade, deve ser submetido a exames de endoscopia digestiva alta, broncoscopia e arteriografia dos vasos cervicais, para descartar potenciais lesões relacionadas ao ferimento. ✓**

- D. O paciente deve ser submetido a exploração digital do ferimento e, caso o músculo platíma tenha sido penetrado, está indicada a cervicotomia exploradora.
- E. Uma vez que o paciente está estável, não apresenta sangramento ativo, nem saída de ar do ferimento, não é necessário realizar exames complementares nem cirurgia, podendo ser submetido apenas a sutura do ferimento e mantido em observação; caso permaneça bem, poderá receber alta hospitalar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento cervical em zona II com paciente ESTÁVEL: a conduta moderna é seletiva, com investigação das estruturas em risco (aerodigestivas e vasculares) por endoscopia digestiva alta, broncoscopia e arteriografia ou angiotomografia. A cervicotomia exploradora mandatória por zona II foi abandonada pela alta taxa de exploração branca; a exploração digital do ferimento é proscrita, pois pode deslocar coágulo e desencadear sangramento maciço; e liberar o paciente apenas suturado ignora lesões ocultas de esôfago. Resposta C.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Acerca do tratamento não operatório (TNO) no trauma abdominal fechado, assinale a alternativa correta.

- A. Grau da lesão é condição determinante para esse tratamento poder ser instituído.
- B. Esse tratamento pode ser feito com diagnóstico ecográfico de lesão de vísceras parenquimatosas como fígado, baço ou rim.
- C. Esse tratamento pode ser feito em pacientes cujo achado de tomografia ou ultrassom seja líquido livre sem lesão de víscera parenquimatosa, desde que o paciente esteja estável hemodinamicamente e sem sinais de peritonite.
- D. Esse tratamento pode ser feito em pacientes estáveis hemodinamicamente, desde que o diagnóstico de lesão de víscera parenquimatosa seja feito através de exame de tomografia e que haja acompanhamento ✓**
- E. Esse tratamento não é a melhor escolha para pacientes com lesão hepática grau III.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tratamento não operatório do trauma abdominal fechado exige três pilares: ESTABILIDADE hemodinâmica, lesão caracterizada por TOMOGRAFIA com contraste e ambiente com monitorização contínua por equipe capacitada, com cirurgia disponível. O grau da lesão isoladamente não contraindica — lesões hepáticas e esplênicas de alto grau são manejadas de forma conservadora em centros adequados. O ultrassom (FAST) detecta líquido livre, mas não caracteriza a lesão e não basta para indicar o TNO. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Um paciente, vítima de acidente de moto contra anteparo fixo a 60 km/h, com capacete, foi levado pelos bombeiros à sala de trauma, em prancha longa e com colar cervical. Ao exame físico, apresentava frequência cardíaca (FC) de 110 bpm, pressão arterial (PA) de 100 mmHg x 70 mmHg, bacia estável, fratura exposta em coxa direita, com sangramento e pulsos distais de membro inferior direito diminuídos; havia presença de sangue em orofaringe. Chegou com olhos fechados, porém os abre ao ser chamado pelo nome. Localiza dor quando avaliada sua movimentação e expressa palavras desconexas e confusão mental. Tem equimose palpebral bilateral. À ausculta respiratória, os murmúrios vesiculares são presentes; sem ruídos adventícios. Nesse caso hipotético, a sequência mais adequada para identificação e resolução dos problemas desse paciente, segundo os preceitos da avaliação primária do ATLS, é

- A. intubação orotraqueal, uma vez que o Glasgow é 8, acesso venoso periférico em membros superiores com início de infusão de solução de ringer lactato aquecido, ligadura dos vasos que apresentam sangramento na fratura exposta.
- B. intubação nasotraqueal, uma vez que tem sangue na orofaringe, acesso venoso central com início de infusão de solução de ringer lactato aquecido, tamponamento com curativo de sangramento da fratura exposta.

C. aspirar sangue da orofaringe e aporte de oxigênio sob máscara a 12 L/min, acessos venosos periféricos em membros superiores com início de infusão de solução de ringer lactato aquecido, alinhamento de membro inferior direito fraturado na tentativa de melhorar sua perfusão e tamponamento do sangramento da fratura exposta com curativo. ✓

D. intubação orotraqueal, uma vez que Glasgow é 10, dissecação de veia safena do membro não fraturado (esquerdo) e início de infusão de solução de ringer lactato aquecido, ligadura dos vasos com sangramento da fratura exposta.

E. aspirar sangue de orofaringe e aporte de oxigênio sob máscara a 12 L/min, acesso venoso central com início de infusão de solução de ringer lactato aquecido, tamponamento do sangramento dos vasos da fratura exposta com curativo. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 6 PEDIATRIA

COMENTÁRIO OSCELABS

Glasgow do paciente: abre os olhos ao chamado (3), palavras desconexas (3) e localiza a dor (5), total 11 — não há indicação imediata de intubação; e a equimose palpebral bilateral (sinal do guaxinim) sugere fratura de base de crânio, contraindicando a via nasotraqueal. Seguindo o ABCDE: aspirar a orofaringe e ofertar oxigênio, obter DOIS acessos venosos periféricos calibrosos com cristaloide aquecido, tamponar o sangramento por compressão e alinhar o membro fraturado para restaurar a perfusão distal. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito B

Assinale a alternativa que apresenta a recomendação de suplementação de ferro para recém-nascidos a termo, com peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo, de acordo com o consenso sobre anemia ferropriva da Sociedade Brasileira de Pediatria.

A. 2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 6 meses de vida até os 12 meses, em lactentes sem fator de risco

B. 1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 3 meses de vida até os 2 anos de idade, em lactentes com fator de risco ✓

C. 2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 3 meses de vida até os 2 anos de idade, em lactentes com fator de risco

D. 1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 6 meses de vida até os 12 meses, em lactentes sem fator de risco

E. 2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 3 meses de vida até os 12 meses, em lactentes com fator de risco

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo consenso de anemia ferropriva da Sociedade Brasileira de Pediatria, o recém-nascido a termo, com peso adequado e em aleitamento materno exclusivo recebe 1 mg de ferro elementar por quilo ao dia. Nos lactentes com fator de risco a profilaxia começa aos 3 meses e se estende até os 2 anos de idade. A dose de 2 mg/kg/dia é reservada aos prematuros e aos recém-nascidos de baixo peso, que têm reservas de ferro proporcionalmente menores e crescimento pós-natal acelerado. Resposta B.

QUESTÃO 22 — Gabarito E

Lactente de 12 meses de vida, do sexo masculino, foi levado para consulta de puericultura com queixa de lesões pruriginosas na pele. Pais referem prurido intenso nos últimos meses, por vezes atrapalhando o sono da criança. Ao exame, lactente apresenta lesões eritematosas com pápulas, vesículas e crostas na face, sem acometimento de nariz e boca; com dupla prega infrapalpebral. Apresenta também algumas lesões de mesmo aspecto em região extensora dos braços. Considerando esse caso clínico hipotético, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o diagnóstico e o possível tratamento para o quadro apresentado.

- A. dermatite seborreica; corticoide tópico
- B. eczema numular; tracolimus
- C. dermatite de contato alérgica; anti-histamínicos
- D. impetigo; antibiótico oral e tópico

E. dermatite atópica; hidratação da pele ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Prurido intenso que atrapalha o sono, eczema (eritema, pápulas, vesículas e crostas) poupando o maciço centro-facial, prega de Dennie-Morgan (dupla prega infrapalpebral) e lesões em superfícies extensoras nessa faixa etária compõem a DERMATITE ATÓPICA do lactente. O pilar do tratamento é restaurar a barreira cutânea com hidratação e emolientes; corticoide tópico e imunomoduladores entram nas crises. Impetigo teria crostas melicéricas sem cronicidade, e dermatite seborreica não é pruriginosa. Resposta E.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

Um menino de 3 anos de idade, previamente hígido, foi levado ao pronto-socorro com quadro de palidez abrupta e queda no estado geral. Sua avó, que o acompanhava, negou uso de medicações e relatou que, nos últimos dias, encontrara a criança brincando com bolinhas de naftalina. Ao exame, constatou-se o seguinte: criança afebril, hipocorada (2+/4+) e icterica (2+/4+); taquicardia, com ausculta respiratória e cardíaca sem alterações; e baço palpável a 1 cm do rebordo costal. Foram solicitados exames laboratoriais, os quais revelaram Hb = 6,2 mg/dL, Ht = 18,5%, reticulócitos = 9,5% e Coombs direto negativo. Assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica nesse caso.

- A. doença falciforme
- B. esferocitose hereditária
- C. talassemia minor

D. deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase ✓

E. anemia hemolítica autoimune

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemólise aguda desencadeada por naftalina em menino, com icterícia, reticulocitose e COOMBS DIRETO NEGATIVO, aponta deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase — condição ligada ao X em que a hemácia não neutraliza o estresse oxidativo (naftalina, sulfas, primaquina, infecções). Coombs negativo afasta anemia hemolítica autoimune; a esferocitose costuma dar esplenomegalia e história familiar, com fragilidade osmótica alterada; e talassemia minor é microcitose assintomática, sem crise hemolítica. Resposta D.

QUESTÃO 24 — ANULADA

Foi levado para o hospital um recém-nascido, do sexo masculino, com 39 semanas de vida, AIG, assintomático, filho de mãe com tuberculose, diagnosticada no início do terceiro trimestre, em tratamento regular. Exames maternos dos últimos 15 dias revelaram o seguinte: pesquisa BAAR no escarro negativo e radiografia de tórax sem alterações. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta, com relação à conduta recomendada para o paciente em questão.

- A. A amamentação deve ser orientada sem qualquer restrição, e a vacina BCG pode ser aplicada.
 - B. A amamentação deve ser contraindicada, devido ao risco de passagem do *Mycobacterium tuberculosis* pelo leite humano.
 - C. A mãe deve amamentar seu filho usando máscara até o final do tratamento.
 - D. A amamentação deve ser orientada, porém recomenda-se, para a criança, o uso profilático de rifampicina até o terceiro mês de vida.
 - E. A mãe deve amamentar seu filho usando máscara, e a vacina BCG deve ser aplicada após o terceiro mês de vida.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 7

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado é a conduta no recém-nascido de mãe com tuberculose: a amamentação NÃO é contraindicada, pois o bacilo não passa pelo leite — o cuidado é com a transmissão respiratória, com uso de máscara enquanto a mãe for bacilífera. A discussão central era a necessidade de quimioprofilaxia e o eventual adiamento do BCG diante de mãe já em tratamento regular e com baciloscopia negativa. Sem gabarito oficial, não cabe apontar alternativa correta.

QUESTÃO 25 — Gabarito E

Quanto à vacina contra o HPV disponível no calendário nacional de vacinação do Brasil, assinale a alternativa correta.

- A. Essa vacina protege contra o papilomavírus humano 6, 11, 31 e 33.
- B. O esquema básico recomenda dose única para adolescentes.
- C. Essa vacina é composta pelo papilomavírus humano atenuado.
- D. A idade recomendada para a aplicação dessa vacina é 7 anos.
- E. O esquema com três doses está recomendado para pacientes oncológicos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina HPV do calendário público brasileiro é quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18), composta por partículas semelhantes a vírus (VLP) — NÃO contém vírus atenuado — e é aplicada na faixa de 9 a 14 anos. O esquema ampliado de TRÊS doses fica reservado a imunossuprimidos: pessoas vivendo com HIV, transplantados e pacientes ONCOLÓGICOS, que respondem menos à imunização. Resposta E.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Escolar, com 7 anos de idade, do sexo feminino, previamente hígida, apresenta, em consulta de rotina, quadro de corrimento vaginal há um mês. Sua mãe refere que a criança acorda muitas vezes durante a noite com prurido em região anal. Seu desenvolvimento pondero-estatural é adequado. O quadro clínico apresentado nessa situação hipotética é sugestivo do parasita denominado

- A. *Entamoeba histolytica*.
- B. *Trichuris trichiura*.
- C. *Strongyloides stercoralis*.
- D. *Enterobius vermiculares*. ✓**

E. *Necator americanus*.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prurido anal de predomínio NOTURNO em escolar, associado a corrimento vaginal, é o quadro clássico da enterobíase (oxiúriase) por *Enterobius vermicularis*: a fêmea migra à noite para a região perianal para depositar ovos e pode alcançar a vulva, causando vulvovaginite. *Ancilostomídeos* e *Necator* cursam com anemia ferropriva, *Strongyloides* com larva currens e síndrome de Löfller, e *Trichuris* com disenteria e prolapso retal nas formas maciças. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Lactente do sexo masculino, com 2 meses de vida, foi levado para consulta de puericultura em uma unidade básica de saúde. Sua mãe, muito aflita, referiu que o filho apresentava cólicas intensas, acompanhadas de vômitos frequentes e recusa de alimentos havia 30 dias, além de presença de sangue e muco nas fezes havia 10 dias, bem como eritema em topografia de região poplíteia e fossa cubital. Trata-se de paciente em aleitamento materno exclusivo, e a mãe tem antecedente pessoal de asma e dermatite atópica na infância. Diante desse caso e da principal hipótese diagnóstica, a conduta a ser adotada é recomendar que a mãe

A. mantenha o aleitamento materno e inicie dieta de eliminação do leite de vaca e derivados, por 2 a 4 semanas. ✓

B. mantenha o aleitamento materno e inicie dieta de eliminação do leite de vaca e derivados, por 7 a 14 dias.

C. suspenda o aleitamento materno e inicie fórmula extensamente hidrolisada para o lactente.

D. mantenha o aleitamento materno, sem restrições lácteas em sua dieta.

E. mantenha o aleitamento materno e inicie dieta de eliminação do leite de vaca e derivados, por 2 a 4 semanas, e solicitar dosagem sérica de IgE específica para proteína do leite de vaca para o lactente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente em aleitamento materno exclusivo com cólicas, vômitos, sangue e muco nas fezes, eczema em áreas flexurais e mãe atópica: alergia à proteína do leite de vaca, forma NÃO IgE mediada (proctocolite alérgica). A conduta é manter o aleitamento — que nunca deve ser suspenso — e excluir leite de vaca e derivados da dieta MATERNA por 2 a 4 semanas, com reintrodução posterior para confirmar o diagnóstico. Dosar IgE específica não ajuda nas formas não IgE mediadas. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Apesar do desenvolvimento de vacinas eficazes e novos testes de diagnósticos rápidos para detectar agentes virais e bacterianos, a PAC e suas complicações representam uma importante causa de morbidade e mortalidade na população pediátrica. O pneumococo é o principal agente bacteriano na PAC, mas há situações e condições clínicas que se relacionam a possíveis agentes etiológicos. Com relação a esse assunto, considere as seguintes condições de risco de pneumonias complicadas na infância e possíveis agentes etiológicos. condições de risco 1) tosse crônica, febre prolongada, emagrecimento e piora radiológica 2) quadro de varicela 3) pacientes com fibrose cística 4) infectados pelo HIV em tratamento irregular 5) maiores de 5 anos de idade com tosse pouco produtiva subaguda ou crônica possíveis agentes etiológicos a) *Mycoplasma pneumoniae* b) *Mycobacterium tuberculosis* c) *Pseudomonas aeruginosa* d) *Streptococcus pyogenes* e) *Pneumocystis jirovecii* Considerando essas informações, assinale a alternativa que apresenta a correta correlação de condições de risco e possíveis agentes etiológicos.

A. 1b; 2c; 3d; 4e; 5a

B. 1b; 2d; 3c; 4e; 5a ✓

C. 1a; 2c; 3d; 4e; 5b

D. 1a; 2d; 3c; 4e; 5b

E. 1d; 2c; 3a; 4e; 5b SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 8

COMENTÁRIO OSCELABS

Correlações: tosse crônica com febre prolongada, emagrecimento e piora radiológica é tuberculose (b); pneumonia complicada após varicela é classicamente por *Streptococcus pyogenes* (d); paciente com fibrose cística coloniza *Pseudomonas aeruginosa* (c); infectado por HIV em tratamento irregular faz pneumocistose por *Pneumocystis jirovecii* (e); e maior de 5 anos com tosse arrastada e pouco produtiva sugere *Mycoplasma pneumoniae* (a). Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito E

Uma criança do sexo feminino, de 2 anos de idade, foi levada ao pronto atendimento com história de febre baixa e cefaleia há 10 dias, que evoluiu com vômitos, rebaixamento de nível de consciência, convulsão tônico-clônica prolongada e coma. Foi realizada punção lombar, revelando-se o seguinte: 700 células/mm³, com 10% de neutrófilos, 90% de linfócitos, proteína 200 mg/dL e glicose 16 mg/dL. Assinale a alternativa que apresenta o principal agente etiológico nesse caso clínico hipotético.

- A. herpes simples 1
- B. *Streptococcus pneumoniae*
- C. *Neisseria meningitidis*
- D. *Haemophilus influenzae* tipo B

E. *Mycobacteria tuberculosis* ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Curso subagudo de 10 dias com cefaleia, vômitos, rebaixamento, convulsão e coma, somado a líquido com pleocitose de predomínio LINFOCITÁRIO, proteína muito elevada (200 mg/dL) e hipoglicorraquia acentuada (16 mg/dL), é o padrão da meningite TUBERCULOSA. Bactérias piogênicas (*pneumococo*, *meningococo*, *Haemophilus*) dão quadro agudo com predomínio de neutrófilos; o herpes simples cursa com líquido linfocítico, mas com glicose normal e proteína pouco elevada. Resposta E.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Paciente de dois anos de idade, do sexo masculino, deu entrada pela sala de emergência, trazido pela equipe do SAMU. Sua mãe relata que, há aproximadamente uma hora, o paciente apresentou uma convulsão em vigência de febre. Conforme a descrição da mãe, trata-se de quadro com característica de ser uma convulsão tônica clônica generalizada. A mãe relata duração de aproximadamente 5 minutos, com resolução espontânea. Relata que o paciente ficou sonolento após resolução do quadro, mas que, ao chegar no hospital, já se apresentava ativo e reativo. Ao exame físico, constatou-se o seguinte: paciente em bom estado geral, febril, sem alterações neurológicas, com quadro de coriza hialina e congestão nasal. Mãe relata que paciente está com quadro de tosse, coriza hialina e febre há 2 dias. Assinale a alternativa que apresenta a conduta a ser tomada nesse caso hipotético.

- A. realizar (TC) de crânio com contraste
- B. dar alta com tratamento sintomático e orientações de sinais de alarme ✓**
- C. coletar hemograma, hemocultura e PCR
- D. internar paciente e solicitar avaliação de neuropediatria
- E. realizar coleta obrigatória de líquido

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise convulsiva tônico-clônica GENERALIZADA, com menos de 15 minutos, única em 24 horas, em criança de 2 anos com foco viral evidente e recuperação neurológica completa: crise febril SIMPLES. A conduta é alta com antitérmico, tratamento do foco e orientação de sinais de alarme. Não há indicação rotineira de líquido (reservado a sinais meníngeos, lactentes pequenos ou uso prévio de antibiótico), tomografia, hemocultura ou internação. Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Um paciente de 10 anos de idade foi levado a uma consulta com queixa de tosse e coriza hialina há 5 dias, sem febre ou demais queixas. Seu exame físico revelou o seguinte: bom estado geral, corado, hidratado, afebril, ativo e reativo; bulhas rítmicas e normofonéticas em 2 tempos, sem sopro audível; murmúrios vesiculares positivos bilateralmente sem ruído adventício, sem sinais de desconforto; abdome flácido, indolor, com ruídos hidroaéreos presentes; tempo de enchimento capilar de 2 segundos; orofaringe sem alterações; otoscopia sem alterações. Assinale a alternativa que apresenta a conduta que deve ser tomada nesse caso hipotético.

- A. alta com lavagem nasal, orientar aumento de ingestão hídrica e orientações de sinais de alarme ✓**
- B. solicitar radiografia de tórax
- C. solicitar radiografia de seios da face
- D. alta com anti-histamínico e corticoide oral
- E. alta com salbutamol e prednisolona

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse e coriza hialina há 5 dias, sem febre, em criança de 10 anos com exame físico inteiramente normal — inclusive otoscopia e orofaringe — configura resfriado comum, de etiologia viral e curso autolimitado. A conduta é sintomática: lavagem nasal com solução salina, hidratação e orientação de sinais de alarme. Radiografia sem alteração ao exame não se justifica, e corticoide, anti-histamínico ou broncodilatador não têm papel no resfriado comum. Resposta A.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Considerando-se um quadro de traumatismo crânio encefálico em uma criança com menos de 2 anos de idade, é correto afirmar que não é considerado como um mecanismo de trauma grave

- A. acidente com óbito no local.
- B. acidente de carro com paciente sendo ejetado do veículo.
- C. queda de até 50 centímetros. ✓**
- D. capotamento do veículo.
- E. queda de bicicleta em baixa velocidade sem capacete. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Nos protocolos de TCE em menores de 2 anos (PECARN e ATLS), são mecanismos de alto risco: óbito de outro ocupante, ejeção do veículo, capotamento, atropelamento, queda de bicicleta sem capacete e QUEDAS SUPERIORES A CERCA DE 0,9 METRO. Queda de até 50 centímetros — altura de um sofá ou de uma cama baixa — não é considerada mecanismo grave e, na ausência de outros preditores, autoriza observação em vez de tomografia. Resposta C.

QUESTÃO 33 — ANULADA

Paciente de 2 anos de idade é levada pela mãe ao hospital com relato de aumento de salivação subitamente, não conseguindo deglutir. A mãe relata que quadro iniciou há, aproximadamente, 1 hora após deixar a paciente sozinha na sala por alguns minutos, afirmando que antes a paciente estava bem. Foi realizada uma radiografia de tórax, obtendo-se a seguinte imagem. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta o corpo estranho ingerido pela paciente e a conduta a ser adotada nessa situação.

- A. bateria; realizar endoscopia o mais rápido possível
- B. moeda; realizar endoscopia o mais rápido possível
- C. bateria; realizar endoscopia eletivamente no próximo dia
- D. moeda; realizar endoscopia eletivamente no próximo dia
- E. moeda; não realizar endoscopia

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema é a ingestão de corpo estranho: sialorreia súbita e recusa de deglutição em criança pequena indicam impactação esofágica, e a radiografia diferencia moeda (disco homogêneo) de bateria (sinal do duplo halo ou do degrau lateral). A distinção é crítica porque bateria em esôfago é EMERGÊNCIA endoscópica, pelo risco de necrose de coagulação em poucas horas. Sem gabarito oficial, não há letra correta a apontar.

QUESTÃO 34 — ANULADA

De acordo com o Global Initiative For Asthma de 2022 (GINA 2022), assinale a alternativa incorreta.

- A. Deve-se dar preferência para corticoide oral quando possível.
- B. Deve-se realizar beta-2 agonista de cura duração.
- C. Nos casos de anafilaxia, deve-se realizar adrenalina, além das outras medidas para broncoespasmo.
- D. Corticoide oral é tão eficaz quanto corticoide endovenoso.
- E. Deve-se manter brometo de ipratrópio de horário em pacientes com necessidade de internação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo é o manejo da crise asmática segundo o GINA: beta-2 agonista de curta duração como broncodilatador de resgate, corticoide sistêmico precoce com a via ORAL tão eficaz quanto a endovenosa, brometo de ipratrópio associado nas crises graves e adrenalina intramuscular quando o broncoespasmo faz parte de uma anafilaxia. Como a questão foi anulada, não se aponta alternativa oficialmente correta.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Assinale a alternativa que apresenta a primeira carga a ser utilizada de acordo com o suporte avançado de vida em pediatria no caso de uma parada cardiorrespiratória em ritmo chocável.

- A. 1 J/kg
- B. 2 J/kg ✓**
- C. 4 J/kg
- D. 8 J/kg
- E. 10 J/kg

COMENTÁRIO OSCELABS

No suporte avançado de vida em pediatria (PALS), a desfibrilação de ritmos chocáveis — fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso — inicia com 2 J/kg. O segundo choque é de 4 J/kg e os subsequentes de 4 J/kg ou mais, sem ultrapassar 10 J/kg ou a dose do adulto. Não confundir com a cardioversão sincronizada, que começa com 0,5 a 1 J/kg nas taquiarritmias com pulso e instabilidade. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Uma criança de 7 anos de idade, previamente hígida, com história de tosse, coriza e odinofagia há 3 dias, evoluiu com edema periorbitário ontem, com piora hoje pela manhã. A mãe relata que o paciente apresentou quadro semelhante no mês anterior, com resolução espontânea, sem necessitar buscar auxílio médico. Ao exame, o paciente apresenta edema periorbitário, edema de membros inferiores e discreta ascite, sem outras alterações. Os exames realizados evidenciaram proteinúria e hipoalbuminemia. Com relação a esse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. A conduta deve ser internar o paciente, colher exames para afastar causas secundárias e iniciar tratamento com ceftriaxone e com reposição de albumina.
- B. A conduta deve ser colher exames para afastar causas secundárias, prescrever prednisona em dias alternados, bem como diurético, e orientar alta com reavaliação clínica em uma semana.

C. Essa doença pode cursar com hiperlipidemia e fenômenos tromboembólicos. ✓

- D. Para confirmação diagnóstica, é necessário que a proteinúria seja maior que 40 mg/kg/dia e que a albumina sérica seja inferior a 2,5 g/dL.
- E. Frequentemente essa doença cursa com hipertensão e hematuria. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 10

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema periorbitário matinal, anasarca, ascite, proteinúria e hipoalbuminemia em escolar previamente hígido: síndrome nefrótica, provavelmente por lesões mínimas. O ponto correto é que ela cursa com HIPERLIPIDEMIA (aumento da síntese hepática) e com fenômenos TROMBOEMBÓLICOS (perda urinária de antitrombina III). Os critérios diagnósticos usam proteinúria acima de 50 mg/kg/dia com albumina abaixo de 2,5 g/dL, e hipertensão com hematuria caracterizam a síndrome nefrítica. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito D

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria acerca do manejo de infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR), assinale a alternativa correta.

- A. A fisioterapia respiratória é recomendada para todos os quadros.
- B. O corte de saturação de oxigênio usado para indicar o uso de oxigenoterapia é 94%.
- C. Sempre que o paciente for internado, deve-se manter o uso de corticoide oral.

D. Quanto ao uso de broncodilatador, o uso de acordo com a resposta clínica pode eventualmente ser considerado, mas só deve ser mantido se houver evidência de melhora imediata. ✓

- E. A toda criança com quadro de bronquiolite deve ser prescrita antibioticoterapia para evitar complicações bacterianas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O manejo da bronquiolite pelo vírus sincicial respiratório é essencialmente de SUPORTE: oxigênio, hidratação e desobstrução nasal. O broncodilatador não é rotina; admite-se, no máximo, um teste terapêutico, que só deve ser mantido se houver melhora clínica objetiva imediata. Corticoide, antibiótico e fisioterapia respiratória de rotina não são recomendados, e o limiar habitual para oxigenoterapia é saturação abaixo de 90 a 92%, não 94%. Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Um adolescente de 14 anos de idade dá entrada no pronto-socorro com história de vômitos persistentes e de dor abdominal de forte intensidade há 1 dia. A mãe relata que o paciente retornou de uma viagem que fez com alguns amigos para o interior de São Paulo, região de São José do Rio Preto, há 10 dias e, após 3 dias do retorno, iniciou um quadro de febre de até 39 °C, junto de cefaleia e de artralgia. Há 3 dias, houve melhora da febre e surgimento de exantema máculo-papular, com resolução espontânea em 48 horas. O paciente nega outros sintomas e relata que os outros três amigos estão bem. Ao exame, apresenta regular estado geral, corado, desidratado, taquipneico, taquicárdico, afebril, consciente e orientado; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; abdome globoso, com fígado a 4 cm do rebordo costal direito, doloroso à palpação; boa perfusão periférica e pulsos cheios. Considerando esse caso hipotético, assinale a melhor conduta entre as alternativas apresentadas.

- A. colher culturas, hemograma e provas de atividade inflamatória; e iniciar reposição volêmica e antibioticoterapia de amplo espectro na primeira hora
- B. realizar ultrassom de abdome; iniciar reposição volêmica; e solicitar avaliação da cirurgia infantil de imediato
- C. colher hemograma completo, albumina sérica e transaminases; iniciar reposição volêmica; e notificar o caso imediatamente ✓**
- D. realizar ultrassom cervical para pesquisa de adenomegalias; iniciar reposição volêmica; e orientar repouso por 1 a 2 semanas, evitando contatos íntimos nesse período
- E. colher hemograma e marcadores de atividade inflamatória; e iniciar reposição volêmica e corticoide

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente vindo de área endêmica, com febre alta, cefaleia, artralgia e exantema surgido na defervescência, agora com VÔMITOS PERSISTENTES, dor abdominal intensa e hepatomegalia dolorosa: dengue com SINAIS DE ALARME. A conduta é hidratação venosa imediata, hemograma (hemoconcentração e plaquetopenia), albumina e transaminases, além da notificação compulsória imediata. Antibiótico de amplo espectro e corticoide não têm papel, e a dor abdominal aqui traduz extravasamento plasmático, não abdome cirúrgico. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito E

Um lactente de 10 meses de idade, previamente hígido, dá entrada no pronto-socorro infantil com vômitos (apresentando de 2 a 3 episódios por dia) e com diarreia (de 7 a 8 episódios por dia) há 2 dias. A mãe nega a presença de sangue nas fezes. Ao exame físico, o paciente apresenta-se inquieto, demonstrando sede, chorando sem lágrimas, com olhos fundos e pulsos rápidos. Nesse caso hipotético, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, há indicação de

- A. hidratação endovenosa com alíquotas de 20 mL/Kg de SF 0,9% em 30 minutos até o reestabelecimento da hidratação, com reavaliações dos sinais clínicos após cada expansão.
- B. administração de antiemético seguida de solução de reidratação oral, que deve ser oferecida em um volume aproximado de 50 a 100 mL/Kg em 4 a 6 horas.
- C. hidratação endovenosa e introdução de antibioticoterapia; se paciente evoluir com hidratação e melhora clínica, deve receber alta com terapia de reidratação e de antibiótico por via oral.

- D. reidratação via oral, que deve ser oferecida em um volume aproximado de 50 a 100 mL/Kg em 4 a 6 horas; se mantiver os mesmos sinais de desidratação na reavaliação, deve-se modificar a terapia de reidratação para via endovenosa.
- E. reidratação via oral, que deve ser oferecida em um volume aproximado de 50 a 100 mL/Kg em 4 a 6 horas; se evoluir com desaparecimento dos sinais de desidratação, deve-se dar alta com indicação de dieta habitual, solução de reidratação oral após evacuações e zinco por 10 a 14 dias. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente inquieto, com sede, olhos fundos, choro sem lágrimas e pulso rápido tem desidratação sem choque — Plano B do Ministério da Saúde: terapia de reidratação ORAL com 50 a 100 mL/kg em 4 a 6 horas. Desaparecendo os sinais, recebe alta com dieta habitual, sais de reidratação após cada evacuação e ZINCO por 10 a 14 dias, que reduz a duração e a recorrência da diarreia. Hidratação venosa fica para o Plano C (choque) ou para a falha da via oral. Resposta E.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Acerca da obesidade infantil, assinale a alternativa correta.

- A. A principal herança genética na determinação da obesidade é de natureza monogênica.
- B. As crianças de 0 a 5 anos de idade são consideradas obesas quando os valores de IMC estiverem acima de +2 escore Z.
- C. A relação circunferência abdominal/estatura é considerada adequada se estiver menor ou igual a 0,5. ✓**
- D. Menos de 10% das crianças e dos adolescentes obesos são hipertensos.
- E. O screening universal com exames laboratoriais não está indicado para crianças e para adolescentes com excesso de peso. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 11 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

COMENTÁRIO OSCELABS

A relação circunferência abdominal sobre estatura é um bom marcador de adiposidade central e é considerada adequada quando MENOR OU IGUAL A 0,5, em qualquer idade. A herança da obesidade comum é poligênica (as formas monogênicas são raras); de 0 a 5 anos, obesidade é IMC acima de +3 escore Z (acima de +2 é sobrepeso); a prevalência de hipertensão em obesos pediátricos supera 10%; e o rastreio laboratorial está indicado nas crianças com excesso de peso. Resposta C.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Em relação a massas anexiais, assinale a alternativa correta.

- A. O exame pélvico bimanual ou a ultrassonografia transvaginal não têm acurácia significativa em mulheres assintomáticas para tumores anexiais benignos ou malignos, doença inflamatória pélvica ou câncer cervical, não sendo, portanto, recomendados como rotina para rastreamento. ✓**
- B. O diagnóstico definitivo dos tumores de ovário é citopatológico.
- C. Mulheres na menacme têm grande proporção de lesões malignas dos ovários em relação às lesões benignas.
- D. São importantes fatores de risco para tumores epiteliais malignos dos ovários a menarca tardia e a menopausa precoce.
- E. Mutações dos genes BRCA1 e BRCA2 nada têm a ver com tumores ovarianos, relacionando-se apenas com tumores de mama.

COMENTÁRIO OSCELABS

Não há rastreamento populacional recomendado para câncer de ovário: exame pélvico bimanual e ultrassonografia transvaginal em assintomáticas têm baixa acurácia, geram falso-positivos e cirurgias desnecessárias, sem reduzir mortalidade. O diagnóstico definitivo dos tumores ovarianos é HISTOPATOLÓGICO (não citológico); na menarca predominam largamente as lesões benignas; menarca PRECOCE e menopausa TARDIA é que aumentam o risco; e mutações BRCA1 e BRCA2 elevam muito o risco de câncer de ovário. Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito D

Uma paciente de 27 anos de idade comparece ao pronto-socorro de um hospital e refere ao médico ter sido vítima de violência sexual há cinquenta horas. Durante anamnese cuidadosa, a paciente refere que já sofreu abuso pela mesma pessoa diversas vezes, mas que esta foi a primeira vez em que teve coragem de buscar ajuda. A paciente refere fazer uso regular de contraceptivo hormonal oral e que, em todos os episódios de abuso, houve uso de preservativo do início ao fim do ato. O abusador é conhecido da vítima e pertence à sua família. Nessa situação hipotética, o médico

- A. não deve notificar o caso, pois, apesar de se tratar de ato de notificação compulsória, o médico deve respeitar o sigilo médico.
- B. deverá prescrever contracepção de emergência, pois a paciente ainda se encontra na janela de oportunidade, ou seja, menos de 72 horas do contato sexual.
- C. deverá aplicar imunoglobulina humana anti-hepatite B, que pode ser aplicada até 14 dias após a violência.
- D. não deverá fazer profilaxia para HIV, pois, além de se tratar de um caso de abuso crônico, a vítima relata uso de preservativo durante todo o ato, em todos os episódios de abuso. ✓**
- E. deverá fazer profilaxia para HIV, pois tal conduta é necessária em todos os casos de abuso.

COMENTÁRIO OSCELABS

A profilaxia pós-exposição ao HIV não está indicada quando houve uso de preservativo durante todo o ato em todos os episódios — não há exposição de risco a cobrir —, e o caráter crônico do abuso reforça essa leitura. Violência sexual é de notificação compulsória e imediata, sem que isso configure quebra de sigilo. Contracepção de emergência é dispensável em usuária regular de contraceptivo oral com uso de preservativo, e a imunoglobulina anti-hepatite B, embora tenha janela de até 14 dias, não tem indicação neste contexto. Resposta D.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Uma paciente de 42 anos de idade comparece a uma consulta ambulatorial queixando-se de sangramento aumentado. Seu ciclo é de trinta dias, com duração que aumentou de três para cinco dias. Afirma que, antes, o fluxo era leve, mas hoje é moderado. Há aproximadamente dois anos, iniciou quadro de dismenorreia, que tem sido progressivo, mas ainda controlável com antiespasmódicos. Ao exame, o colo revela-se móvel e indolor; o médico não palpa anexos e o fundo uterino está próximo da sínfise púbica, ainda intrapélvico. Especular sem alterações. O médico solicita uma ultrassonografia transvaginal, que evidencia espessamento miometrial assimétrico (com parede anterior maior que posterior), zona juncional irregular e pequenos cistos miometriais. Considerando esse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. Deve-se tranquilizar a paciente, por se tratar de um quadro de dismenorreia primária, devendo a paciente apenas continuar com o uso de antiespasmódico.
- B. Trata-se de climatério.
- C. Conforme avaliação para sangramento uterino anormal, com o exame de imagem, consegue-se estabelecer a hipótese diagnóstica de adenomiose, uma lesão benigna, devendo-se seguir com tratamento. ✓**

- D. Conforme avaliação para sangramento uterino anormal, o exame de imagem com paredes uterinas assimétricas sugere mioma.
- E. Conforme exame de imagem, não há causa estrutural.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento uterino aumentado com dismenorreia progressiva e útero levemente aumentado, associados a espessamento miometrial ASSIMÉTRICO, zona juncional irregular e cistos miometriais à ultrassonografia, fecham o diagnóstico de ADENOMIOSE — a letra A do sistema PALM-COEIN. É lesão benigna e tem tratamento (progestágenos, SIU de levonorgestrel, ablação ou histerectomia). Mioma daria nódulo bem delimitado com sombra acústica; dismenorreia progressiva de início tardio nunca é primária; e climatério não explica os achados de imagem. Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Uma paciente de 45 anos de idade comparece a uma consulta ambulatorial por metrorragia, com ultrassonografia transvaginal solicitada por outro médico, cujo laudo revela o seguinte: projeção digitiforme da camada endometrial com pequeno pedículo vascular, sem fluxo aumentado ao Doppler, com 3,5 cm. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. Deve-se tranquilizar a paciente, por se tratar de uma lesão provavelmente benigna que não necessita de tratamento.
- B. Deve-se informar que, devido à idade da paciente, trata-se provavelmente de um câncer de endométrio.
- C. Apesar de se tratar de lesão provavelmente benigna, será necessário realizar histeroscopia para diagnóstico e tratamento. ✓**
- D. Nesse caso, deve-se sugerir tratamento clínico sem mais investigações.
- E. Deve-se indicar tratamento cirúrgico com laparoscopia para exérese da lesão. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Projeção digitiforme da camada endometrial com pedículo vascular único e sem fluxo aumentado ao Doppler é a descrição típica do PÓLIPO ENDOMETRIAL. Como cursa com metrorragia e mede 3,5 cm, não basta tranquilizar: a histeroscopia é ao mesmo tempo diagnóstica e terapêutica, permitindo a polipectomia com estudo histológico para excluir atipia ou malignidade. Laparoscopia não acessa a cavidade endometrial, e tratamento clínico não resolve pólipos sintomáticos desse tamanho. Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito E

Uma paciente de 64 anos de idade compareceu ao consultório ginecológico por apresentar mioma, referindo ao médico que não aguentava mais sangrar. Intrigado pela presença do sangramento nessa idade, o médico questionou a paciente a respeito do sangramento menstrual, e ela referiu que havia entrado na menopausa aos 55 anos de idade, mas que, aos 63 anos de idade, tinha voltado a sangrar, sempre em pequena quantidade, alguns dias do mês, o que, na ocasião, a paciente achou normal, porque sempre teve mioma. Após solicitar uma ultrassonografia transvaginal, o médico observou que, além de dois miomas intramurais de aproximadamente 1,5 cm cada — que não sofreram alteração em relação aos exames anteriores —, o endométrio era espessado e heterogêneo, com algumas regiões da zona juncional mal delimitadas. A paciente tem IMC de 33,5, é hipertensa e diabética, e ambas as comorbidades estão controladas com medicações. Ao exame ginecológico, o médico não conseguiu boa palpação dos órgãos, devido ao panículo adiposo. Não havia cânula para biópsia endometrial no consultório. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. O médico deve tranquilizar a paciente, pois seus miomas não se tornarão câncer, e orientar que o sangramento provavelmente cessará espontaneamente.
- B. O médico deve encaminhar a paciente para o centro de oncologia, por se tratar, certamente, de diagnóstico de câncer de endométrio, pois a paciente apresenta obesidade como fator de risco importante para neoplasia do endométrio.
- C. A paciente deve ser encaminhada para quimioterapia.
- D. Deve-se solicitar histeroscopia com biópsia para esclarecimento das lesões miometriais, pois, apesar de os miomas serem pequenos, não deveriam estar presentes após a menopausa.

E. Deve-se solicitar histeroscopia com biópsia para diagnóstico histológico da lesão endometrial visualizada no exame de imagem. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento na PÓS-MENOPAUSA é câncer de endométrio até prova em contrário, ainda mais com obesidade, diabetes e hipertensão e com endométrio espessado e heterogêneo à ultrassonografia. A conduta é obter histologia — histeroscopia com biópsia dirigida da lesão ENDOMETRIAL. Miomas não sangram assim nessa fase e não malignizam; encaminhar à oncologia ou à quimioterapia sem diagnóstico histológico é precipitado; e a suspeita não recai sobre as lesões miometriais. Resposta E.

QUESTÃO 46 — ANULADA

A osteoporose é uma doença esquelética sistêmica e silenciosa. É considerada uma doença osteometabólica caracterizada por resistência óssea comprometida, predispondo a um risco aumentado de fratura. A resistência óssea é uma função tanto de quantidade óssea, estimada pela medição da densidade mineral óssea, quanto de qualidade óssea, conjunto de propriedades que inclui microarquitetura óssea, taxa de remodelação, grau de mineralização e normalidade da matriz osteoide. Em relação à osteoporose na menopausa, assinale a alternativa correta.

- A. São recomendações não farmacológicas para tratamento de osteoporose: praticar exercícios físicos; dieta rica em cálcio; cessar tabagismo; e ingestão de bebidas alcoólicas.
- B. O tabagismo é um fator de risco pouco importante para osteoporose.
- C. Mulheres na pós-menopausa com menos de 65 anos de idade não devem realizar densitometria óssea, mesmo na vigência de fatores de risco para osteoporose.
- D. A osteoporose não é a principal causa de fraturas na população acima de 50 anos de idade.
- E. Os agentes anticatabólicos estimulam a atividade osteoclástica e aumentam a remodelação óssea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema é osteoporose na pós-menopausa: as medidas não farmacológicas incluem exercício com carga, dieta rica em cálcio, cessação do tabagismo e REDUÇÃO do álcool; o tabagismo é fator de risco relevante; a densitometria é indicada antes dos 65 anos quando há fatores de risco; e os agentes anticatabólicos (antirreabsortivos) INIBEM o osteoclasto e reduzem a remodelação. Sem gabarito oficial válido, não se aponta letra correta.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Paciente de 16 anos de idade comparece sozinha ao consultório referindo tentativas de relação sexual sem sucesso. A paciente também relata que é a única aluna do seu colégio que ainda não menstruou. Ao exame, apresenta pilificação escassa e mamas pouco desenvolvidas. Vulva sem alteração. Ao se inserir o espéculo, nota-se vagina em fundo cego. Ultrassom pélvico não evidencia genitália interna (não há útero, tubas e colo uterino), e o FSH da paciente é normal. Nesse caso, o médico deve

- A. fechar o diagnóstico de síndrome de Rokitansky.
- B. solicitar o cariótipo para diferenciar entre síndrome de Morris e Rokitansky. ✓**
- C. fechar o diagnóstico de síndrome de Morris.
- D. solicitar o cariótipo para diferenciar entre síndrome de Morris e síndrome da feminização testicular ou insensibilidade completa aos androgênios.
- E. fechar o diagnóstico de insensibilidade completa aos androgênios. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 13

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária com vagina em fundo cego e ausência de útero e tubas ao ultrassom coloca dois diagnósticos frente a frente: síndrome de Mayer-Rokitansky (46,XX, com pelos e mamas normais) e síndrome de Morris, ou insensibilidade completa aos androgênios (46,XY, com pilificação escassa). Morris e insensibilidade androgênica completa são o MESMO quadro, o que invalida a alternativa que as opõe. O exame que separa as duas hipóteses é o CARIÓTIPO. Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Uma paciente de 22 anos de idade, cuja menarca foi aos 14 anos de idade, comparece ao consultório alegando não aguentar mais sangramentos volumosos, que aparecem de surpresa: às vezes menstrua a cada 35 dias, às vezes chega a ficar 90 dias sem sangramento. Segundo a paciente, quanto mais longo o intervalo entre os sangramentos, mais intenso o fluxo. A paciente também relata ter ganhado peso nos últimos anos e não conseguir controle adequado. Além disso, a paciente busca método contraceptivo, por ter medo de usar apenas preservativo nas relações sexuais. A escala de Ferriman-Gallwey soma 8 pontos, mas a paciente não apresenta aumento de pelos como queixa, apesar de relatar aumento de espinhas e já ter consulta agendada com a dermatologista. A paciente apresenta os seguintes exames laboratoriais: prolactina, 17-alfa-hidroxiprogesterona, TSH/T4 livre, SDHEA, cortisol e testosterona total e livre ainda dentro do normal; a relação LH/FSH é de 3,5. A paciente não apresenta micropolicistos pelo exame de ultrassom transvaginal. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. Não se trata de síndrome dos ovários policísticos, pois não há cistos na periferia dos ovários no exame de imagem; pode-se entrar com contracepção oral.
- B. Não se trata de síndrome dos ovários policísticos, pois não há hiperandrogenismo laboratorial; a contracepção está contraindicada enquanto não há diagnóstico fechado.
- C. A resistência insulínica é comum dentro das disfunções metabólicas na síndrome dos ovários policísticos; a contracepção oral está contraindicada, devido ao risco aumentado de eventos trombóticos.

D. Trata-se de síndrome dos ovários policísticos com fenótipo B; o tratamento inicial inclui atividade física e dieta adequada, além de contracepção oral combinada, que deve atenuar o hirsutismo clínico. ✓

E. Trata-se de síndrome dos ovários policísticos com fenótipo D, e o tratamento inicial é contracepção hormonal oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ciclos irregulares com espaniomenorreia (anovulação) somados a hiperandrogenismo CLÍNICO — Ferriman-Gallwey de 8 e acne — fecham síndrome dos ovários policísticos pelos critérios de Rotterdam mesmo com androgênios normais e sem ovários policísticos à ultrassonografia: é o fenótipo B. O tratamento inicial combina mudança de estilo de vida (dieta e exercício, pela resistência insulínica) com contraceptivo oral combinado, que regulariza o ciclo e atenua o hirsutismo. Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito E

Uma paciente de 77 anos de idade, cadeirante, foi levada ao consultório pela filha, que relata internação recente da mãe com quadro de “bexigoma”. Durante a internação, a mãe precisou fazer diálise, mas conseguiu recuperar a função renal. Antes da alta, foi inserido, na vagina da paciente, um aparelho cujo nome a filha desconhece, mas que, segundo seu relato, parece com um anel grosso e tem diâmetro de, aproximadamente, 7 cm. A filha relata que a mãe expulsou o aparelho pela vagina em uma das trocas de fralda e que, nesse momento, surgiu uma “bola rosa”, exteriorizando-se pela vagina. A filha levou o aparelho na consulta e o médico conclui que se tratava de um pessário em forma de donut, do maior tamanho disponível no mercado. Ao exame, o médico observou um prolapso genital com a seguinte quantificação (POP-Q). (Aa) +3 | (Ba) +5 | (C) +6 (HG) 6 | (CP) 1 | (CVT) 10 (Ap) +3 | (Bp) +3 | (D) +5 Considerando-se que a paciente é hipertensa e diabética, estando ambas as comorbidades controladas no momento, e que ela não tem relação sexual há mais de 15 anos, nem pretende ter novas relações, é correto afirmar que, nesse caso, a melhor conduta é

- A. indicar histerectomia vaginal com culdoplastia de McCall.
- B. indicar histerectomia vaginal, colpoplastia anterior e posterior.
- C. manter tentativa de pessário.
- D. encaminhar paciente para fisioterapia pélvica.

E. indicar colpocleise. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A quantificação POP-Q mostra prolapso avançado (estádio IV, com ponto C em +6), houve expulsão do maior pessário disponível, e a paciente é idosa, cadeirante, sem atividade sexual e sem intenção de retomá-la — além de já ter evoluído com retenção urinária e necessidade de diálise. Nesse cenário, a cirurgia OBLITERATIVA (colpocleise) é a melhor escolha: alta taxa de sucesso, curta duração e baixa morbidade em paciente com comorbidades. Fisioterapia não corrige prolapso desse volume. Resposta E.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo. Quanto ao rastreamento do câncer de mama nas mulheres com risco habitual para a enfermidade, assinale a alternativa correta.

A. Indica-se ultrassonografia dos 20 anos aos 40 anos de idade e mamografia a partir dos 40 anos de idade.

B. A alta densidade mamária pode diminuir a sensibilidade da mamografia; nesses casos, indica-se ultrassonografia complementar à mamografia. ✓

C. O autoexame das mamas é efetivo para detecção precoce de lesões palpáveis, com redução de mortalidade.

- D. A ressonância nuclear magnética é superior à mamografia convencional ou digital para o rastreamento do câncer de mama.
- E. A mamografia é dispensável e pode ser substituída pela ultrassonografia no rastreamento do câncer de mama.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 14

COMENTÁRIO OSCELABS

Mama densa reduz a sensibilidade da mamografia (tecido fibroglandular e tumor aparecem ambos brancos), e nesses casos a ultrassonografia entra como método COMPLEMENTAR — nunca substituto. O autoexame não reduz mortalidade e foi substituído pela orientação de autoconhecimento das mamas; a ressonância é reservada ao rastreamento de alto risco, não ao risco habitual; e a mamografia segue sendo o único método com redução comprovada de mortalidade. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Uma gestante de 18 anos de idade, com antecedentes de G2 P0 A1, idade gestacional de 37 semanas e 1 dia, gestação gemelar dicoriônica e diamniótica, deu entrada no pronto atendimento obstétrico com quadro de amniorrexe prematura. Foi realizada ultrassonografia, que mostrou primeiro feto transverso e segundo feto pélvico. Considerando-se esse caso hipotético, é correto afirmar que, de acordo com a Classificação de Robson, trata-se de um caso classificado como Robson

- A. 6.
- B. 7.
- C. 8. ✓**
- D. 9.
- E. 10.

COMENTÁRIO OSCELABS

A classificação de Robson agrupa as gestantes em 10 grupos mutuamente exclusivos para monitorar taxas de cesárea. O grupo 8 reúne TODAS as gestações MÚLTIPLAS, independentemente de paridade, cesárea prévia, idade gestacional ou apresentação fetal. Como se trata de gemelar dicoriônica e diamniótica, a apresentação dos fetos e a amniorrexe não mudam o grupo. Robson 6 e 7 são pélvicas de feto único, 9 é situação transversa de feto único e 10 é prematuridade abaixo de 37 semanas. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Gestante com idade gestacional de 39 semanas e 4 dias internou-se para a indução do trabalho de parto. Foi avaliada na admissão, e o exame de toque vaginal apresentava colo impérvio, longo (aproximadamente 3 cm), apresentação em plano 0 de De Lee, consistência intermediária e posição intermediária do colo. Nesse caso clínico, o Índice de Bishop é de

- A. 2.
- B. 3.
- C. 4. ✓**
- D. 5.
- E. 6.

COMENTÁRIO OSCELABS

Índice de Bishop somando os cinco parâmetros: colo impérvio, dilatação de 0 cm, 0 ponto; comprimento de 3 cm (apagamento de 0 a 30%), 0; consistência intermediária, 1; posição intermediária, 1; e altura da apresentação em plano 0 de De Lee, 2. Total de 4 pontos. A leitura prática: Bishop baixo (6 ou menos) indica colo desfavorável e necessidade de preparo cervical antes da indução com ocitocina. Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

A respeito dos procedimentos invasivos realizados em medicina fetal, assinale a alternativa correta.

- A. A amniocentese pode ser realizada a partir da 12.a semana de gestação.
- B. Após procedimentos invasivos, é necessário realizar profilaxia anti-D nas gestantes RH negativo. ✓**
- C. A cordocentese tem taxa de perda fetal de 0,3% a 0,5%.
- D. A amniocentese transplacentária aumenta a taxa de perda fetal.
- E. A biópsia de vilos coriais tem baixa taxa de perda gestacional (0,2%), contudo a taxa de mosaicismos é de 10%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Todo procedimento invasivo em medicina fetal (amniocentese, biópsia de vilos coriais, cordocentese) pode provocar hemorragia feto-materna; por isso a gestante Rh NEGATIVO não sensibilizada deve receber imunoglobulina anti-D. A amniocentese só é feita a partir de 15 semanas (antes, aumenta o risco de aborto e perda fetal); a via transplacentária não eleva a perda; a cordocentese tem risco maior, de 1 a 2%; e o mosaicismos na biópsia de vilos é da ordem de 1%, não de 10%. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito C

Primípara a termo, com gestação de risco habitual, foi admitida no centro de parto normal com 5 cm de dilatação, 4 contrações de 50" em 10 minutos, bolsa íntegra, apresentação cefálica fletida, em OEA em plano -1 de De Lee. Feto com boa vitalidade e BCF de 144 bpm. Uma hora após a admissão, apresentava-se com toque vaginal sem modificações comparado ao momento da admissão; feto com boa vitalidade. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta nesse caso clínico.

- A. suspender dieta, devido ao risco de distócia funcional e eventual necessidade de cesariana
- B. realizar amniotomia e instalação de soro com ocitocina, para acelerar a dilatação que, no partograma, aproxima-se da linha de alerta
- C. manter ausculta fetal intermitente a cada 30 minutos e sugerir à parturiente caminhada e posições verticalizadas ✓**
- D. instalar soro com ocitocina e reavaliar em 1 hora; se não houver progressão da dilatação, indicar cesariana por distócia funcional
- E. manter ausculta fetal intermitente a cada 1 hora e realizar amniotomia para evitar que a dilatação alcance a linha de ação no partograma

COMENTÁRIO OSCELABS

Primípara em fase ativa com 5 cm, boa dinâmica, bolsa íntegra e feto com vitalidade preservada, sem modificação em UMA hora, não caracteriza distócia — a progressão da dilatação pode ser mais lenta e ainda assim fisiológica. A conduta é expectante: ausculta fetal intermitente a cada 30 minutos na fase ativa e estímulo à deambulação e a posições verticalizadas. Amniotomia e ocitocina de rotina, suspensão de dieta e indicação precoce de cesárea são intervenções desnecessárias. Resposta C.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Com relação ao fórceps, assinale a alternativa correta.

- A. É possível a aplicação de fórceps no caso de fetos em apresentação pélvica. ✓**
- B. O Fórceps de Kielland tem curvatura pélvica acentuada.
- C. O Fórceps de Simpson realiza rotações de 90°.
- D. A variedade de posição OEA necessita de rotação de 90° em sentido horário.
- E. A variedade de posição ODT necessita de rotação de 90° em sentido anti-horário. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 15

COMENTÁRIO OSCELABS

O fórceps pode sim ser aplicado na apresentação pélvica: o fórceps de PIPER foi desenhado exatamente para a extração da cabeça derradeira. O Kielland tem curvatura pélvica praticamente ausente, justamente para permitir a rotação; o Simpson é fórceps de tração, não rotador; e as variedades de posição exigem rotação até a occipito-púbica em sentido determinado pela própria posição, sendo a OEA rotação de apenas 45 graus. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito D

Considerando a imagem acima, assinale a alternativa que apresenta uma alteração ultrassonográfica que pode se associar aos teratomas cervicais.

- A. É rara a associação com polidrâmnio.
- B. A placentomegalia não está presente.
- C. Há aumento de líquido na bexiga fetal.
- D. Há redução ou ausência da bolha gástrica. ✓**
- E. O líquido amniótico está reduzido.

COMENTÁRIO OSCELABS

O teratoma cervical fetal é massa volumosa que comprime a via aerodigestiva. Ao impedir a deglutição do líquido amniótico, gera POLIDRÂMIO e redução ou ausência da bolha gástrica — este um sinal de alerta para obstrução esofágica funcional. A associação com polidrâmnio é frequente (não rara), e líquido amniótico reduzido vai na direção oposta. O reconhecimento pré-natal é o que permite programar o parto com estratégia EXIT para garantir a via aérea. Resposta D.

QUESTÃO 57 — Gabarito C

A pré-eclâmpsia é uma grave doença multissistêmica caracterizada por hipertensão e proteinúria, ocorrendo, geralmente, na segunda metade da gestação. Acerca dessa entidade clínica, assinale a alternativa correta.

- A. A fim de reduzir a incidência de pré-eclâmpsia em gestantes de alto risco, uso de ácido acetilsalicílico deve ser iniciado entre 8 e 12 semanas de gestação.
- B. A dieta pobre em sal é uma das formas de se evitar o surgimento da pré-eclâmpsia em gestantes de alto risco.
- C. Em áreas de baixa ingestão de cálcio, indica-se suplementação com 1,5 g a 2 g de cálcio, a fim de reduzir a incidência de pré-eclâmpsia. ✓**
- D. Gestantes com pré-eclâmpsia em uso de metildopa em dose mínima e níveis de pressão bem controlados podem aguardar o parto até 40 semanas.
- E. Os exames laboratoriais iniciais para critério de gravidade da pré-eclâmpsia incluem o coagulograma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em populações com baixa ingestão de cálcio, a suplementação de 1,5 a 2 g de cálcio elementar ao dia reduz a incidência de pré-eclâmpsia — recomendação da OMS. O AAS em baixa dose para gestante de alto risco deve começar entre 12 e 16 semanas (idealmente antes de 20), e não com 8 semanas; restrição de sal não previne pré-eclâmpsia e pode reduzir a volemia; e gestante com pré-eclâmpsia, mesmo controlada, não deve chegar a 40 semanas — a resolução é indicada por volta de 37 semanas. Resposta C.

QUESTÃO 58 — Gabarito B

A respeito do período expulsivo do trabalho de parto, assinale a alternativa correta.

- A. O período expulsivo inicia-se quando a parturiente passa a apresentar puxos espontâneos e a apresentação fetal é visível no introito vaginal.
- B. As posições verticalizadas apresentam vantagens, tais como: efeito da gravidade; menor compressão da aorta e cava; e maior eficiência da contratilidade uterina. ✓**
- C. É necessário uso de clorexidina, preparação com campos estéreis e luvas estéreis para assistência ao período expulsivo.
- D. Não há evidências de que massagem perineal e compressas mornas reduzam a incidência de lacerações de 3º e 4º graus.
- E. A avaliação da frequência cardíaca fetal deve ser realizada a cada 10 minutos, e presença de desacelerações precoces (DIP I) é indicativa de sofrimento fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

As posições verticalizadas no período expulsivo somam o efeito da gravidade, reduzem a compressão aortocava (melhorando o fluxo uteroplacentário) e aumentam a eficiência da contração uterina, encurtando o expulsivo. O período expulsivo começa com a dilatação total, não com os puxos; massagem perineal e compressas mornas REDUZEM lacerações de 3º e 4º graus; e desacelerações precoces (DIP I) traduzem compressão cefálica, achado fisiológico, sem indicar sofrimento fetal. Resposta B.

QUESTÃO 59 — Gabarito E

A respeito da amamentação, assinale a alternativa correta.

- A. As mastites apresentam-se clinicamente com hiperemia, ingurgitamento e dor mamária, tendo como agente etiológico mais comum a *Klebsiella* sp.
- B. A exposição do recém-nascido a fármacos ingeridos pela lactante é cinco vezes maior do que na vida intrauterina, por via transplacentária.
- C. As mastites são a principal causa de desmame precoce e ocorrem nos primeiros dias de aleitamento.
- D. Medicamentos categoria D podem ser usados sem restrição durante a amamentação.
- E. Em pacientes HIV positivo, é necessário inibir a lactação, e métodos mecânicos não são eficazes quando utilizados isoladamente, devendo ser associado método medicamentoso. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher vivendo com HIV não deve amamentar no Brasil: a lactação é inibida e os métodos mecânicos (enfaixamento) são insuficientes isoladamente, exigindo cabergolina. O agente mais comum da mastite é *Staphylococcus aureus* (não *Klebsiella*); a principal causa de desmame precoce são as dificuldades de pega e as fissuras, e a mastite costuma surgir após a segunda semana; e fármacos categoria D exigem análise de risco-benefício, jamais uso sem restrição. Resposta E.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

O puerpério é o período que sucede o parto e, do ponto de vista fisiológico, compreende os processos involutivos das modificações gravídicas locais e gerais ocorridas na gestação. Em relação a esse período, assinale a alternativa correta.

- A. A lochia alba aparece ao redor do 10.º dia de puerpério e contém significativa quantidade de leucócitos. ✓**
- B. No primeiro dia pós-parto, ocorre a apojadura, que consiste na descida do leite.
- C. No 15.º dia pós-parto vaginal, o colo uterino permanece pérvio a um ou dois dedos.
- D. Deve ser postergada a contracepção com anticoncepcionais orais de progestógenos isolados nos primeiros 60 dias pós-parto.
- E. A inserção de DIU de cobre imediatamente após a dequitação apresenta taxa de expulsão de 75% nos primeiros seis meses pós-parto. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 16 CLÍNICA MÉDICA

COMENTÁRIO OSCELABS

A lóquia alba surge por volta do 10º dia de puerpério, é esbranquiçada e rica em LEUCÓCITOS — sucede a lóquia rubra (até o 3º ou 4º dia) e a fusca ou serosa. A apojadura ocorre entre o 3º e o 4º dia, não no primeiro; o colo uterino já está fechado por volta da primeira semana; progestágeno isolado pode ser iniciado no pós-parto imediato, inclusive em lactantes; e a expulsão do DIU pós-dequitação gira em torno de 10 a 15%, longe dos 75%. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito D

Um homem de 58 anos de idade, obeso, hipertenso e diabético, em uso de atenolol 25 mg/dia, de hidroclorotiazida 25 mg/dia e de metformina 1.000 mg/dia, comparece a uma consulta de rotina trazendo exame de amostra isolada de urina com microalbuminúria e Holter 24 h com bradicardia sinusal, com frequência cardíaca mínima em vigília igual a 45 bpm, assintomático. No momento da consulta, sua frequência cardíaca é 50 bpm. O médico de família indica a troca do atenolol. Com base nesse caso hipotético, assinale a melhor opção de medicamento entre as alternativas apresentadas a seguir.

- A. anlodipino
- B. espironolactona
- C. furosemida
- D. enalapril ✓**
- E. hidralazina

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético e hipertenso com MICROALBUMINÚRIA tem indicação formal de bloqueio do sistema renina-angiotensina: o IECA reduz a pressão intraglomerular, a proteinúria e a progressão da doença renal — benefício que as outras classes listadas não oferecem. Como o atenolol está sendo suspenso pela bradicardia documentada no Holter, a troca por enalapril resolve os dois problemas de uma vez. Anlodipino e hidralazina não são nefroprotetores, e furosemida não é anti-hipertensivo de primeira linha. Resposta D.

QUESTÃO 62 — Gabarito E

Em relação à iatrogenia, assinale a alternativa incorreta.

- A. Ciprofloxacino, assim como outras quinolonas, pode provocar agitação e confusão mental em pessoas idosas, sendo um possível causador de delirium.
- B. Inibidores de enzima conversora de angiotensina, como captopril e enalapril, podem originar tosse.

- C. Antipsicóticos, como haloperidol e risperidona, podem ocasionar rigidez e acarretar parkinsonismo secundário.
- D. Benzodiazepínicos, como diazepam e clonazepam, aumentam o risco de levar pessoas idosas à queda.

E. O potencial iatrogênico com suplementação de vitamina D é nulo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a INCORRETA. A vitamina D não é isenta de iatrogenia: doses excessivas causam hipercalcemia, hipercalcúria, nefrolitíase, nefrocalcinose e lesão renal aguda — daí a recomendação de monitorar cálcio e função renal em reposições altas. As demais estão corretas e são clássicas da prescrição no idoso: quinolonas precipitando delirium, IECA causando tosse seca, antipsicóticos gerando parkinsonismo secundário e benzodiazepínicos aumentando o risco de quedas e fraturas. Resposta E.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Uma mulher de 78 anos de idade, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes melito não insulino-dependente, comparece à consulta médica de rotina em unidade básica de saúde (UBS) acompanhada do filho. Ele refere que sua mãe faz uso correto dos medicamentos, já que ele mesmo os administra para ela há, aproximadamente, 1 ano, pois percebeu que a mãe estava se confundindo para tomá-los assim que houve uma alteração na prescrição. Ele se queixa de que sua mãe está apresentando déficit auditivo, de que está repetitiva e apática. A paciente, por sua vez, não apresenta queixas. Com relação a esse caso hipotético, assinale a alternativa, entre as apresentadas a seguir, que representa, respectivamente, o diagnóstico provável e a orientação adequada.

- A. depressão; orientar o filho que é indicada psicoterapia para esse caso e que deve ser introduzido o clonazepam
- B. delirium; orientar o filho a acompanhar a paciente ao pronto-socorro imediatamente

C. síndrome demencial; orientar o filho acerca da necessidade de supervisão constante ✓

- D. alterações inerentes ao envelhecimento fisiológico; informar o filho de que essa situação é normal na idade da mãe
- E. doença de Pick; orientar o filho que o quadro é reversível com o tratamento
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023
SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 17

COMENTÁRIO OSCELABS

Declínio cognitivo INSIDIOSO, com pelo menos um ano de evolução, comprometendo a funcionalidade (a paciente já não gerencia a própria medicação), com apatia e discurso repetitivo e SEM alteração do nível de consciência, caracteriza síndrome demencial. A orientação é supervisão contínua, sobretudo da medicação. Delirium seria agudo e flutuante, com déficit de atenção; e atribuir perda funcional ao envelhecimento normal é erro grave — envelhecer não rouba autonomia. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Segundo o Caderno de Atenção Primária do Ministério da Saúde, existe boa evidência de que a dosagem dos lipídios séricos pode identificar homens e mulheres assintomáticos que são elegíveis para a terapia preventiva. Níveis altos de colesterol total (CT) e de lipoproteína de baixa densidade de colesterol (LDL-C), assim como baixos níveis de lipoproteína, são importantes fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC). O risco de DAC é maior naqueles em que há combinação de fatores de riscos. O risco de doença arterial coronariana em 10 anos é menor em homens jovens e em mulheres que não tenham outros fatores de risco, mesmo na presença de anormalidade lipídicas. Considerando esse assunto, assinale a alternativa correta, a respeito da recomendação desse rastreamento, de acordo com a referida publicação.

- A. Está recomendado fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 35 anos de idade ou mais. ✓**
- B. Não está recomendado o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos de idade, quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana.
- C. Não há recomendação contra ou a favor do rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos de idade.
- D. Não está recomendado o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 20 a 45 anos de idade, quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana.
- E. Está recomendado o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 45 anos de idade ou mais quando não se enquadrarem como grupo de alto risco para doença coronariana.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Caderno de Atenção Primária adota as recomendações do USPSTF: o rastreamento de dislipidemia é **FORTEMENTE** recomendado em homens a partir dos 35 anos. Entre 20 e 35 anos nos homens, e entre 20 e 45 anos nas mulheres, o rastreio se recomenda apenas quando há alto risco cardiovascular; nas mulheres acima de 45 anos sem risco aumentado, a evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra. Trata-se de rastrear quem efetivamente se beneficiaria de terapia preventiva. Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Paciente IVM, feminina, de 67 anos de idade, com diagnóstico prévio de osteoporose, compareceu a uma consulta médica com exame que evidenciava concentrações séricas de 25(OH)D abaixo de 20 ng/mL. A partir desse caso hipotético, assinale a alternativa correta, considerando as Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico e Tratamento da Osteoporose em Mulheres na Pós-Menopausa da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

- A. Em pacientes com osteoporose pós-menopausa, não se recomenda avaliar as concentrações plasmáticas da 25(OH)D antes de se iniciar o tratamento.
- B. Em pacientes deficientes de vitamina D, a reposição deve ser iniciada com 50.000 UI por semana durante oito semanas e, então, deve-se reavaliar. Como dose de manutenção, recomendam-se doses diárias de 1.000-2.000 UI e valores séricos acima de 30 ng/mL para a prevenção do hiperparatireoidismo secundário, melhoria da massa óssea e redução do risco de quedas. Tratamentos com altas doses de vitamina D não estão indicados. ✓**
- C. Em pacientes com osteoporose pós-menopausa, recomenda-se avaliar as concentrações plasmáticas da 25(OH)D antes de se iniciar o tratamento somente em populações de alto risco.
- D. Em pacientes deficientes de vitamina D, a reposição deve ser iniciada com 20.000 UI por semana durante três semanas e, então, deve-se reavaliar. Como dose de manutenção, recomendam-se doses diárias de 1.000-2.000 UI e valores séricos acima de 30 ng/mL para a prevenção do hiperparatireoidismo secundário, melhoria da massa óssea e redução do risco de quedas.
- E. Em pacientes com osteoporose, recomenda-se avaliar as concentrações plasmáticas da 25(OH)D antes de se iniciar o tratamento somente em meninas pré-púberes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelas diretrizes brasileiras de osteoporose na pós-menopausa, a 25(OH)D deve ser dosada em TODAS as pacientes antes de iniciar o tratamento, pois a deficiência compromete a resposta aos antirreabsorptivos e favorece o hiperparatireoidismo secundário. Na deficiência, repõe-se 50.000 UI por semana durante oito semanas, com reavaliação, e a manutenção é de 1.000 a 2.000 UI ao dia, mirando níveis acima de 30 ng/mL. Megadoses não trazem benefício e podem aumentar o risco de quedas. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito D

Recomenda-se que, pelo risco que oferece à saúde do indivíduo, o tabagismo passivo seja frequentemente indagado aos usuários dos serviços de saúde (tanto quanto o tabagismo ativo), incluindo também as crianças. Nesse sentido, pode constituir-se como importante estratégia de identificação de fumantes e motivação destes para abandono do tabaco, sendo as principais consequências e efeitos de longo prazo do fumo passivo, o(a)

- A. diminuição do risco cardiovascular na idade adulta.
- B. aumento do risco em 90% de câncer de pulmão.
- C. aumento do risco em 50% de infarto do miocárdio.

D. aumento do risco de câncer de seios da face. ✓

- E. diminuição de bronquite crônica e enfisema pulmonar. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 18

COMENTÁRIO OSCELABS

O tabagismo passivo não é exposição inócua: aumenta o risco de câncer de pulmão em torno de 20 a 30%, o de infarto do miocárdio em cerca de 25 a 30% e também o de neoplasias das vias aéreas superiores, incluindo os SEIOS DA FACE (nasossinusais). As demais alternativas invertem a lógica — o fumo passivo AUMENTA o risco cardiovascular e a doença pulmonar obstrutiva, incluindo bronquite crônica e enfisema — ou inflam os percentuais reconhecidos na literatura. Resposta D.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Paciente FMN, masculino, de 28 anos de idade, comparece a consulta ambulatorial com queixa de febre aferida acima de 38,5 °C, astenia, tosse produtiva, sem dispnéia referida ou aferida, com teste negativo para covid-19. O médico que o atende o diagnostica com pneumonia adquirida na comunidade (PAC). A PAC constitui a principal causa de morte no mundo; apesar da vasta microbiota respiratória, o *Streptococcus pneumoniae* permanece sendo a bactéria de maior prevalência entre os agentes etiológicos agudos. Com base no caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta, quanto ao nível de atenção em que deve ser realizado o tratamento do referido paciente e quanto à terapia mais indicada nesse caso, seguindo as recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade da SBPT.

- A. Trata-se de candidato ao tratamento ambulatorial; recomenda-se uso empírico de piperacilina-tazobactam endovenoso em hospital.
- B. Trata-se de caso de tratamento hospitalar como PAC grave, devendo-se avaliar UTI e recomendando-se uso empírico de piperacilina-tazobactam endovenoso.

C. Trata-se de candidato ao tratamento ambulatorial, recomendando-se uso empírico de monoterapia com beta-lactâmico ou macrolídeo. ✓

- D. Trata-se de caso de tratamento hospitalar como PAC grave, devendo-se avaliar UTI e recomendando-se uso empírico de vancomicina e meropenem endovenoso.
- E. Trata-se de candidato ao tratamento ambulatorial, devendo-se guiar antibiótico somente após resultado de cultura de escarro.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 28 anos, sem comorbidades, sem dispneia e sem instabilidade: CURB-65 e CRB-65 iguais a zero, ou seja, pneumonia adquirida na comunidade de tratamento AMBULATORIAL. Pelas recomendações da SBPT, o esquema empírico para esse perfil é monoterapia com beta-lactâmico (amoxicilina) ou macrolídeo. Piperacilina-tazobactam, vancomicina e meropenem são reservados à PAC grave com fatores de risco para germes resistentes, e a cultura de escarro jamais deve atrasar o antibiótico. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Paciente MDH, homem, de 42 anos de idade, foi internado por dispneia aos esforços há cinco meses, com sensação de opressão no tórax há uma semana. Nega tosse, expectoração ou chiado. Nega tabagismo. Seu exame físico da entrada revelou o seguinte: PA de 110 mmHg x 76 mmHg; FC de 54 bpm; saturação de O₂ (ar ambiente) de 91%. Ausculta cardíaca: hiperfonese e desdobramento de segunda bulha em foco pulmonar. Turgência jugular bilateral. Pulmões com estertores bibasais. Apresenta ecocardiograma transtorácico com FEVE de 34% e a radiografia inicial mostrada a seguir. O paciente é estabilizado no terceiro dia da internação e já está com a volemia estável. A partir desse caso hipotético, assinale a alternativa correta, a respeito do planejamento pós-alta desse paciente, de acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda.

- A. Recomenda-se que pacientes que foram internados por insuficiência cardíaca (IC) descompensada sejam seguidos somente em casos de necessidade de terapia de suporte ventricular.
- B. Recomenda-se visita clínica precoce após hospitalização, com avaliação médica/multidisciplinar, somente depois do terceiro mês após alta hospitalar.

C. É recomendada a vacinação anual contra influenza para todos os pacientes com IC. ✓

- D. Pacientes com sintomas avançados (classe IV da NYHA) são os únicos indicados a iniciar programas de exercício.
- E. O retorno ao trabalho deve ser evitado, ainda que seja importante financeiramente, pois o trabalho não é benéfico para o estado emocional e a autoestima de pacientes com doenças crônicas. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 19

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca, a vacinação ANUAL contra influenza (e a antipneumocócica) é recomendada a todos os pacientes com IC, pois infecções respiratórias são causa frequente de descompensação e óbito. A visita clínica pós-alta deve ser PRECOCE, em 7 a 14 dias, período de maior risco de reinternação; programas de exercício são indicados a todos os pacientes estáveis, não só à classe IV; e o retorno ao trabalho, quando possível, é benéfico ao estado emocional. Resposta C.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Paciente, RFO, homem, de 53 anos de idade, sofreu acidente automobilístico há 20 dias, com fratura exposta da tíbia direita, com necessidade de tratamento cirúrgico. Após 10 dias do procedimento, evoluiu com dor local e saída de secreção purulenta no sítio cirúrgico e compareceu em setor de internação com hemograma que evidenciava leucocitose, aumento de marcadores inflamatórios e ressonância magnética com sinais de osteomielite com destruição óssea e envolvimento de tecidos moles adjacentes. Foi feita abordagem cirúrgica local e foi enviado tecido para análise, que evidenciou MSSA no material coletado multissensível. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado nesse caso hipotético.

- A. vancomicina
- B. daptomicina
- C. ceftazidima

D. oxacilina ✓

E. teicoplanina

COMENTÁRIO OSCELABS

MSSA significa *Staphylococcus aureus* SENSÍVEL à meticilina/oxacilina. Nesse cenário, a oxacilina (ou a cefazolina) é superior aos glicopeptídeos: penetra melhor, tem ação bactericida mais rápida e menor falha terapêutica em osteomielite e bacteremia estafilocócica. Vancomicina, teicoplanina e daptomicina ficam reservadas ao MRSA ou à alergia grave a beta-lactâmicos; ceftazidima cobre *Pseudomonas* e tem cobertura ruim para estafilococo. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito C

Paciente, JVCC, 25 anos de idade, apresentou quadro de dispneia súbita e dessaturação 4 horas após realização de cirurgia intra-abdominal. Após a realização de exames complementares, foi diagnosticada com tromboembolia pulmonar aguda. A partir desse caso clínico hipotético, assinale a alternativa correta, em relação ao tempo de duração da anticoagulação, segundo a SBACV.

- A. O objetivo de prolongar a duração do tratamento é garantir a recorrência de TVP. O risco será menor se a TVP ocorrer na presença de fatores de risco reversíveis, como cirurgias, e maior se a TVP for idiopática ou na presença de câncer.
- B. Devem-se ponderar os riscos e benefícios para a anticoagulação estendida por tempo indefinido, mas não se deve adaptá-la de acordo a situação clínica de cada paciente.
- C. O objetivo de prolongar a duração do tratamento é prevenir a recorrência de TVP. O risco será menor se a TVP ocorrer na presença de fatores de risco reversíveis, como cirurgias, e maior se a TVP for idiopática ou na presença de câncer. ✓**
- D. Não se devem ponderar os riscos e benefícios para a anticoagulação estendida por tempo indefinido, nem adaptar de acordo a situação clínica de cada paciente.
- E. O objetivo de encurtar a duração do tratamento é prevenir a recorrência de TVP. O risco será menor se a TVP ocorrer na presença de fatores de risco reversíveis, como cirurgias, e maior se a TVP for idiopática ou na presença de câncer.

COMENTÁRIO OSCELABS

O objetivo de prolongar a anticoagulação é PREVENIR a recorrência do tromboembolismo venoso. Quando o evento é provocado por fator de risco reversível — cirurgia, imobilização, trauma —, o risco de recidiva após a suspensão é baixo e três meses costumam bastar. Já o evento idiopático (não provocado) ou associado a câncer tem risco alto e sustenta anticoagulação estendida, sempre com reavaliação periódica do risco hemorrágico e individualização da conduta. Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito C

Um homem de 63 anos de idade, com antecedente pessoal de hipertensão arterial sistêmica, em uso irregular de enalapril 20 mg/dia, compareceu ao pronto atendimento com queixa de dispneia aos esforços piorada há 1 semana, com dispneia aos mínimos esforços atualmente. Relata ortopneia e dispneia paroxística noturna, além de edema de membros inferiores, sem febre ou dor torácica. Refere tosse seca e nega tabagismo. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico provável do paciente nesse caso clínico hipotético.

- A. pneumonia
- B. doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada
- C. insuficiência cardíaca descompensada ✓**
- D. infarto do miocárdio
- E. tuberculose pulmonar

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia progressiva até os mínimos esforços, ORTOPNEIA, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores em hipertenso de longa data com uso irregular da medicação compõem o quadro clássico de insuficiência cardíaca descompensada — provável cardiopatia hipertensiva. A ausência de febre afasta pneumonia; sem tabagismo e sem sibilos, DPOC é improvável; não há dor torácica sugerindo infarto; e faltam sintomas consumptivos e epidemiologia para tuberculose. Resposta C.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

Uma mulher de 82 anos de idade, com antecedentes pessoais de diabetes melito não insulino-dependente e doença de Alzheimer em fase moderada, foi levada ao pronto-socorro com história de diarreia líquida sem sangue ou muco há 3 dias, além de queda do estado geral, sem febre. Evoluiu com piora há 1 dia, apresentando apatia e lentificação. Ao exame, encontra-se desidratada, hemodinamicamente estável e eupneica e apresenta déficit de atenção e sonolência, sem déficits neurológicos focais. Outros dados da paciente: saturação de oxigênio = 97% e glicemia capilar = 110 mg/dL. Considerando-se esse caso clínico, é correto afirmar que, de acordo com as possibilidades diagnósticas, a conduta inicial deverá incluir, além de hidratação endovenosa e teste para covid-19,

A. coleta de hemograma, urina I, eletrólitos e função renal. ✓

B. tomografia de crânio e gasometria arterial.

C. ressonância de crânio e gasometria venosa.

D. coleta de hemoculturas e gasometria arterial.

E. tomografia de tórax e ultrassonografia de abdome. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 20 Caso clínico para as questões 73 e 74. Paciente do sexo feminino, de 39 anos de idade, natural e procedente de São Paulo - SP, sem comorbidades, procura atendimento no Centro de Saúde Escola por quadro de perda ponderal de 8 kg em 4 meses, tosse produtiva, febre baixa no início da noite, fadiga e nodulações cervicais. Ao exame, revela-se emagrecida, descorada 2+/4+, afebril, com nodulações endurecidas em cadeias cervicais anterior e posterior, com ausculta cardíaca sem alterações e estertores crepitantes em ápice direito. Realizou a radiografia de tórax apresentada a seguir. Internet: <radiopaedia.org>.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com demência que evolui em horas com apatia, lentificação, déficit de ATENÇÃO e sonolência tem DELIRIUM — quase sempre secundário a fator orgânico, aqui a desidratação por diarreia e/ou uma infecção. A investigação inicial deve buscar as causas mais prováveis: hemograma, urina I, eletrólitos e função renal. Neuroimagem só se impõe diante de déficit focal, trauma ou rebaixamento inexplicado, e não é a prioridade neste caso. Resposta A.

QUESTÃO 73 — Gabarito D

Com base nesse caso clínico, assinale, entre as alternativas a seguir, aquela que apresenta a principal hipótese diagnóstica do quadro pulmonar e seu exame confirmatório, respectivamente.

A. cavitação pulmonar, tuberculose pulmonar; pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (pelo menos uma amostra)

B. abscesso pulmonar, pneumonia por *Staphylococcus aureus*; três pares de hemoculturas

C. massa pulmonar, neoplasia maligna de pulmão; biópsia guiada por tomografia

D. cavitação pulmonar, tuberculose pulmonar; pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (pelo menos duas amostras) ✓

E. massa pulmonar, neoplasia maligna de pulmão; biópsia endobrônquica

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda ponderal, tosse produtiva, febre vespertina, adenomegalia cervical endurecida e estertores em ÁPICE com cavitação radiológica é tuberculose pulmonar até prova em contrário. A confirmação clássica se faz pela pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente em pelo menos DUAS amostras de escarro (ou pelo teste rápido molecular). Neoplasia daria massa, não cavitação apical nesse perfil, e abscesso por estafilococo teria curso agudo e séptico. Resposta D.

QUESTÃO 74 — Gabarito E

Considere que, após confirmação do diagnóstico do quadro pulmonar, a paciente receba o resultado de dois testes rápidos positivos para HIV e, posteriormente, seja realizada carga viral de 10.000 cópias/mL e contagem de linfócitos T CD4+ = 150 células/mL. Nesse caso, em relação ao tratamento do HIV e da patologia pulmonar, deve-se iniciar,

- A. concomitantemente, quimioterapia e terapia antirretroviral.
- B. imediatamente, esquema RIPE associado a terapia antirretroviral.
- C. imediatamente, ceftriaxona endovenosa por 7 dias, associada a terapia antirretroviral.
- D. imediatamente, quimioterapia e, após 12 semanas, associar terapia antirretroviral.
- E. imediatamente, esquema RIPE e, após 8 semanas de tratamento, associar terapia antirretroviral. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na coinfeção tuberculose-HIV, a tuberculose SEMPRE se trata primeiro: inicia-se o esquema RIPE de imediato e a terapia antirretroviral entra depois, para reduzir interações medicamentosas e a síndrome inflamatória de reconstituição imune. O momento é ditado pelo CD4: até duas semanas quando abaixo de 50 células/mm³ e por volta da oitava semana nos demais — como esta paciente, com 150. Iniciar RIPE e antirretroviral simultaneamente não é a recomendação. Resposta E.

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Mulher de 52 anos de idade, hipertensa, diabética e tabagista procurou o pronto-socorro de um hospital terciário com quadro de dor precordial de início súbito há cerca de duas horas, de forte intensidade, associada a diaforese e dispneia. Ao exame físico, apresenta-se sudoreica, com palidez cutânea, PA = 80 mmHg x 60 mmHg, FC = 64 bpm, FR = 28 ipm, saturação de oxigênio = 98% em ar ambiente, turgência jugular a 45°, com bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopros. À ausculta pulmonar, observa-se murmúrio vesicular presente em cada hemitórax, com estertores crepitantes em terço inferior bilateralmente. Constatam-se extremidades frias, com tempo de enchimento capilar prolongado. Foi realizado o eletrocardiograma a seguir. Internet: <assinantes.medicinanet.com.br>. Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o correto diagnóstico e a conduta adequada, nesse caso clínico.

- A. infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST; encaminhar ao laboratório de hemodinâmica de imediato
 - B. infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST de parede anterior; encaminhar ao laboratório de hemodinâmica de imediato
 - C. infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST de parede inferior; realizar trombólise de urgência, se ausência de contraindicações
 - D. infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST de parede inferior; encaminhar ao laboratório de hemodinâmica de imediato ✓**
 - E. infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST; realizar trombólise de urgência, se ausência de contraindicações
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 21

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor precordial súbita com sudorese, hipotensão, turgência jugular, extremidades frias e congestão pulmonar caracteriza infarto com supradesnivelamento de ST de parede INFERIOR complicado por choque cardiogênico — atenção ao acometimento do ventrículo direito, sugerido pela hipotensão com turgência jugular. No choque, a angioplastia primária é claramente superior à trombólise, e o paciente deve ir direto ao laboratório de hemodinâmica. Resposta D.

QUESTÃO 76 — Gabarito B

Quanto à intoxicação exógena, considere as seguintes possibilidades de quadros clínicos, agentes causadores e medidas de tratamento específicas. paciente A: pupilas rapidamente variáveis, convulsão, pele fria, bradicardia paciente B: pupilas mióticas, broncorreia, hipersalivação, bradicardia paciente C: pupilas muito mióticas, hipoventilação, bradipneia agente 1: opioide agente 2: betabloqueador agente 3: organofosforado medida X: glucagon, gluconato de cálcio medida Y: naloxone medida Z: atropina e pralidoxima A partir dessas informações, assinale a alternativa que apresenta a correlação mais adequada entre o quadro clínico, o agente causador e a medida de tratamento.

- A. A-1-X; B-2-Y; C-3-Z
- B. A-2-X; B-3-Z; C-1-Y ✓**
- C. A-3-Z; B-1-Y; C-2-X
- D. A-1-Z; B-2-X; C-3-Y
- E. A-2-Y; B-1-X; C-3-Z

COMENTÁRIO OSCELABS

Correlação das síndromes toxicológicas: pupilas rapidamente variáveis, convulsão, pele fria e bradicardia sugerem betabloqueador (agente 2), cujo antídoto é glucagon com gluconato de cálcio (medida X). Miose com broncorreia, sialorreia e bradicardia é a síndrome colinérgica do organofosforado (agente 3), tratada com atropina e pralidoxima (medida Z). Miose puntiforme com hipoventilação e bradipneia é a tríade opioide (agente 1), revertida pela naloxona (medida Y). Resposta B.

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Homem de 60 anos de idade refere início, há 4 meses, de bradicinesia, passos curtos, tremores e dificuldade para realização das suas atividades diárias. Refere uso de cinarizina e lorazepam. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o diagnóstico mais provável e a melhor conduta.

- A. parkinsonismo secundário; suspender a cinarizina e o lorazepam ✓**
- B. labirintopatia; otimizar o tratamento com a cinarizina
- C. doença de Alzheimer; introdução de levodopa
- D. tremor essencial; introduzir betabloqueador
- E. doença de Parkinson; manter os medicamentos em uso e iniciar fisioterapia motora diária

COMENTÁRIO OSCELABS

Parkinsonismo de instalação relativamente rápida em paciente usando CINARIZINA — antagonista dopaminérgico — aponta parkinsonismo SECUNDÁRIO, medicamentoso. A conduta é suspender o fármaco responsável (e o benzodiazepínico, que agrava a marcha e o risco de queda), com melhora esperada em semanas a meses. A doença de Parkinson idiopática tem curso mais insidioso e assimétrico e não justificaria manter o agente causal; tremor essencial é postural e de ação, sem bradicinesia. Resposta A.

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Paciente do sexo masculino, de 20 anos de idade, com diagnóstico de DM1 há cerca de 12 anos, chega ao pronto-socorro com quadro de astenia, taquipneia, rebaixamento do nível de consciência e desidratação com início há 12 horas. Familiares referem que o paciente estava fazendo uso irregular da insulina nos últimos dias e que já apresentou quadro semelhante quando interrompeu o tratamento de diabetes. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a hipótese diagnóstica mais provável para esse quadro e o(s) melhor(es) exame(s) a ser(em) solicitado(s) no momento.

- A. cetoacidose diabética; glicemia, gasometria arterial e pesquisa de corpos cetônicos na urina ✓**
- B. sepse de foco a esclarecer; hemoculturas e hemograma
- C. cetoacidose diabética; tomografia de crânio sem contraste, para avaliar a causa do rebaixamento do nível de consciência
- D. acidente vascular encefálico; tomografia de crânio sem contraste, para avaliar a causa do rebaixamento do nível de consciência
- E. sepse de foco pulmonar; radiografia de tórax e hemoculturas

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético tipo 1 que omite insulina e evolui em horas com astenia, desidratação, TAQUIPNEIA (respiração de Kussmaul, compensando a acidose) e rebaixamento tem cetoacidose diabética. A confirmação exige a tríade laboratorial: hiperglicemia, acidose metabólica com ânion-gap alargado à gasometria e cetose (corpos cetônicos na urina ou cetonemia). Tomografia de crânio não explica o quadro nem deve atrasar a hidratação e a insulinoaterapia. Resposta A.

QUESTÃO 79 — Gabarito E

Entre as alternativas a seguir, assinale a que não apresenta um dos critérios diagnósticos de síndrome torácica aguda em pacientes com anemia falciforme.

- A. presença de infiltrado novo em radiografia de tórax
- B. dor torácica
- C. temperatura > 38,5 °C.
- D. taquipneia, tosse, estertores à ausculta
- E. sinais de isquemia no eletrocardiograma ou aumento de biomarcadores de necrose miocárdica ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A síndrome torácica aguda na doença falciforme é definida por infiltrado pulmonar NOVO à radiografia associado a pelo menos um sinal ou sintoma respiratório: febre acima de 38,5 °C, dor torácica, tosse, taquipneia, sibilos, estertores ou hipoxemia. Alterações isquêmicas ao eletrocardiograma e elevação de marcadores de necrose miocárdica NÃO integram os critérios — pertencem à síndrome coronariana aguda. Resposta E.

QUESTÃO 80 — Gabarito E

Os fatores predisponentes para o desenvolvimento de peritonite bacteriana espontânea (PBE) não incluem

- A. sangramento gastrointestinal.
- B. episódio prévio de PBE.
- C. procedimentos invasivos (sondas urinárias ou cateteres intravasculares).
- D. doença hepática avançada.
- E. hipertensão arterial sistêmica. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 22 MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Os fatores de risco para peritonite bacteriana espontânea são os que aumentam a translocação bacteriana ou reduzem a defesa do líquido ascítico: doença hepática avançada com ascite de baixa proteína, sangramento gastrointestinal, episódio prévio de PBE e procedimentos invasivos que criam portas de entrada. Hipertensão arterial SISTÊMICA não tem relação com PBE — não confundir com hipertensão PORTAL, esta sim o substrato fisiopatológico da ascite. Resposta E.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

Prevenção combinada, segundo o Ministério da Saúde (MS), é uma estratégia de prevenção que faz uso de combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão. A prevenção combinada é preconizada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), desde 2010, e incorporada no Brasil desde 2013. A atenção primária à saúde (APS) tem papel fundamental tanto na garantia de acesso de usuários às tecnologias de prevenção quanto na oferta qualificada dessas tecnologias. Considerando-se esse conceito, pode-se dizer que as ações de prevenção combinada que podem ser realizadas pelas equipes multidisciplinares na APS incluem

- A. garantir a acessibilidade a seringas e a agulhas descartáveis para pessoas que usam drogas injetáveis e para travestis e transexuais que fazem uso de silicone industrial e de hormônios injetáveis, como redução de danos. ✓**
- B. encaminhar o usuário do serviço para centros especializados e de referência quando for necessário prescrever PrEP, visto que, nas unidades básicas de saúde (UBS), não é possível prescrever.
- C. fortalecer permanentemente o vínculo da gestante portadora de HIV com a equipe de pré-natal de alto risco, com finalidade de prevenção da transmissão vertical (PTV), não sendo função da equipe da APS seu acompanhamento.
- D. ofertar, em todas as UBS, preservativo masculino, preservativo feminino e gel lubrificante, sendo fornecido somente quando prescrito por profissional de saúde, após orientação sobre cuidados de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).
- E. realizar testagem para as pessoas cadastradas no serviço da UBS, orientando os que não forem cadastrados a procurarem suas unidades de referência.

COMENTÁRIO OSCELABS

A prevenção combinada articula intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, e a redução de danos é um de seus pilares na atenção primária: garantir acesso a seringas e agulhas descartáveis a pessoas que usam drogas injetáveis e a travestis e transexuais que aplicam hormônios ou silicone. A PrEP pode e deve ser prescrita na UBS; a gestante vivendo com HIV é compartilhada, nunca abandonada pela APS; preservativos e gel são de livre acesso, sem prescrição; e a testagem não se restringe a usuários cadastrados. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Dona Teresa, de 45 anos de idade, foi visitar os netos para as festas de fim de ano. Durante a sua estadia, após o almoço familiar em uma quarta-feira, começou a sentir dores abdominais moderadas. Ela relata já ter apresentado dores abdominais antes, mas não com essa intensidade. A filha a levou na unidade de saúde de família do bairro, que era a unidade de saúde mais próxima. Dona Teresa foi acolhida pela enfermeira e passou por uma consulta com o médico de família da unidade e teve a resolução do quadro e os devidos encaminhamentos. Nessa situação hipotética, o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que permitiu o atendimento na unidade local foi a(o)

- A. equidade.

- B. coordenação do cuidado.
- C. integralidade.
- D. universalidade. ✓**
- E. acesso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dona Teresa foi atendida em unidade onde não é cadastrada, em município que não é o seu — e ainda assim recebeu cuidado. O princípio doutrinário que garante isso é a UNIVERSALIDADE: saúde é direito de todos e dever do Estado, sem exigência de vínculo prévio, contribuição ou domicílio. Equidade é tratar desigualmente os desiguais; integralidade abrange o cuidado em todos os níveis; coordenação do cuidado é atributo da APS; e acesso é característica organizacional, não princípio do SUS. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Um rapaz de 18 anos de idade, motoboy, tinha acabado de ser registrado em seu primeiro emprego e pilotava sua moto em direção ao local de trabalho para iniciar suas entregas quando foi, repentinamente, atingido por outro veículo automotor, o qual o lançou a 10 metros de distância contra um muro. Ele foi resgatado pelo serviço móvel de urgência e levado ao hospital municipal da região. Sofreu cirurgia devido à fratura de múltiplas costelas, à fratura de processo odontóide e de tíbia esquerda. Com relação a essa situação hipotética, assinale a alternativa correta.

- A. O acidente deve ser notificado apenas ao sistema de informação de agravos de notificação (SINAN).
- B. O hospital deve realizar apenas a comunicação de acidente de trabalho (CAT), não sendo necessário realizar a notificação ao SINAN, visto não ser um acidente com material biológico.
- C. O hospital deve realizar ambas as notificações SINAN, em até 24 horas, e realizar CAT. ✓**
- D. O caso não deve ser notificado, visto que o entregador ainda não estava em seu horário de trabalho, não podendo ser considerado um acidente de trabalho.
- E. O caso deve ser notificado apenas como acidente de trânsito grave, cabendo ao Detran a responsabilidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O acidente ocorreu no trajeto para o trabalho, com vínculo formal recém-registrado: é acidente de trabalho de TRAJETO, equiparado ao típico. Portanto exige a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) E a notificação no SINAN como acidente de trabalho GRAVE, no prazo de até 24 horas. A notificação de agravos relacionados ao trabalho não se limita à exposição a material biológico, e a apuração do trânsito não substitui a vigilância em saúde do trabalhador. Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Acerca das recentes atualizações na lista nacional de agravos de notificação, julgue os itens a seguir. I As síndromes inflamatórias multissistêmicas associadas à covid-19 em adultos e em crianças, SIM-A e SIM-P, respectivamente, passaram a figurar na lista de agravos de notificação do Ministério da Saúde, com notificação imediata. II A síndrome gripal por covid-19 se manteve na lista geral de agravos, mas, devido à diminuição dos casos e ao esfriamento da pandemia, passou a ser de notificação semanal. III A doença de Chagas crônica, a partir de 2020, passou a figurar na lista de agravos de notificação, devendo ser notificada com periodicidade imediata, em até 24 horas. Com essa alteração, tanto o quadro agudo quanto o quadro crônico da doença causada pelo *Trypanosoma cruzi* passam a ser obrigatoriamente notificados em todo o território nacional. IV Em 2021, a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika passou a ser de notificação compulsória, adotando-se a periodicidade imediata, ou seja, até 24 horas para notificação. Assinale a alternativa correta.

- A. Nenhum item está certo.

B. Apenas o item I está certo. ✓

C. Apenas o item II está certo.

D. Apenas o item III está certo.

E. Apenas o item IV está certo. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 23

COMENTÁRIO OSCELABS

Apenas o item I procede: as síndromes inflamatórias multissistêmicas associadas à covid-19 em adultos (SIM-A) e em crianças e adolescentes (SIM-P) entraram na lista nacional com notificação IMEDIATA. A síndrome congênita associada ao Zika é compulsória desde 2016, com periodicidade semanal; a doença de Chagas CRÔNICA passou à lista com notificação semanal (apenas a forma aguda é imediata); e a covid-19 manteve regime próprio de notificação, não semanal por esfriamento da pandemia. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Em uma cidade do interior paulista, uma clínica vem fazendo muito sucesso com proposta de tratamentos estéticos com resultados imediatos. José acabou de se formar em clínica médica e irá iniciar residência em endocrinologia na cidade. Ele foi convidado para atuar nessa clínica aos finais de semana, com bons ganhos mensais. José, diante dos protocolos utilizados na clínica, verifica que ela não possui pesquisas robustas que corroboram com os resultados entregues aos pacientes e que, inclusive, há críticas feitas por algumas sociedades médicas. Ao conversar com os colegas e com o proprietário da clínica, eles informam que não há pesquisas robustas, mas que o importante é o resultado empírico, prático, que eles estão tendo, o que tem trazido clientela de todo o Brasil, principalmente após o marketing agressivo na Internet. Com base nessa situação hipotética, considere que José tenha optado por não aceitar a proposta de emprego. Nesse caso, é correto afirmar que José, ao tomar essa decisão, baseou-se no princípio bioético da

A. justiça.

B. equidade.

C. não maleficência. ✓

D. autonomia.

E. beneficência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ao recusar atuar em serviço cujos protocolos não têm respaldo científico e são criticados por sociedades médicas, José evita expor pacientes a risco e dano — exatamente o conteúdo do princípio da NÃO MALEFICÊNCIA (*primum non nocere*). Beneficência é promover ativamente o bem; autonomia é respeitar a decisão esclarecida do paciente; justiça é distribuir recursos de forma equânime. A recusa aqui é abstenção protetora, não ação de benefício nem de distribuição. Resposta C.

QUESTÃO 86 — Gabarito C

Em julho de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou que a doença varíola dos macacos, também conhecida como monkeypox, tornou-se uma emergência de saúde pública global. Isso significa que houve um aumento da transmissibilidade por provável mutação viral. Mas não se notou o aumento de casos graves ou fatais até o momento do decreto da OMS. Nesse sentido, conclui-se que o vírus manteve seu(sua)

A. poder invasivo.

B. dose infectante.

C. virulência. ✓

D. patogenicidade.

E. imunogenicidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os conceitos se separam assim: transmissibilidade é a capacidade de passar de um hospedeiro a outro; patogenicidade é a de causar doença nos infectados; VIRULÊNCIA é a de causar formas graves e óbitos entre os doentes. Como houve aumento da transmissão SEM aumento de casos graves ou fatais, a virulência permaneceu inalterada. Poder invasivo, dose infectante e imunogenicidade dizem respeito, respectivamente, à penetração tecidual, ao inóculo mínimo e à resposta imune induzida. Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

Ana, uma mulher de 35 anos de idade, casada, possui uma filha de 7 anos de idade, a qual foi amamentada exclusivamente até os 6 meses de idade. Essa mãe comparece à consulta de rotina anual na UBS. Após a consulta, a médica solicita exames visando à prevenção de agravos de saúde e aos rastreamentos, segundo é preconizado pelo Ministério de Saúde para a idade de Ana. Após as explicações dos exames pedidos, a médica nota que a paciente se encontra apreensiva e preocupada e pergunta se ela tem alguma dúvida em relação às explicações dadas. Ana, então, relata que está preocupada, pois a médica não pediu mamografia e gostaria de fazer esse exame, pois sua vizinha faleceu de câncer de mama recentemente e Ana relata ter muito medo de não descobrir uma doença como essa precocemente. Nesse caso hipotético, após ouvir o pedido e a preocupação de sua paciente, considerando a medicina centrada na pessoa, os fundamentos conceituais de testes diagnósticos e as recomendações do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer em relação ao rastreamento de neoplasia mamária, a médica deve

- A. dispensar a solicitação de mamografia, uma vez que, na idade da paciente, a prevalência da doença é baixa, o que aumenta o risco de falso-positivo. ✓**
- B. solicitar a mamografia, visando a trazer conforto emocional à paciente, segundo a orientação fornecida pela medicina centrada na pessoa.
- C. dispensar a solicitação de mamografia, uma vez que a probabilidade pré-teste da doença é baixa, o que aumenta o risco de falso-negativo.
- D. solicitar a mamografia, devido à baixa probabilidade de falso-positivo, ficando, assim, resguardada, caso haja um futuro processo.
- E. solicitar a mamografia, como preconizado pela Sociedade Brasileira de Mastologia e pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, devido à alta prevalência da doença nessa faixa etária. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 24

COMENTÁRIO OSCELABS

Ana tem 35 anos e risco habitual — o Ministério da Saúde e o INCA recomendam mamografia de rastreamento apenas dos 50 aos 69 anos, a cada dois anos. Em faixa etária de baixa PREVALÊNCIA o valor preditivo positivo despenca: boa parte dos exames alterados será FALSO-POSITIVO, gerando biópsias e sofrimento desnecessários. A medicina centrada na pessoa exige acolher o medo e explicar o raciocínio, não solicitar exame sem indicação nem praticar medicina defensiva. Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito B

Um médico terminou a residência em medicina de família e comunidade recentemente. Logo após a finalização da residência, assumiu uma equipe de atenção primária (eAP) no interior do estado de São Paulo. Ao chegar na unidade de saúde, notou que sua equipe era composta por ele e por um enfermeiro. A partir desse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a composição mínima para esse tipo de equipe, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Portaria n.º 2.539/2019.

- A. A composição da equipe está inadequada e deve ser formada por um médico, por um enfermeiro, por um agente comunitário de saúde e por um profissional técnico ou auxiliar de enfermagem.

B. A composição está adequada e a equipe pode, portanto, ser formada por um médico e por um enfermeiro. ✓

- C. A equipe está inadequada e deve ser formada por um médico, por um enfermeiro e por mais um agente comunitário de saúde.
- D. A composição está adequada e a equipe deve ser formada, obrigatoriamente, por um médico especialista em medicina de família e comunidade e por um profissional de enfermagem.
- E. A equipe está inadequada e deve ser formada por um médico, por um enfermeiro, por um agente comunitário de saúde e por um técnico de saúde bucal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Portaria nº 2.539/2019 criou a equipe de Atenção Primária (eAP), cuja composição MÍNIMA é médico e enfermeiro, preferencialmente em 40 horas (admitidas cargas de 20 ou 30 horas). É modalidade distinta da equipe de Saúde da Família (eSF), esta sim obrigada a contar com agentes comunitários de saúde e auxiliar ou técnico de enfermagem. Também não se exige que o médico seja especialista em medicina de família e comunidade. Resposta B.

QUESTÃO 89 — Gabarito E

Em um município de 5.000 habitantes, existe somente uma unidade de saúde da família com duas equipes. Devido à falta de disponibilização de outros serviços na comunidade, a unidade básica de saúde (UBS) realiza todo o tipo de atendimento: desde consultas programáticas até às de urgência e de emergência. Por conta disso, o horário de funcionamento da UBS fica estendido e as duas médicas da unidade, Maria e Kelly, se revezam nos horários de atendimento, de modo que fique pelo menos um médico durante todo o período de funcionamento da unidade. Com um novo aumento de casos de síndrome respiratória, o atendimento triplicou na unidade e, para corroborar, Maria foi afastada por covid-19, ficando Kelly sozinha por uma semana para realizar todos os atendimentos prioritários. No final da quinta-feira daquela semana, o paciente Jorge chega para sua consulta agendada devido a uma dor no pé que já dura 3 meses. Ele aguardava a consulta há 2 meses, que sempre era remarcada devido aos casos graves que chegavam na unidade e que precisavam ser atendidos com maior prioridade e transferidos de unidade. Ao chegar ao balcão, a recepcionista informa a Jorge que a consulta terá que ser novamente remarcada, visto que a Dr.a Kelly ainda irá realizar o atendimento de 5 pacientes com sintomas gripais e que, portanto, não conseguirá atendê-lo. Ele, chateado e com dor, fala que não sairá da unidade até conversar com a médica, visto que já será a quarta vez que sua consulta será remarcada. Dr.a Kelly estava no corredor e ouviu Jorge argumentar. Ela vai em direção dele e pergunta se ele não se importa com as pessoas com covid-19. Diz que, se ele esperou 3 meses, pode esperar mais 1 dia, que não vai morrer pela dor. Jorge, constrangido, pede desculpas e sai da unidade. Considerando que, nessa situação hipotética, a atitude de Kelly com o paciente pode ser derivada de sua sobrecarga de trabalho, assinale a alternativa que apresenta em que nível de prevenção se enquadrariam as ações de saúde para evitar burnout médico.

- A. prevenção primária
- B. prevenção secundária
- C. prevenção terciária
- D. prevenção quaternária

E. prevenção quinquenária SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 25 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A pegadinha está no termo. Além dos três níveis clássicos e da prevenção quaternária (proteger o paciente do excesso de intervenção médica), foi proposta a prevenção QUINQUENÁRIA, voltada ao cuidado do próprio profissional — prevenção do burnout, do sofrimento moral e da sobrecarga da equipe. É exatamente o que faltou à Dra. Kelly, sobrecarregada e sozinha na unidade. Dimensionamento de pessoal, apoio institucional e ações de saúde do trabalhador se enquadram nesse nível. Resposta E.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Em dezembro de 2022, o governo federal aprovou a Lei n.º 14.510/2022, que autoriza e estabelece regras para a prática de atendimentos de saúde a distância, revogando a Lei n.º 13.989/2020, criada durante a pandemia de covid-19. Em relação à Lei n.º 14.510/2022 e ao atendimento via telessaúde, assinale a alternativa correta.

- A. Ao profissional de saúde são asseguradas a liberdade e a completa independência de decidir sobre a utilização ou não da telessaúde, exceto com relação à primeira consulta ou ao primeiro atendimento e procedimento, que deverão ser realizados de forma presencial.
- B. A telessaúde abrange a prestação remota de serviços relacionados às profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo Federal, excetuando o serviço de pediatria que deverá ocorrer de forma presencial.
- C. A telemedicina não deve ser utilizada pela estratégia de saúde da família, pois reduz a integralidade do cuidado.
- D. O acesso ao serviço de saúde poderá ser facilitado, em determinadas regiões do País, auxiliando a coordenação de cuidado e o acolhimento de forma a aumentar os atendimentos síncronos e assíncronos. ✓**
- E. Caso o paciente se recuse ao atendimento na modalidade telessaúde, não há necessidade de fornecer garantia do atendimento presencial quando solicitado.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei nº 14.510/2022 incorporou a telessaúde ao SUS de forma permanente, com atendimentos SÍNCRONOS e ASSÍNCRONOS, ampliando o acesso em regiões com escassez de profissionais e apoiando a coordenação do cuidado e o acolhimento. A lei não exige que a primeira consulta seja presencial (a decisão é do profissional), não exclui a pediatria, não veda o uso na Estratégia Saúde da Família e garante ao paciente o atendimento presencial sempre que ele recusar a modalidade remota. Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Uma jovem de 17 anos de idade comparece à unidade de saúde, desacompanhada, solicitando consulta de acolhimento. Ela é atendida pela profissional de enfermagem. Durante o atendimento, a jovem relata que está sem menstruar há 2 meses, refere que teve relação sem preservativo apenas uma vez e afirma que está preocupada com a possibilidade de estar grávida, pois tem medo da reação dos seus pais. Acerca desse caso hipotético, entre as alternativas apresentadas a seguir, assinale aquela que apresenta a melhor conduta a ser tomada.

- A. solicitar a presença dos responsáveis para continuar a consulta, pois, pelo fato de a adolescente ser menor de idade, o profissional da saúde é obrigado a informar os pais sobre o conteúdo da consulta
- B. realizar teste de gravidez e, se o resultado der positivo, combinar com a adolescente a melhor forma e o melhor momento para contar aos seus responsáveis ✓**
- C. solicitar a presença do conselho tutelar e fazer denúncia de provável abuso sexual, devido ao fato de a adolescente ser menor de idade

- D. convocar os responsáveis e agendar consulta com o médico, para que os pais sejam informados sobre a probabilidade de gravidez e para que solicite autorização para realização dos exames a fim de comprovar a gravidez e iniciar o pré-natal
- E. realizar teste de gravidez e, se o resultado der positivo, iniciar o pré-natal; a decisão da adolescente de não contar aos responsáveis deve ser respeitada devido ao sigilo médico

COMENTÁRIO OSCELABS

O ECA e as resoluções do CFM garantem ao adolescente atendimento DESACOMPANHADO e sigilo, rompido apenas diante de risco de vida ou dano grave. A conduta correta é realizar o teste de gravidez e, se positivo, pactuar com ela a melhor forma e o melhor momento de comunicar os responsáveis — o apoio familiar é essencial ao pré-natal, mas a adolescente deve ser protagonista. Convocar os pais à sua revelia ou acionar o conselho tutelar sem indício de violência quebra o vínculo e afasta a jovem do serviço. Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito C

Com o objetivo de avaliar o impacto da triagem populacional com o exame de antígeno prostático específico (PSA), visto que o diagnóstico precoce é considerado um fator importante para a efetividade do tratamento do câncer, realizou-se um estudo com dois grupos: grupo A, que realizou a dosagem de PSA por 10 anos, e grupo B, que não realizou o exame de forma periódica. Resultado Grupo A Grupo B OR Participantes 30.000 32.000 Câncer de Próstata 679 650 Óbitos por câncer de Próstata 150 156 1.08 (IC 95%: 0.85 - 1.39) Considerando esse caso hipotético, entre as alternativas apresentadas a seguir, assinale aquela que melhor apresenta, respectivamente, o estudo descrito e a interpretação adequada.

- A. Utilizou-se um ensaio clínico e o exame de PSA não teve efeito na redução da mortalidade por câncer de próstata.
- B. Utilizou-se um ensaio clínico e o exame de PSA foi eficaz porque aumentou o número de diagnósticos de câncer de próstata.
- C. Utilizou-se um estudo de coorte e o exame de PSA não teve efeito na redução da mortalidade por câncer de próstata. ✓**
- D. Utilizou-se um estudo de caso-controle e os dados são insuficientes para avaliar a eficácia do exame de PSA.
- E. Utilizou-se um estudo de coorte e os dados são insuficientes para avaliar a eficácia do exame de PSA.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois grupos definidos pela EXPOSIÇÃO (fazer ou não PSA periódico), acompanhados ao longo de 10 anos até o desfecho, sem alocação aleatória descrita: trata-se de estudo de COORTE, não de ensaio clínico (que exigiria randomização) nem de caso-controle (que parte do desfecho). O OR de 1,08 com intervalo de confiança de 0,85 a 1,39 CRUZA o valor 1 — resultado sem significância estatística, ou seja, o rastreamento não reduziu a mortalidade por câncer de próstata. Resposta C.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Os coeficientes de mortalidade auxiliam as vigilâncias epidemiológicas, juntamente com municípios, estados e Ministério da Saúde, a adotarem medidas para melhorar a qualidade de serviços e para articular uma ação nacional. Considerando-se os coeficientes de mortalidade, é correto afirmar que

- A. as curvas de Nelson de Moraes são curvas de mortalidade proporcional por idade. ✓**
- B. o indicador de Swaroop-Uemura informa a proporção de óbitos de indivíduos com menos de 50 anos de idade residentes em uma determinada localidade.
- C. estão incluídos, no coeficiente de mortalidade neonatal, óbitos de crianças que faleceram até o 42.o dia completo de vida.

- D. o coeficiente de mortalidade materna informa o risco de óbito materno em uma determinada localidade ao longo de um determinado período e deve ser calculado dividindo-se óbitos de gestantes até 27.o dia após o término da gestação pelo número de nascidos vivos.
- E. O coeficiente de mortalidade por causas externas não pode incluir óbitos por complicações de assistência médica, uma vez que esse tipo de causa deve ser calculado por coeficiente específico. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 26

COMENTÁRIO OSCELABS

As curvas de Nelson de Moraes representam a mortalidade PROPORCIONAL por faixa etária e classificam o nível de saúde da população em quatro tipos, do padrão de nível muito baixo ao de nível elevado. O indicador de Swaroop-Uemura é a proporção de óbitos de pessoas com 50 anos OU MAIS; a mortalidade neonatal considera óbitos até 27 dias completos; morte materna abrange até 42 dias após o término da gestação; e complicações da assistência médica são classificadas como causas externas. Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

A atenção primária à saúde (APS) é fundamental para a organização da rede de atenção à saúde (RAS), sendo dividida em atributos essenciais e derivados, descrita por Barbara Starfield, em 1998, “como oferta de ações de atenção à saúde integradas e acessíveis segundo as necessidades locais, desenvolvidas por equipes multiprofissionais responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades individuais e coletivas em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com as pessoas e comunidades”. Em relação aos atributos da APS, assinale a alternativa correta.

- A. A promoção de saúde diz respeito à acessibilidade do serviço de saúde a cada nova necessidade do usuário.
- B. A longitudinalidade trata da complexidade do entendimento do processo saúde-doença, bem como de ações de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação adequadas ao contexto da APS.
- C. A universalidade determina o acesso universal à saúde para todos os indivíduos — um atributo essencial da APS.
- D. Orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural são informações secundárias, derivadas do contexto do indivíduo. ✓**
- E. Territorialização é um atributo da APS, caracterizada pela organização dos serviços de saúde de acordo com cada território, observando-se as necessidades e as particularidades.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os atributos ESSENCIAIS da APS descritos por Starfield são acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Os DERIVADOS — orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural — qualificam o cuidado a partir do contexto do indivíduo e da comunidade. Universalidade é princípio do SUS, não atributo; longitudinalidade é o vínculo continuado ao longo do tempo (a definição apresentada corresponde à integralidade); e territorialização é estratégia organizacional. Resposta D.

QUESTÃO 95 — ANULADA

Uma mulher com 62 anos de idade comparece à unidade básica de saúde, pois tem apresentado piora de um quadro de dispnéia ao se esforçar. Relata acompanhar estas comorbidades com especialistas: um quadro de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, hipertensão e diabetes melito tipo II. Apesar do uso de diversas medicações, seus exames recentes apontam que sua hemoglobina glicosilada está 8,2%. Nesse caso hipotético, considerando a prevenção quaternária e os efeitos deletérios da polifarmácia, assinale a alternativa que apresenta a medicação que deve ser suspensa.

- A. empagliflozina
- B. dapagliflozina

- C. anlodipino
- D. digoxina
- E. pioglitazona

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema é prevenção quaternária e desprescrição na polifarmácia: em paciente com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida e diabetes, as glifozinas trazem benefício cardiovascular e renal comprovado, ao passo que a pioglitazona causa retenção hídrica e piora a IC, e a digoxina tem janela terapêutica estreita no idoso. Sem gabarito oficial válido, não se aponta alternativa correta.

QUESTÃO 96 — Gabarito D

Segundo o Tratado de Medicina de Família, Gusso e Ceratti (2018) afirmam que “o território é um espaço limitado político-administrativamente ou por ação de um grupo social, em que se edificam e se exercitam os poderes do Estado e dos cidadãos, de grande importância para a definição de políticas públicas”.

Considerando-se essa informação, a avaliação da implantação de uma unidade básica de saúde em uma determinada localidade, realizada pela gestão municipal por meio da delimitação político-administrativa, é característica de

- A. território-área.
- B. território-microárea.
- C. território-moradia.
- D. território-distrito. ✓**
- E. região de saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na classificação do território em saúde, o território-DISTRITO é a maior unidade operacional, definida por delimitação POLÍTICO-ADMINISTRATIVA da gestão municipal — é o recorte usado para planejar a implantação de serviços, como uma nova unidade básica. Território-área corresponde à abrangência de uma unidade, território-microárea à do agente comunitário, território-moradia ao domicílio, e região de saúde é recorte interfederativo entre municípios, definido no âmbito estadual. Resposta D.

QUESTÃO 97 — Gabarito E

Um paciente internado em UTI após cirurgia neurológica por fratura de base de crânio acompanhado de paralisia facial total devido à briga no bar e à queda com TCE está em seu 5.o dia de internação e evolui com pneumonia nosocomial, sepse e vai a óbito no 11.o dia de internação. Nessa situação hipotética, a declaração de óbito deverá ser assinada por

- A. médico plantonista da UTI.
- B. médico diarista da UTI.
- C. neurocirurgião que realizou a cirurgia.
- D. médico do SVO.

E. médico do IML. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INSTITUTO QUADRIX - APLICAÇÃO: 2023 SUS-SP PROGRAMAS DE ACESSO DIRETO 27 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A causa BÁSICA da morte é uma agressão com traumatismo cranioencefálico — morte por causa externa, ou seja, violenta. Ainda que o óbito tenha ocorrido no 11º dia, por complicação intra-hospitalar (pneumonia e sepse), a cadeia causal remonta ao trauma. Nessas situações a declaração de óbito é de competência do IML, e não do médico assistente. O SVO atende mortes NATURAIS sem assistência médica ou de causa mal definida — não é o caso. Resposta E.

QUESTÃO 98 — ANULADA

Um paciente aparece na unidade básica de saúde em sua consulta agendada. Durante a consulta, mostra-se angustiado e relata que foi diversas vezes ao pronto-socorro e que ninguém resolve seu problema. Mostra manchas em sua pele e diz que já “passou de tudo” e nada melhora sua condição. Diz que está há 1 ano nessa luta. Ao examinar as lesões, nota-se três máculas hipocrômicas, mal delimitadas, localizadas no tronco e na nádega direita. Ao realizar o teste de sensibilidade, nota-se hipoestesia nas lesões. Na palpação dos nervos periféricos, não há qualquer espessamento neural. Nesse caso hipotético, com base nas recomendações atuais do Ministério da Saúde, assinale a alternativa correta.

- A. O tratamento preconizado terá duração prevista de 6 meses com dapsona 100 mg/dia (autoadministrada) + rifampicina 600 mg/mês (dose supervisionada).
- B. O tratamento preconizado terá duração prevista de 6 meses com dapsona 100 mg/dia (autoadministrada) + clofazimina 50 mg/dia (autoadministrada) e 300 mg/mês (supervisionada) + rifampicina 600 mg/mês (supervisionada).
- C. O tratamento preconizado terá duração prevista de 3 meses com dapsona 100 mg/dia (autoadministrada) + clofazimina 50 mg/dia (autoadministrada) e 300 mg/mês (supervisionada) + rifampicina 600 mg/mês (supervisionada).
- D. É obrigatório o encaminhamento para o especialista para a realização da biópsia cutânea e para diagnóstico definitivo do paciente.
- E. O paciente é classificado como multibacilar, pois possui três lesões ou mais, devendo ser tratado com dapsona 100 mg/dia (autoadministrada) + clofazimina 50 mg/dia (autoadministrada) e 300 mg/mês (supervisionada) + rifampicina 600 mg/mês (supervisionada), por 12 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O caso descreve três máculas hipocrômicas com hipoestesia e sem espessamento neural — hanseníase paucibacilar pela classificação operacional (até cinco lesões), diagnóstico eminentemente CLÍNICO, sem necessidade de biópsia ou de encaminhamento obrigatório ao especialista. O ponto de discórdia era o esquema e a duração da poliquimioterapia, modificados pela adoção do esquema único pelo Ministério da Saúde. Sem gabarito oficial, não se aponta letra correta.

QUESTÃO 99 — Gabarito C

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e para reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Acerca dessa política, assinale a alternativa correta.

- A. Essa política contempla apenas mulheres acima dos 14 anos de idade.
- B. Ações não farmacológicas podem ser utilizadas no climatério a fim de amenizar os sintomas dessa doença.
- C. Mulheres em idade reprodutiva constituem a maior parte da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde. ✓**
- D. O aborto, na prática, pode ser causa de discriminação de mulheres em serviços de saúde, havendo intensa orientação no sentido de evitar que o aborto se repita.

E. Mulheres nas grandes cidades têm acesso semelhante à saúde reprodutiva as que vivem na zona rural, devido à transição demográfica e às migrações.

COMENTÁRIO OSCELABS

A PNAISM parte de um dado demográfico estruturante: as mulheres em IDADE REPRODUTIVA constituem a maior parcela da população feminina brasileira, o que justifica a centralidade das ações de saúde sexual e reprodutiva no desenho da política. A política contempla mulheres de todas as idades (não apenas acima de 14 anos); o climatério é fase fisiológica, não doença; e o acesso à saúde reprodutiva é marcadamente desigual entre a zona urbana e a rural. Resposta C.

QUESTÃO 100 — Gabarito E

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) surgiu da necessidade de um atendimento mais integral, que contemplasse as preocupações e as vivências relacionadas à saúde e às doenças. É um método específico que utiliza uma abordagem biopsicossocial e centrada na pessoa. O MCCP deve propor a integração entre os aspectos relacionados à doença e à perspectiva da pessoa doente, garantindo as particularidades e as preferências pessoais, de forma a elaborar um plano terapêutico que englobe esses fatores. Considerando esse raciocínio, levando em conta a atualização realizada por Moira Stewart em 2017, assinale a alternativa correta.

- A. O terceiro componente do método visa a reforçar a relação médico-pessoa, ponto imprescindível para que as medidas terapêuticas pactuadas sejam adotadas pelo paciente.
- B. Atualmente, o MCCP é composto por 6 elementos. O último deles, “sendo realista”, volta-se para a avaliação do contexto em que o paciente está incluído. O médico, ao encarar essa realidade, poderá ofertar cuidados mais adequados, levando em consideração todos os fatores que fazem parte da vida do indivíduo e da comunidade.
- C. O acrônimo SIFE faz parte do segundo elemento do MCCP e objetiva avaliar questões como o quanto o problema de saúde vivenciado pela pessoa afeta a funcionalidade dela, excetuando a expectativa que faz parte do terceiro componente.
- D. O MCCP é uma ferramenta exclusiva da atenção primária, não sendo possível utilizá-la em outros contextos clínicos.
- E. “Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença” é o componente do método que visa a compreender como o paciente percebe e entende seu adoecimento, abarcando toda a subjetividade desse processo, e a entender suas percepções de saúde e sua experiência única da doença, voltando-se mais à experiência da doença “illness” do que para doença em si “disease”. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na atualização de Moira Stewart, o Método Clínico Centrado na Pessoa tem QUATRO componentes, e o primeiro é justamente explorar a saúde, a doença e a experiência da doença — buscando a percepção subjetiva do adoecer e privilegiando o illness (a vivência) sobre o disease (a entidade nosológica). O acrônimo SIFE (sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas) pertence a esse mesmo componente, sendo realista deixou de figurar como componente isolado, e o método não é exclusivo da atenção primária. Resposta E.