RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

ISCMSP - 2026

medway

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Clínica Médica
Questão: 3

Paciente, 45 anos, sem antecedentes patológicos, foi atendido com dor torácica aguda acompanhada de dispneia. Os achados iniciais mostram supradesnivelamento de segmento ST em derivações precordiais e elevação moderada da troponina. O estudo angiográfico mostra coronárias normais. Nesse caso, é correto:

A. A ressonância nuclear magnética de miocárdio pode diferenciar entre miocardite e cardiomiopatia de Takotsubo.
B. Somente as sorologias podem auxiliar no diagnóstico.
C. Uso de drogas como a cocaína está relacionado ao diagnóstico de miocardite.
D. A hipocinesia segmentar da parede anterior no ecocardiograma confirma o diagnóstico de cardiomiopatia de Takotsubo.
E. Arritmias cardíacas são comuns somente nas cardiomiopatias de Takotsubo induzidas por cocaína.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

A questão descreve um paciente com dor torácica, supradesnivelamento de ST, troponina elevada e coronárias normais. Dentre os diagnósticos diferenciais considerados neste cenário, destacam-se **miocardite** e **cardiomiopatia de Takotsubo**. A literatura é categórica ao afirmar que **o uso de cocaína está associado ao desenvolvimento de miocardite**, seja por ação direta tóxica, vasoespasmo microvascular ou indução de inflamação miocárdica. O UpToDate, em sua revisão "Clinical manifestations and diagnosis of myocarditis", afirma explicitamente: **"Cocaine and other illicit drugs have been reported as triggers for toxic or inflammatory myocarditis."**

Da mesma forma, revisão publicada no *Journal of the American College of Cardiology (JACC)* descreve: **"Cocaine use is associated with myocarditis due to direct myocardial toxicity, microvascular ischemia and catecholamine-mediated injury."**

Essas evidências demonstram que a associação entre cocaína e miocardite não é especulativa, mas sim bem estabelecida, habitual em casos de adultos jovens com dor torácica e

troponina elevada, inclusive sendo diferencial clássico de Síndrome Coronariana Aguda com coronárias normais (MINOCA).

Em decorrência disso, considero que a questão possui duas alternativas corretas, pois a ressonância cardíaca (RMC) possui papel essencial na distinção entre miocardite e cardiomiopatia de Takotsubo, entretanto, a alternativa que afirma "Uso de drogas como a cocaína está relacionado ao diagnóstico de miocardite" **também é verdadeira**, cumprindo o critério para ampliação do gabarito, conforme discutimos.

REFERÊNCIAS

1. COOPER, L. T. Myocarditis. *New England Journal of Medicine*, 2009.
2. BOYD, J.; JANG, S.; KWON, Y. Cocaine-related myocarditis: mechanisms and clinical presentation. *Journal of the American College of Cardiology*, 2020.
3. UPTODATE. Clinical manifestations and diagnosis of myocarditis. 2024.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Clínica Médica
Questão: 7
Na síndrome de hiperproliferação bacteriana intestinal são fatores de risco, a utilização de:

A. Sacarina e lactulose.
B. Metoclorpropamida e domperidona.
C. Clindamicina e amoxacilina.
D. Captopril e betabloqueadoes.
E. Inibidores da bomba de hidrogênio e semaglutida.

Recurso:

Cara banca examinadora,

A questão afirma que, na síndrome de hiperproliferação bacteriana intestinal (SIBO), são fatores de risco determinados grupos de medicamentos. Entretanto, a alternativa **que contém clindamicina e amoxicilina** foi considerada incorreta, apesar de existir **robusta evidência científica** demonstrando que **uso prévio de antibióticos é, sim, fator de risco para SIBO**, devido à indução de disbiose e alteração da flora colônica e do trânsito intestinal. Em decorrência disso, considero que a alternativa deve ser considerada também deve ser considerada como **correta**.

Diversos consensos e revisões sistemáticas reconhecem a exposição prévia a antibióticos como fator de risco estabelecido para SIBO. Em **UpToDate – Small intestinal bacterial overgrowth: clinical manifestations and diagnosis**, está descrito claramente: **“Increased prevalence [of SIBO] is also observed among individuals with a history of antibiotic use”,** ou seja, a prevalência da síndrome é maior justamente em pacientes com histórico de uso de antibióticos, o que confirma a correção da alternativa que cita clindamicina e amoxicilina. Além disso, a literatura sobre disbiose intestinal reforça que antibióticos são comprovadamente capazes de reduzir diversidade bacteriana e favorecer crescimento excessivo: **“Certain medications may also contribute to dysbiosis, including antibiotics...”**

A American Gastroenterological Association (AGA) e várias revisões recentes também reforçam que antibióticos são fator de risco indireto, pela indução de motilidade anormal, redução de competição bacteriana e aumento da colonização do intestino delgado. Em decorrência disso, existe **literatura clara, contemporânea e amplamente aceita** indicando que

antibióticos são fatores de risco reconhecidos para SIBO, por isso solicito ampliação do gabarito para considerar a alternativa que contém amoxicilina e clindamicina como fatores de risco para hiperproliferação bacteriana intestinal.

REFERÊNCIAS

1. PIMENTEL, M. et al. Small intestinal bacterial overgrowth: clinical manifestations and diagnosis. *UpToDate*, 2024.
2. GOMOLIN, T.; TAUB, E.; FAILLA, M. Intestinal dysbiosis associated with antibiotic use. *Clinical Microbiology Reviews*, v. 36, n. 2, 2023.
3. AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION (AGA). Clinical Practice Update on Small Intestinal Bacterial Overgrowth. *Gastroenterology*, 2020.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Clínica Médica
Questão: 14

Mulher de 32 anos apresenta urina espumosa e anasarca. PA: 120 x 80 mmHg e os exames mostraram creatinina sérica 1,2 mg/dL e proteinúria de 24 horas de 5,4 gramas. Hemograma, glicemia e eletrólitos são normais. Ela apresenta risco aumentado de:

A. Hipervolemia e hemorragia.
B. Hipovolemia e trombose.
C. Hipovolemia e hemorragia.
D. Hipervolemia e trombose.
E. Hipervolemia e hipocolesterolemia.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicito a revisão do gabarito da questão apresentada, pois a alternativa indicada como correta “hipovolemia e trombose” não representa de forma exclusiva o risco hemodinâmico dos pacientes com síndrome nefrótica, existindo forte sustentação fisiopatológica para **hipervolemia**, o que inviabiliza uma única resposta como a proposta.

O caso clínico descreve uma mulher de 32 anos, estável hemodinamicamente, com proteinúria nefrótica de 5,4 g/24h e creatinina normal, perfil compatível com **síndrome nefrótica típica e não complicada**. Apesar de a hipovolemia poder ocorrer em contextos específicos, como perdas muito agudas ou massivas de albumina, a literatura reforça que **a maioria dos pacientes com síndrome nefrótica apresenta, na prática clínica, expansão do volume extracelular**, resultando em **hipervolemia**, e não hipovolemia.

A diretriz KDIGO para síndrome nefrótica (KDIGO Glomerular Diseases Guideline 2021) afirma: **“Most patients with nephrotic syndrome have sodium retention and extracellular fluid expansion”,** ou seja, a regra fisiopatológica predominante é a **retenção renal de sódio**, com aumento de volemia e formação de edema, especialmente quando o quadro não é abrupto.

A hipovolemia é descrita como fenômeno **menos frequente**, restrito a apresentações muito agudas, graves, ou com albumina <1,5 g/dL e edema de terceiro espaço extenso, situação

que **não está presente** no caso clínico do enunciado. Além disso, a própria semiologia reforça que pressão arterial normal e ausência de sinais de baixo débito **não sugerem hipovolemia**, mas sim um estado de volume intravascular mantido ou até expandido.

Portanto, o enunciado permite interpretação técnica plausível de que a paciente apresente **hipervolemia**, tornando incorreta a premissa de que apenas a alternativa com "hipovolemia" poderia ser marcada. O único risco inequívoco e universal no caso é **trombose**, mas a volemia não é determinável de forma exclusiva pelas informações fornecidas. Diante disso, a questão apresenta **dupla possibilidade de interpretação**, não havendo elemento clínico que obrigue a resposta liberada como correta. Diante disso, solicito ampliação do gabarito para considerar a alternativa com "hipervolemia e trombose" também como correta.

REFERÊNCIA

KIDNEY DISEASE: Improving Global Outcomes (KDIGO). *KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases*. Kidney International, 2021.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

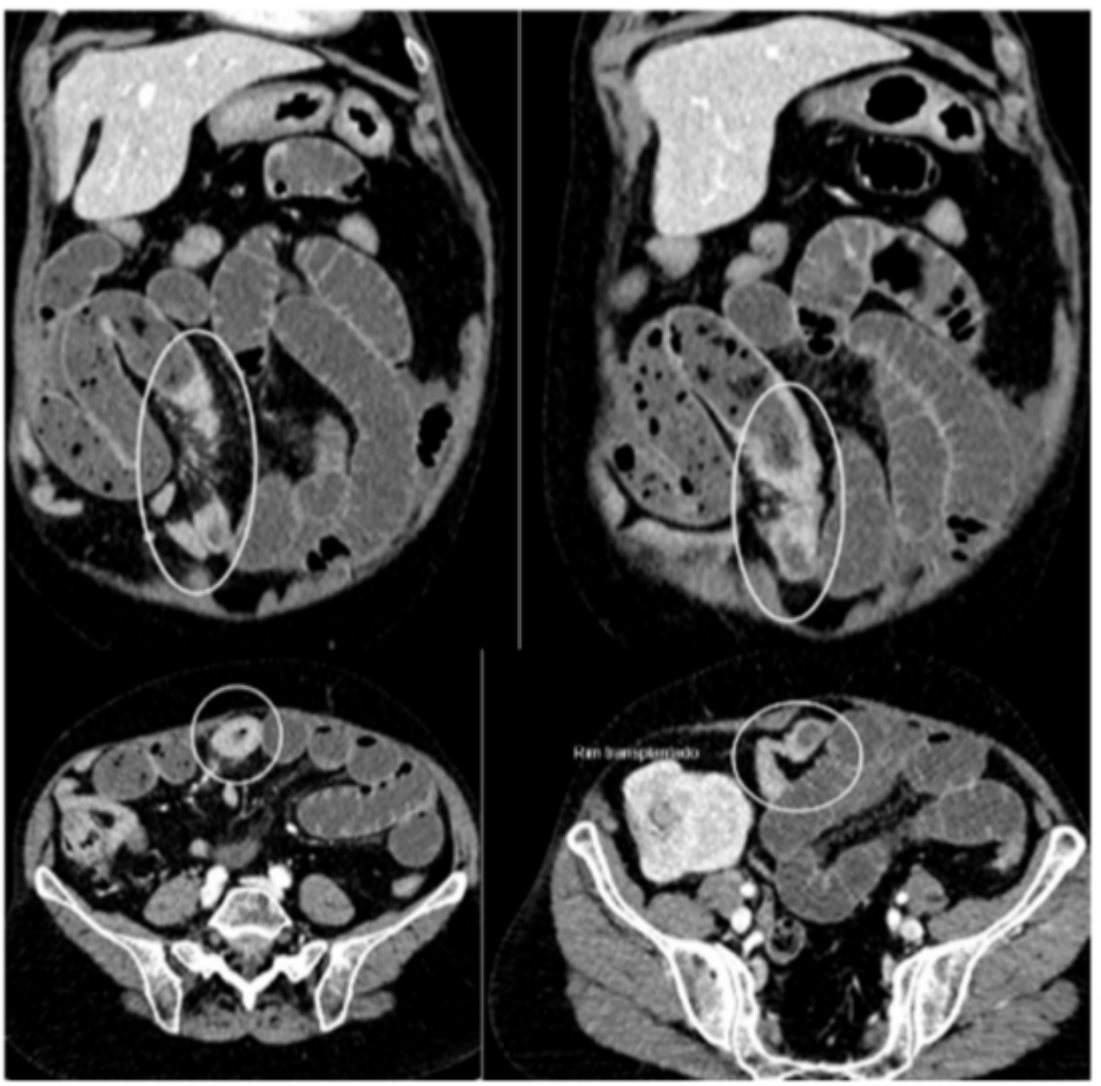
Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 26

Mulher de 69 anos, transplantada renal há 7 anos, em uso de imunossupressores (ciclosporina, micofenolato de mofetila e prednisona), procura pronto-socorro com dor abdominal de forte intensidade iniciada há 1 dia, localizada inicialmente em flanco e fossa ilíaca esquerda, associada a náuseas, vômitos e diarreia. Ao exame, apresenta-se em regular estado geral, com abdome distendido, doloroso difusamente e ruídos hidroaéreos abolidos. Evolui com instabilidade hemodinâmica. A tomografia computadorizada evidenciou espessamento circunferencial subestenosante em íleo distal, densificação da gordura adjacente, distensão de alças a montante e liquido livre abdominal, sem coleções organizadas. A principal hipótese diagnóstica, dentre as abaixo, é:

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026



A. Doença de Crohn.
B. Isquemia mesentérica não oclusiva.
C. Linfoma intestinal.
D. Enterocolite neutropênica.
E. Gastroenterite viral.

Recurso:

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (C) ou anulação da questão

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Quadro clínico e radiológico compatível com linfoma intestinal.

Fundamentação técnica:

Em paciente pós-transplante renal sob imunossupressão, apresentando abdome agudo obstrutivo com dor abdominal intensa, náuseas, vômitos e diarreia, e tomografia evidenciando lesão subestenosante em íleo, o quadro é *mais sugestivo de linfoma intestinal* (especialmente linfoma associado à doença linfoproliferativa pós-transplante, PTLD) do que de enterocolite neutropênica.

O linfoma intestinal, particularmente em imunossuprimidos, pode se manifestar como massa subestenosante, obstrução intestinal, dor abdominal aguda e sintomas constitucionais. A literatura mostra que transplante renal e imunossupressão aumentam o risco de linfoma intestinal, que frequentemente se apresenta como massa ou espessamento de parede intestinal, levando à obstrução ou perfuração.[1][2][3][4] A World Society of Emergency Surgery destaca que linfoma intestinal pode causar obstrução, perfuração e abdome agudo em pacientes transplantados, sendo a apresentação como lesão subestenosante em íleo altamente sugestiva.[1]

Por outro lado, a enterocolite neutropênica ocorre tipicamente em pacientes com neutropenia profunda, geralmente após quimioterapia para neoplasias hematológicas, e afeta principalmente o íleo terminal e o cólon direito, com espessamento difuso da parede, pneumatoses e sinais inflamatórios, mas não costuma formar lesão subestenosante focal.[5]

Portanto, diante do contexto clínico (transplante renal, imunossupressão, quadro obstrutivo agudo, lesão subestenosante em íleo), o diagnóstico mais provável é *linfoma intestinal* (PTLD), sendo fundamental confirmação histopatológica para direcionar o tratamento.[1][2][3][4][6]

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Referências

1. Acute Abdomen in the Immunocompromised Patient: WSES, SIS-E, WSIS, AAST, and GAIS Guidelines. Coccolini F, Improta M, Sartelli M, et al. World Journal of Emergency Surgery : WJES. 2021;16(1):40. doi:10.1186/s13017-021-00380-1.
2. Posttransplantation Lymphoproliferative Disorder of the Abdomen: CT Evaluation in 51 Patients. Pickhardt PJ, Siegel MJ. Radiology. 1999;213(1):73-8. doi:10.1148/radiology.213.1.r99oc2173.
3. Ileo-Colonic Lymphoma: Presentation, Diagnosis, and Management. Panneerselvam K, Goyal S, Shirwaikar Thomas A. Current Opinion in Gastroenterology. 2021;37(1):52-58. doi:10.1097/MOG.0000000000000687.
4. Emergency Laparotomy for Abdominal Catastrophes Secondary to Lymphoma: A Systematic Review. Butterworth JW, Brooker-Thompson C, Qureshi YA, Mohammadi B, Dawas K. European Journal of Surgical Oncology : The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology. 2024;50(1):107268. doi:10.1016/j.ejso.2023.107268.
5. Gastrointestinal Manifestations of Immunodeficiency: Imaging Spectrum. Itani M, Kaur N, Roychowdhury A, et al. Radiographics : A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc. 2022 May-Jun;42(3):759-777. doi:10.1148/rg.210169.
6. Abdominal Manifestations of Posttransplantation Lymphoproliferative Disorder. Pickhardt PJ, Siegel MJ. AJR. American Journal of Roentgenology. 1998;171(4):1007-13. doi:10.2214/ajr.171.4.9762986.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 35

Paciente feminina, 36 anos, previamente hígida, apresenta dor abdominal difusa há 48 horas, associada a náusea, sem vômitos ou febre. Ao exame físico, geral não há sinais de sepse e apresenta dor à palpação no quadrante superior direito, sem sinais de irritação peritoneal. A tomografia de abdome (imagem abaixo) revela imagem hiperdensa linear compatível com corpo estranho na extremidade distal da porção ascendente do duodeno. A paciente nega ingestão intencional de objetos. A conduta mais apropriada, dentre as abaixo, neste caso é:



A. Observação clínica.
B. Endoscopia urgente.
C. Laparotomia.
D. Laxante.
E. Carvão ativado

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (A) ou anulação da questão

À Banca Examinadora,

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Síntese técnica do problema: O tratamento conservador seria uma opção viável nesses casos

Fundamentação técnica: É possível realizar **tratamento expectante** para um paciente com corpo estranho localizado na extremidade distal da porção ascendente do duodeno, sem sinais de complicação, desde que o objeto seja pequeno, rombo e o paciente permaneça assintomático, com monitoramento clínico e radiográfico rigoroso. A maioria dos corpos estranhos que atingem o intestino delgado tende a passar espontaneamente, especialmente se forem objetos não cortantes e de comprimento inferior a 3 cm no intestino delgado ou 3,5 cm no estômago. Objetos pontiagudos, longos ou que não progridem em até 3 dias apresentam maior risco de complicação, como perfuração ou obstrução, e geralmente indicam remoção endoscópica, embora haja relatos de passagem espontânea mesmo de objetos cortantes em casos selecionados.

A decisão deve ser individualizada conforme tipo, tamanho, localização e evolução clínica, com intervenção imediata se surgirem sintomas ou sinais de complicação. Não há diretrizes padronizadas para todos os cenários, e a conduta deve ser baseada em avaliação de risco-benefício, com acompanhamento rigoroso e reavaliação frequente. Portanto, o tratamento expectante é uma opção válida em casos selecionados, sustentada por ampla experiência clínica e literatura internacional. Grandes séries e diretrizes confirmam que a maioria dos corpos estranhos do trato gastrointestinal superior é acessível à endoscopia, mas alcançar a quarta porção do duodeno pode ser desafiador e requer avaliação individualizada, podendo demandar abordagens alternativas se a endoscopia convencional não for suficiente.

REFERÊNCIAS:

1. Foreign Body Ingestion in Children. Uyemura MC. American Family Physician. 2005;72(2): 287-91.

2. Management of Ingested Foreign Bodies. How Justifiable Is a Waiting Policy?. Pavlidis TE, Marakis GN, Triantafyllou A, et al. Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques. 2008;18(3):286-7. doi:10.1097/SLE.0b013e31816b78f5.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

3. Ingested Foreign Bodies: Do We Need a Specific Approach When Treating Inmates?. Ribas Y, Ruiz-Luna D, Garrido M, Bargalló J, Campillo F. The American Surgeon. 2014;80(2):131-7.

4. Non-Interventional Outcomes of Adult Foreign Body Ingestions. Randall MM, Lee M, Marchosky R, et al. The American Journal of Emergency Medicine. 2025;91:88-92. doi:10.1016/j.ajem.2025.02.022.

5. Management of Ingested Foreign Bodies in Children: A Clinical Report of the NASPGHAN Endoscopy Committee. Kramer RE, Lerner DG, Lin T, et al. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2015;60(4):562-74. doi:10.1097/MPG.0000000000000729. Practice Guideline

6. Conservative Management of Ingested Foreign Bodies. Weiland ST, Schurr MJ. Journal of Gastrointestinal Surgery : Official Journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract. 2002 May-Jun;6(3):496-500. doi:10.1016/s1091-255x(01)00027-0.

7. Foreign Body Ingestion in Adults: Clinical Challenges and Outcomes in High-Risk Populations Presenting to the Emergency Department. Acehan S, Satar S, Gulen M, et al. European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2025;:00042737-990000000-00624. doi:10.1097/MEG.0000000000003106.

8. Predictors of Spontaneous Passage of Ingested Foreign Bodies in Adults: Twelve Years of Experience. Sbeit W, Basheer M, Shahin A, Makanovitsky D, Khoury T. Surgical Endoscopy. 2024;38(3):1533-1540. doi:10.1007/s00464-023-10657-y.

9. Endoscopic Removal of a Large Foreign Body Retained in the Duodenum: A Case Report. Guo YN, Li F, Huang F, Yu T. Medicine. 2020;99(27):e20857. doi:10.1097/MD.0000000000020857.

10. Management of Foreign Bodies in the Gastrointestinal Tract: An Analysis of 104 Cases in Children. Kim JK, Kim SS, Kim JI, et al. Endoscopy. 1999;31(4):302-4. doi:10.1055/s-1999-13.

11. Management and Endoscopic Techniques for Digestive Foreign Body and Food Bolus Impaction. Chauvin A, Viala J, Marteau P, Hermann P, Dray X. Digestive and Liver Disease : Official Journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver. 2013;45(7):529-42. doi:10.1016/j.dld.2012.11.002.

É possível realizar **tratamento expectante** para um paciente com corpo estranho localizado na extremidade distal da porção ascendente do duodeno, sem sinais de complicação, desde que o objeto seja pequeno, rombo e o paciente permaneça assintomático, com monitoramento clínico e radiográfico rigoroso. A maioria dos corpos estranhos que atingem o intestino delgado tende a passar espontaneamente, especialmente se forem objetos não cortantes e de comprimento inferior a 3 cm no intestino delgado ou 3,5 cm no estômago. Objetos pontiagudos, longos ou que não progridem em até 3 dias apresentam maior risco de complicação, como perfuração ou obstrução, e geralmente indicam remoção endoscópica, embora haja relatos de passagem espontânea mesmo de objetos cortantes em casos selecionados.

A decisão deve ser individualizada conforme tipo, tamanho, localização e evolução clínica, com intervenção imediata se surgirem sintomas ou sinais de complicação. Não há diretrizes padronizadas para todos os cenários, e a conduta deve ser baseada em avaliação de risco-benefício, com acompanhamento rigoroso e reavaliação frequente. Portanto, o tratamento expectante é uma opção válida em casos selecionados, sustentada por ampla experiência clínica e literatura internacional. Grandes séries e diretrizes confirmam que a maioria dos corpos estranhos do trato gastrointestinal superior é acessível à endoscopia, mas alcançar a quarta porção do duodeno pode ser desafiador e requer avaliação individualizada, podendo demandar abordagens alternativas se a endoscopia convencional não for suficiente.

REFERÊNCIAS:

1. Foreign Body Ingestion in Children. Uyemura MC. American Family Physician. 2005;72(2): 287-91.

2. Management of Ingested Foreign Bodies. How Justifiable Is a Waiting Policy?. Pavlidis TE, Marakis GN, Triantafyllou A, et al. Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques. 2008;18(3):286-7. doi:10.1097/SLE.0b013e31816b78f5.

3. Ingested Foreign Bodies: Do We Need a Specific Approach When Treating Inmates?. Ribas Y, Ruiz-Luna D, Garrido M, Bargalló J, Campillo F. The American Surgeon. 2014;80(2):131-7.

4. Non-Interventional Outcomes of Adult Foreign Body Ingestions. Randall MM, Lee M, Marchosky R, et al. The American Journal of Emergency Medicine. 2025;91:88-92. doi:10.1016/j.ajem.2025.02.022.

5. Management of Ingested Foreign Bodies in Children: A Clinical Report of the NASPGHAN Endoscopy Committee. Kramer RE, Lerner DG, Lin T, et al. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2015;60(4):562-74. doi:10.1097/MPG.0000000000000729. Practice Guideline

6. Conservative Management of Ingested Foreign Bodies. Weiland ST, Schurr MJ. Journal of Gastrointestinal Surgery : Official Journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract. 2002 May-Jun;6(3):496-500. doi:10.1016/s1091-255x(01)00027-0.

7. Foreign Body Ingestion in Adults: Clinical Challenges and Outcomes in High-Risk Populations Presenting to the Emergency Department. Acehan S, Satar S, Gulen M, et al. European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2025;:00042737-990000000-00624. doi:10.1097/MEG.0000000000003106.

8. Predictors of Spontaneous Passage of Ingested Foreign Bodies in Adults: Twelve Years of Experience. Sbeit W, Basheer M, Shahin A, Makanovitsky D, Khoury T. Surgical Endoscopy. 2024;38(3):1533-1540. doi:10.1007/s00464-023-10657-y.

9. Endoscopic Removal of a Large Foreign Body Retained in the Duodenum: A Case Report. Guo YN, Li F, Huang F, Yu T. Medicine. 2020;99(27):e20857. doi:10.1097/MD.0000000000020857.

10. Management of Foreign Bodies in the Gastrointestinal Tract: An Analysis of 104 Cases in Children. Kim JK, Kim SS, Kim JI, et al. Endoscopy. 1999;31(4):302-4. doi:10.1055/s-1999-13.

11. Management and Endoscopic Techniques for Digestive Foreign Body and Food Bolus Impaction. Chauvin A, Viala J, Marteau P, Hermann P, Dray X. Digestive and Liver Disease : Official Journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver. 2013;45(7):529-42. doi:10.1016/j.dld.2012.11.002.

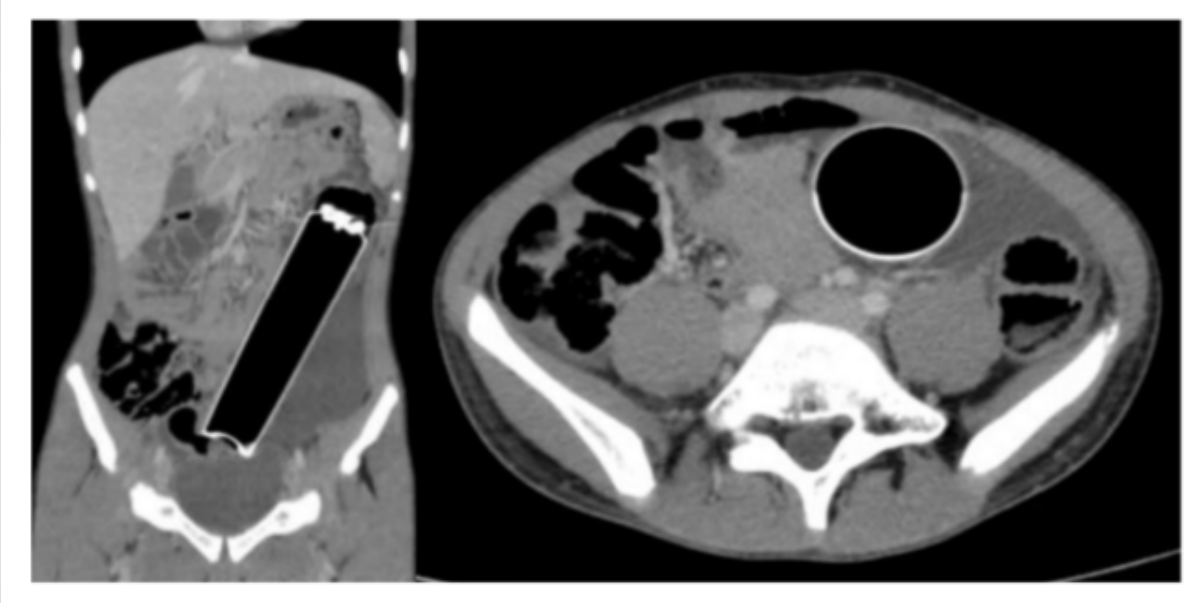
RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 38

Paciente masculino, 20 anos, previamente hígido, procurou atendimento seis dias após inserção voluntária de corpo estranho no reto, referindo dor abdominal progressiva e ausência de evacuações. Ao exame, apresentava dor em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonite. O toque retal não mostrou palpação do corpo estranho ou lesões no reto, mas verificou-se secreção sero-sanguinolenta a retirada da luva. Tomografia evidenciou corpo estranho no retossigmoide, sem sinais de pneumoperitônio, clinicamente estável. Das indicações de abordagem cirúrgica abaixo, nesse contexto, a mais indicada é:



A. Laparotomia.
B. Videolaparoscopia.
C. Laxante.
D. Extração transanal.
E. Colonoscopia.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (A) ou anulação da questão

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Paciente estável com corpo estranho de grande volume alojado em reto-sigmoide há seis dias, sem sinais de peritonite ou perfuração. A disposição do objeto e o tempo de inserção aumentam o risco de lesão de alça intestinal durante tentativas transanais.

Fundamentação técnica:

- Corpos estranhos de grande porte ou perfil irregular no reto-sigmoide podem causar lesões mucosas e perfuração durante remoção transanal, especialmente após vários dias de inserção.
- *Laparotomia* permite acesso direto ao cólon, controle visual da mucosa e remoção segura do objeto, reduzindo o risco de lesão inadvertida.
- Em ausência de perfuração prévia, a abertura controlada do cólon com remoção primária e fechamento primário é bem tolerada e dispensa ostomia provisória.
- Abordagem minimamente invasiva está indicada quando o objeto é de pequeno porte e de fácil manuseio transanal; no presente caso, o tamanho e o tempo de permanência favorecem a via abdominal.
- Caso a abordagem conservadora falhe, ou se o objeto for duro, cortante ou de grandes dimensões, recomenda-se abordagem cirúrgica escalonada, preferencialmente aberta, com manobra de “ordenha” para mobilizar o corpo estranho distalmente e permitir extração transanal. A abertura do cólon deve ser reservada para situações em que todas as tentativas anteriores não forem bem-sucedidas.

Conclusão com pedido: Diante do exposto, solicitamos a mudança de gabarito para (A) ou anulação da questão

Referências:

- Sociedade Brasileira de Coloproctologia — Diretrizes de manejo de corpos estranhos retais, 2ª edição, 2019
- American Society of Colon and Rectal Surgeons — Management of Rectal Foreign Bodies, 1ª edição, 2018
- Anorectal Emergencies: WSES-AAST Guidelines

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social
Questão: 87

O médico de família de uma nova UBS precisa organizar os agendamentos das gestantes de baixo risco atendidas por sua equipe. Seguindo a rotina orientada pelo Ministério da Saúde e a última versão da Caderneta da Gestante, o cronograma de consultas recomendado é mensalmente até a

A. 36ª semana e semanalmente a partir da 36ª semana.
B. 32ª semana; quinzenalmente da 32ª até a 38ª semana; e semanalmente a partir da 38.
C. 28ª semana; quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana; e semanalmente a partir da 36ª.
D. 28ª semana; quinzenalmente até a 36ª semana e semanalmente a partir da 36ª semana.
E. 32ª semana e quinzenalmente a partir da 32ª semana.

Recurso:

Prezada banca,

A questão 87 aborda o cronograma de consultas de pré-natal para gestantes de baixo risco, conforme orientação do **Ministério da Saúde** e da **Caderneta da Gestante**.

De acordo com a **Caderneta da Gestante – Ministério da Saúde (Última atualização vigente)** e com o **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada (MS)**, bem como as diretrizes da **Atenção Primária à Saúde**, o cronograma recomendado é:

- **Mensalmente até 28 semanas**
- **Quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana**
- **Semanalmente a partir da 36ª semana**

Essa recomendação também está em consonância com o **Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**, do Ministério da Saúde.

Analisando as alternativas:

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

- **Alternativa C:** "28ª semana; quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana; e semanalmente a partir da 36ª."
  Está **correta e totalmente compatível** com o que estabelece o Ministério da Saúde.
- **Alternativa D:** "28ª semana; quinzenalmente até a 36ª semana e semanalmente a partir da 36ª semana."
  Também está **correta**, pois descreve exatamente o mesmo intervalo temporal, apenas com **redação sintética**, mantendo o mesmo significado clínico e operacional da alternativa C.

Portanto, **não há divergência técnica entre as alternativas C e D**, sendo ambas equivalentes do ponto de vista assistencial, normativo e semântico, representando corretamente a diretriz oficial do Ministério da Saúde.

Assim, a manutenção de apenas uma como correta **configura ambiguidade de alternativa**, ferindo o princípio da objetividade da avaliação, uma vez que **duas opções expressam a mesma conduta preconizada oficialmente**.

Portanto, diante do exposto, solicita-se **a ampliação do gabarito para as alternativas C e D**, por ambas estarem **tecnicamente corretas e em consonância com as recomendações oficiais do Ministério da Saúde** para o acompanhamento pré-natal de gestantes de baixo risco.

Referências:

1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Caderneta da Gestante*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf

2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

3- BRASIL. Ministério da Saúde. ***Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*** *– Manual técnico.* 5ª ed. Brasília: MS, 2012. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social
Questão: 91

Durante uma ação de vacinação em uma Unidade de Saúde da Família, o enfermeiro observa três situações distintas: I. Uma adolescente de 13 anos comparece para atualização da caderneta, sem registro da vacina HPV. II. Um idoso de 70 anos, com doença pulmonar crônica, solicita a vacina contra influenza. III. Uma criança de 1 ano e 3 meses apresentou febre e irritabilidade leve por 24 horas após receber a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). Com base nas recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e no manejo adequado de eventos adversos pós vacinação, qual é a conduta mais apropriada da equipe de saúde?

A. Administrar apenas uma dose de HPV na adolescente, pois ela já ultrapassou a faixa etária ideal; adiar a vacina contra influenza por causa da doença pulmonar; e notificar a febre como evento adverso grave.
B. Iniciar o esquema de HPV com duas doses na adolescente; aplicar a vacina contra influenza no idoso; e orientar a família que febre leve pós-vacinal é um evento esperado, sem necessidade de notificação.
C. Iniciar o esquema de HPV com três doses na adolescente; encaminhar o idoso para avaliação médica antes da vacina; e suspender futuras doses de tríplice viral.
D. Aplicar dose única de HPV; vacinar o idoso se não apresentar sintomas gripais; e considerar o evento adverso como contraindicação definitiva à tríplice viral.
E. Aguardar o próximo calendário nacional de campanhas antes de realizar qualquer vacinação, garantindo que todos os usuários recebam vacinas simultaneamente.

Recurso:

Prezada banca,

De acordo com o **Programa Nacional de Imunizações (PNI)**, após a atualização das recomendações em 2024, o esquema vacinal de HPV para **meninas e meninos de 9 a 14 anos imunocompetentes** passou a ser de **dose única**:

- A **Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS**, do Ministério da Saúde, estabelece expressamente a **"adoção da dose única da vacina HPV no Calendário Nacional de Vacinação para pessoas do sexo feminino e masculino de 9 a 14 anos de idade"**. O

próprio **Calendário Nacional de Vacinação**, disponível no portal oficial do Ministério da Saúde, descreve para a faixa etária de **9 a 14 anos: "Vacina HPV4 (1 dose)"**.

Portanto, para uma adolescente de **13 anos**, imunocompetente e nunca vacinada, a conduta recomendada pelo PNI é **a aplicação de uma dose única de HPV4**.

Diante do exposto, com fundamento nas normas atuais do **Programa Nacional de Imunizações (PNI)**, **solicita-se a ANULAÇÃO da questão**, uma vez que **não há alternativa que esteja integralmente correta e em conformidade com as recomendações oficiais vigentes do Ministério da Saúde para HPV, influenza e manejo de eventos adversos pós-vacinação.**

Referências:

1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações.

Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-41-2024-cgici-dpni-svsa-ms?utm_source=chatgpt.com

2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Calendário Nacional de Vacinação – 2024.* Brasília: Ministério da Saúde, 2024. https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/calendario-nacional-de-vacinacao-crianca

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social
Questão: 98

Mulher, 42 anos, vem para atendimento de demanda espontânea da equipe de Estratégia de Saúde da Família (eSF) queixan-do-se de dor no joelho esquerdo após escorregar no piso molhado do supermercado em que trabalha como auxiliar de limpeza. Durante exame físico, observa-se escoriações, leve edema e dor à manipulação. Entre as condutas abaixo, a melhor a ser adotada à essa trabalhadora é prescrever sintomáticos, encaminhar para realização de Rx do joelho esquerdo para afastar fatura e

A. emitir a CAT e notificar no SINAN.
B. emitir a CAT.
C. encaminhar para o CEREST para avaliar necessidade de emissão da CAT.
D. encaminhar paciente para UPA para emissão da CAT.
E. se constatada ausência, liberar paciente para retorno ao trabalho.

Recurso:

Prezada banca,

A questão descreve uma **trabalhadora de 42 anos**, que sofreu **queda durante o exercício de sua atividade laboral**, com lesão em joelho, escoriações, edema e dor — caracterizando, de forma inequívoca, um **acidente de trabalho típico**, conforme definição legal.

1. Caracterização legal do acidente de trabalho

De acordo com a **Lei nº 8.213/1991**, em seu **art. 20, inciso I**, considera-se acidente de trabalho aquele que ocorre: "pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal". Portanto, o caso apresentado **configura acidente de trabalho típico**, ocorrido no local e horário de serviço.

2. Obrigatoriedade da emissão da CAT

A **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)** é **obrigatória para todo acidente de trabalho**, independentemente da gravidade ou de afastamento, conforme:

- **Art. 22 da Lei nº 8.213/1991**
- **Manual da CAT – Ministério da Previdência Social / Ministério do Trabalho**

A CAT pode e **deve ser emitida por qualquer serviço de saúde**, inclusive na **Atenção Primária à Saúde (APS)**, não sendo atribuição exclusiva da empresa ou de unidades de urgência.

➡ Portanto, a **emissão da CAT é conduta obrigatória**, o que torna a alternativa **B parcialmente correta**, porém **incompleta**.

3. Obrigatoriedade da notificação no SINAN

Além da CAT, o caso também **DEVE ser notificado no SINAN**, pois:

- **Acidentes de trabalho com atendimento em serviço de saúde são eventos de notificação compulsória**, conforme:
  Portaria de Consolidação nº 4/2017 – Ministério da Saúde,
  Anexo V – Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória.
- O **acidente de trabalho grave é de notificação imediata**, e os **demais acidentes de trabalho são de notificação obrigatória semanal**.
- O **Manual de Vigilância em Saúde do Trabalhador (MS)** determina que:

"Todo acidente de trabalho atendido em serviço de saúde deve ser notificado no SINAN, independentemente de afastamento."

Portanto, a conduta **completa e correta** é:

- **Emitir a CAT**
-Notificar o evento no SINAN

Exatamente como descrito na **alternativa A**.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ISCMSP - 2026

Diante do exposto, com base na **Lei nº 8.213/1991**, **Portaria de Consolidação nº 4/2017 – Ministério da Saúde** e **Manual de Vigilância em Saúde do Trabalhador – Ministério da Saúde**, **SOLICITA-SE A ALTERAÇÃO DO GABARITO DA LETRA B PARA A LETRA A**, por ser a **única alternativa completa, correta e plenamente respaldada na legislação vigente**.

Referências:

1- BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/104108/lei-de-beneficios-da-previdencia-social-lei-8213-91#

2- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Anexo V – Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html

3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância em Saúde do Trabalhador: diretrizes e linhas de ação.* Brasília: MS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador

4- BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. *Manual da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.* *https://www.gov.br/pt-br/servicos/registrar-comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat*