



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
1	B	<p>De acordo com os capítulos do tratado e manual de Medicina da Família e Comunidade, Manual de Habilidades de Comunicação /Abordagem Centrada na Pessoa, ao lidar com o complexo contexto social, ambiental e humano, ampliamos uma visão, e a equipe passa a ser uma instância estratégica de atuação. A maneira de escutar é um dos critérios para comunicação eficaz na entrevista clínica. A maneira de escutar exige habilidades psicomotoras, tais como sinais faciais de acordo com o relato, olhar que mostra interesse, mudanças dinâmicas e sintônicas com as reações do paciente de alegria, solidariedade ou tristeza. Além disso, durante a escuta, o profissional deve procurar manter um estado mental de serenidade, concentração e interesse genuíno pela outra pessoa. Desse modo, interromper o paciente e não incentivar o seu modelo explanatório são ações que prejudicam a eficácia da comunicação na entrevista clínica, pois podem transmitir ao paciente a impressão de falta de interesse genuíno por parte do médico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222p. 2. STARFIELD, Barbara.</p> <p>McWHINNEY, Ian R. Manual de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ARTMED, 2018.</p> <p>Morais.S.T.et al. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010.</p> <p>Mariane Ceron. Manual de Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa, UNIFESP/UNASUS</p>
2	B	<p>Uma das indicações para a contenção mecânica é para reduzir o risco de tração e retirada acidental de dispositivos invasivos que possam, quando retirados indevidamente, causar danos a integridade física do usuário</p> <p>Na alternativa A, a usuária apesar de agressiva, verbalmente, mas obedece aos pedidos da equipe de enfermagem, portanto não necessita de contenção.</p> <p>Na alternativa C, o simples fato de um planejamento de fuga, não se caracteriza como indicação de contenção mecânica.</p> <p>Na alternativa D, a contenção durante a crise convulsiva pode ser mais deletéria para a paciente pois, a contenção mecânica nessa situação aumenta o risco de lesão, principalmente nos membros contidos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Indicação e prescrição de contensão física ao paciente psiquiátrico pelo médico, Resolução nº 1598/2000</p>
3	B	<p>a. INCORRETA: Patologia respiratória em crise de instalação rápida, geralmente com antecedentes positivos pessoais e familiares. À ausculta se espera diminuição do murmúrio vesicular e sibilância.</p> <p>b. CORRETA: Patologias prevalentes em neuropatas do tipo paralisia cerebral pós-evento perinatal e presença de refluxo gastroesofágico são responsáveis por complicações respiratórias.</p> <p>c. INCORRETA: Patologia prevalente de início comparativamente mais insidioso acompanhado de febre e outros comemorativos.</p> <p>d. INCORRETA: Patologia de inicio insidioso com antecedentes próprios nesta faixa etária.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ferreira CI, Carvalho E, Silva LR. Doença do Refluxo Gastroesofágico. In Burns AR et al. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4ed. Barueri, SP:Manole, 217. 709p.</p>

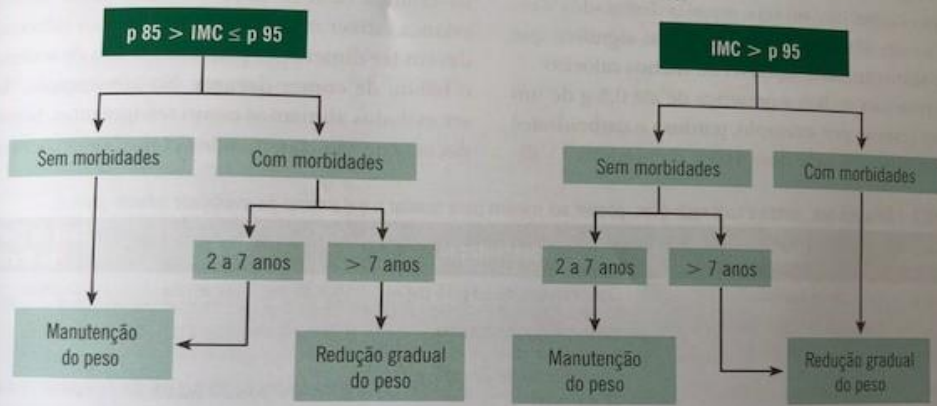


CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
4	C	<p>A anatomia da tetralogia de Fallot é caracterizada pelos quatro defeitos anatômicos já descritos. Comunicação Interventricular, Estenose pulmonar, Dextroposição da Aorta, Hipertrofia Ventrículo Direito. É comum o aluno confundir como a Persistência do Canal Arterial (PCA) fazendo parte da tetralogia, uma vez que essa patologia é dependente da do fluxo do PCA para o prognóstico, sendo encontrada na extrema maioria dos pacientes. Porém essa alteração não entra na descrição anatômica da doença congênita referida. A tetralogia de Fallot, assim como a Atresia Tricúspide causa HIPOFLUXO pulmonar. No Fallot devido à estenose pulmonar, e na Atresia Tricúspide, devido à própria obstrução valvar. As duas entidades têm características clínicas de sinais e sintomas semelhantes, sendo o diagnóstico diferencial entre as duas de fundamental importância.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cardiopatas Congênicas no Recém - Nascido: Diagnostico e Tratamento / Maria Virginia Tavares Santana. 3. ed. rev. e ampl. - São Paulo: Atheneu, 2014</p>
5	A	<p>Os objetivos da avaliação inicial são identificar a síndrome de acidente vascular cerebral, garantir estabilidade clínica, realizar um exame neurológico breve, encaminhar para realização de TC de crânio. Os sinais e sintomas relacionados no caso direcionam para uma hipótese de AVE Isquêmico no território da artéria cerebral média com lesão que mostra uma grande possibilidade de recuperação de algumas áreas após o tratamento.</p> <p>A hora do início do AVE (tempo desde o início de 1,30 h) é o fator principal que determina a elegibilidade para o tratamento, sendo que para o caso da paciente estar dentro do período aceitável das 4,5 horas para instituir a terapêutica com fibrinolítico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BMJ Best Practice: Acidente Vascular Encefálico. Última atualização, novembro de 2017</p>
6	A	<p>Alternativa A esta correta pois o quadro clínico e lavado são característico de processo inflamatório e não neoplásico (excluindo alternativa B)</p> <p>Alternativas C e D excluem-se pois não se correlaciona com o fator ocupacional do paciente.</p> <p>As fibras aspiradas são retidas nos bronquíolos respiratórios. Não podem ser eliminadas por ação ciliar, nem fagocitadas ou transportadas por linfáticos. Formam granulomas de corpo estranho e levam à fibrose pulmonar e pleural. Na pleura, formam placas espessas de fibrose tanto no folheto parietal como no visceral.</p> <p>O asbesto aumenta grandemente a incidência de tumores malignos do epitélio brônquico (carcinomas broncogênicos), e da pleura (mesoteliomas)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Bogliolo, 9 edição, Saraiva</p>
7	A	<p>Apesar do cariótipo 46, XX e da diferenciação ovariana é um caso clássico de pseudo-hermafroditismo feminino. A elevação das concentrações de androgênio na corrente circulatória do portador de HAC virilizante, altera o processo de diferenciação da genitália externa ainda na vida intra-uterina, resultando em uma genitália externa masculinizada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: NUSSBAUM, R. L.; MCINNES, R. R.; WILLARD, H. F. Thompson & Thompson: Genética Médica. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 6, 2008</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
8	C	<p>a. INCORRETA. A maioria da obesidade infantil é exógena e normalmente a estatura $Z > 0$</p> <p>b. INCORRETA. O diagnóstico de Obesidade pode ser sugerido pelo IMC elevado e o tratamento, na maioria dos casos, deve acontecer a nível primário, sendo a minoria por anormalidades endócrinas ou genéticas, quando seriam encaminhados ao endocrinologista.</p> <p>c. CORRETA.</p> <div data-bbox="391 616 1452 1187" data-label="Diagram"> <p>Figura 30.1. Metas do tratamento de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes.</p>  <p>Fonte: American Academy of Pediatrics (2004). In: Manual de obesidade SBR, 2012. Considerar, para manutenção do peso, as estimativas das necessidades por idade e sexo.</p> </div> <p>d. INCORRETA. O diagnóstico de obesidade normalmente é clínico e dispensa a realização de exames propedêuticos para diagnóstico, exceto se há necessidade de esclarecimento de causa endógena; programa de dieta e atividades física deve ser instituído desde o início.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: FONTES, M. J. F.; LASMAR, L. M. de L. B. F.; IBIAPINA C. da C.; CALAZANS, G. M. C.; ASSIS, I. de. Asma. In: LEÃO, E.; CORRÊA, E.J.; MOTA, J. A. C.; VOANNA, M. B.; VASCONCELLOS, M. C. de. Pediatría ambulatorial. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 671-728.</p>
9	D	<p>Por tratar de uma emergência hipertensiva devemos utilizar medicações endovenosa diminuindo gradativamente a PA, 25% nas primeiras 2 horas, por isso a resposta verdadeira é Nitroprussiato EV, o captopril não realizamos de forma SL, o nifedipino também não utilizamos devido ao controle impreciso, o alisquereno também não é indicada em emergência hipertensiva e o uso é VO.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. www.arquivosonline.com.br. Sociedade Brasileira de Cardiologia 2016</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
10	A	<p>pH 7,27 indica acidose, PaCO₂ normal e HCO₃ e BE diminuídos indicando acidose metabólica. A partir daí deve-se calcular o anion GAP que é igual a $AG=Na-(Cl+HCO_3)$, no caso $135-(110+17) = 8$ (valor normal do Anion GAP = 3 - 11), o anion GAP está normal. Calcula-se então a compensação esperada para a acidose encontrada dada pela fórmula PaCO₂ esperada = $[(1,5 \times HCO_3) + 8] \pm 2$. No caso: PaCO₂ esp = $[(1,5 \times 16) + 8] \pm 2 = 30-34$. Para haver a compensação respiratória da acidose metabólica o PCO₂ deveria estar entre 30 e 34, O pCO₂ aferido na gasometria foi de 37 mmHg, mostrando que não está acontecendo a compensação respiratória esperada. Logo a interpretação correta é acidose metabólica com anion GAP normal sem compensação respiratória.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Riella, MG, Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos, 5ª Ed. pags 169-193 – Ed. Guanabara Koogan, 2010</p>
11	C	<p>O caso reflete uma IC descompensada com padrão “quente e úmido”, ou seja, bem perfundido e congesto. Nessa situação, a principal opção terapêutica é a furosemida (diurético de alça).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Medicina de Emergência – Abordagem Prática. 12ª Ed. 2017. Herlon Saraiva Martins e cols.</p>
12	A	<p>O adenocarcinoma e o de carcinoma de células escamosas são os tipos histológicos mais comuns. Adenocarcinoma é o tipo histológico menos associado ao tabagismo e geralmente é periférico, sendo o de células escamosas mais central.</p> <p>O carcinoma de células grandes é o mais raro entre os tipos de CPNPC.</p> <p>O carcinoma de pequenas células é o menos comum entre todos os tipos histológicos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VIEIRA, V.S. et al. Câncer de pulmão de não pequenas células, Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer, Goiânia: 2017, v.14 n.25; p. 1532</p>
13	C	<p>A migração de um cálculo urinário é uma afecção muito dolorosa e esta foi a razão do paciente ter procurado assistência médica. Além disso, o paciente refere ter vomitado intensamente. O tratamento inicial é sintomático, incluindo hidratação (porque paciente encontra-se desidratado pelos vômitos), controle da dor (analgésicos comuns, opiáceo) e da náusea. Os AINES estão contra indicados nesse momento, pois paciente apresenta alteração de função renal (IRA pós renal).</p> <p>Se o tamanho do cálculo sugere a possibilidade de expulsão, pode-se tentar terapia de auxílio em nível ambulatorial, que inclui os anti-inflamatórios, além de, ocasionalmente, prednisona, nifedipina ou tansulosina. Entretanto, cálculos maiores que 7-8mm, mesmo que não obstrutivos, são difíceis de sofrer eliminação espontânea, necessitando de intervenção (fragmentação) imediata, que é o caso em questão (há obstrução e alteração de funcionamento renal, além do tamanho do cálculo).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretrizes de Nefrolitase da Sociedade Brasileira de Nefrologia https://sbn.org.br/app/uploads/lit.pdf Diretrizes de Nefrolitase da AMB http://diretrizes.amb.org.br/ans/nefrolitase-abordagem_urolologica.pdf Artigo de Revisão Scielo sobre Nefrolitase http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0099.pdf</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
14	C	<p>a. INCORRETA. Puberdade normal a partir de 8 anos</p> <p>b. INCORRETA. Telarca precoce acontece principalmente nos primeiros 2 anos de vida, não apresentam aumento da velocidade de crescimento</p> <p>c. CORRETA. Puberdade precoce ocorre antes dos 8 anos e 10 meses</p> <p>d. INCORRETA. Pubarca precoce consiste em aparecimento dos pelos pubianos antes dos 8 anos de idade</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Castro AMS, Miachon AAS. Distúrbios Puberais. In: Campos Jr D, Burns DAR, Lopez FA, editores. Sociedade Brasileira de Pediatria: Tratado de Pediatria. 3.ed. Barueri: Manole; 2014. p.941-59.</p>
15	C	<p>Na hanseníase indeterminada as lesões de pele são geralmente, mais claras do que a pele ao redor (macha), não são elevadas (sem alteração de relevo), apresentam bordas mal delimitadas e são secas (“não pega poeira” – uma vez que não ocorre sudorese na respectiva área). Há perda de sensibilidade (hipoestesia ou anestesia). A hanseníase indeterminada está classificada como paucibacilar (classificação operacional), a qual tem tratamento por 6 meses (6 cartelas).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Guia prático sobre hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis - Brasília : Ministério da Saúde, 2017.</p>
16	C	<p>ITU em lactente apresenta sintomatologia digestiva e perda de peso. Criança com bom estado geral atendida em emergência, a conduta adotada deve ser: coleta de urina para bacterioscopia e urocultura. Iniciar antibioticoterapia oral com cefalosporina de 1ª geração, encaminhamento ao ambulatório para investigação de possíveis malformações e seguimento do paciente</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: CROTI, U. A.; MATTOS, S. S.; PINTO JÚNIOR, V. C. Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular pediátrica. 2 ed. Roca, 2013.</p>
17	C	<p>A Lei 10.216, de 2001 define três modalidades de internação psiquiátrica:</p> <p>a. Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;</p> <p>b. Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;</p> <p>c. Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.</p> <p>Internação voluntária A pessoa que solicita voluntariamente a própria internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação se dá por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico responsável. Uma internação voluntária pode, contudo, se transformar em involuntária e o paciente, então, não poderá sair do estabelecimento sem a prévia autorização.</p> <p>Internação involuntária É a que ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros. Geralmente, são os familiares que solicitam a internação do paciente, mas é possível que o pedido venha de outras fontes. O pedido tem que ser feito por escrito e aceito pelo médico psiquiatra.</p> <p>A lei determina que, nesses casos, os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm prazo de 72 horas para informar ao Ministério Público do estado sobre a internação e os motivos dela. O objetivo é evitar a possibilidade de esse tipo de</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>internação ser utilizado para a cárcere privado.</p> <p>Internação compulsória</p> <p>Nesse caso não é necessária a autorização familiar. A internação compulsória é sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física. O juiz levará em conta o laudo médico especializado, as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.</p> <p>Fontes: Lei 10.216/2001, Ministério da Justiça; Associação Brasileira de Psiquiatria; Cartilha Direito à Saúde Mental, do Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; Governo do Estado de São Paulo</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, editores. Clínica psiquiátrica. Barueri, SP: Manole; 2011.</p> <p>Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.</p>
18	D	<p>O tratamento inicial de todo doente politraumatizado deve sempre seguir a ordem de prioridades proposta pelo ATLS. A primeira medida deve ser sempre garantir uma via aérea pérvia com proteção da coluna cervical. Após essa medida, e garantia de uma ventilação adequada, deve-se controlar o sangramento e promover reposição volêmica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.</p> <p>American College of Surgeons. ATLS: Advanced Trauma Life Support for doctors (student course manual). 10th ed. Chicago : American College of Surgeons; 2017.</p>
19	C	<p>A glomerulonefrite membranosa tem como forma de apresentação uma proteinúria elevada com maior predisposição à trombose de veia renal e/ ou tromboembolismo pulmonar. Quando no diagnóstico ocorre deteriorização da função renal o prognóstico renal é pior. A faixa etária é condizente e investigação para uma causa secundária é mandatória.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brenner and Rector's. The Kidney. 2 volumes, 10ª edição. Autores: Karl Skorecki et al ISBN 13: 0978-1455748365</p> <p>Proteinuria and hypoalbuminemia are risk factors for thromboembolic events in patients with idiopathic membranous nephropathy: na observational study. Kumar et al. BMCNephrology 2012, 13: 107.</p>
20	D	<p>a. GH basal – pode estar baixo pela secreção de GH aumenta mais durante sono e exercício físico</p> <p>b. GH noturno – a secreção maior é em sono profundo, por isso mesmo internado a criança</p> <p>c. GH após exercício – não se usa pois a secreção ocorre durante exercício extenuante e o que é leve para uns não é para outros</p> <p>d. Pelo GH ser um hormônio contra regulador, ele aumenta sua secreção após a hipoglicemia provocada pela insulina, Paciente deficiente de GH não tem estímulo adequado após hipoglicemia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Endocrinologia Clínica – Lúcio Villar 5ª ed. , 2013.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
21	B	<p>a. INCORRETO, pois o paciente, como acima dito, não tem indicação de uso de estatinas no momento.</p> <p>b. CORRETO, pois o paciente não apresenta outros fatores de risco cardiovascular associados à dislipidemia e níveis de colesterol total encontram-se altos não por aumento expressivo do LDL, mas sim por níveis elevados de HDL, o que é um fator protetor, não de risco. Assim, paciente não necessita usar estatinas no momento.</p> <p>c. INCORRETO, pois estatinas não são contraindicadas em idosos, apesar de um maior potencial de efeitos colaterais por elas geradas nesse grupo etário.</p> <p>d. INCORRETO, pois o tratamento farmacológico da hipertrigliceridemia com fibratos está indicado se níveis mantidos de triglicérides acima de 500mg/dL.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017 Freitas, Elizabete Viana; Py, Ligia; Tratado de Geriatria e Gerontologia, 4ª edição, 2016</p>
22	D	<p>As diretrizes recomendam que todo paciente em parada cardiovascular esteja monitorado pelo uso de capnografia para monitorar a posição do tupo orotraqueal e qualidade da ressuscitação cardiopulmonar.</p> <p>a. INCORRETA porque durante a intubação esofágica o CO₂ estará próximo de 0 mmHg</p> <p>b. INCORRETA porque a capnografia não possui sensibilidade para detectar essa alteração</p> <p>c. INCORRETA porque a piora da qualidade da ressuscitação diminui o retorno venoso e conseqüentemente o CO₂ exalado</p> <p>d. CORRETA porque com o retorno da circulação espontânea o débito cardíaco aumenta rapidamente retirando dos tecidos o CO₂ que se acumulou durante a parada cardiovascular aumentando o CO₂ exalado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Mark S. Link, Lauren C. Berkow, Peter J. Kudenchuk, Henry R. Halperin, Erik P. Hess, Vivek K. Moitra, et al. Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015;132:S444-S464</p>
23	C	<p>Para reduzir o risco de Lesões por Esforço Repetitivo as tarefas devem ser de ciclo curto, devem ser implantados momentos de pausa e incentivar a alternância de funções.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: CORRÊA, Maria Juliana Moura; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães.; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.</p>
24	A	<p>O Eritema polimorfo constitui-se em uma síndrome e, como o próprio nome diz, caracteriza-se por lesões polimórficas, em alvo, com dupla tonalidade, associado ou não com lesões purpúricas e com bolhas, principalmente em dorso do tórax e em extremidades.</p> <p>O tratamento da farmacodermia consiste, fundamentalmente, na suspensão e na retirada da droga envolvida. O uso de corticosteróides ou de anti-histamínicos deverá ser indicado, de acordo com o tipo de hipersensibilidade envolvida.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LA TORRE, Fabíola Peixoto Ferreira FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO. Emergências em pediatria: protocolos da Santa Casa. 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2013.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
25	D	<p>Pela clínica, exames laboratoriais e exame físico, trata-se de uma Pancreatite Aguda (quadro clínico e valores de lipase e amilase três vezes acima do normal). Caracterizada como leve, pois não há repercussões sistêmicas (escores de Ranson, Glasgow e SOFA) e PCR abaixo de 150. A tomografia abdominal deve ser solicitada após 72 horas, quando o paciente já estará bem hidratado o que evitará os riscos do contraste, ou, na internação, sem contraste, quando houver necessidade de investigar quadro de abdome agudo ou for classificado como pancreatite grave. A analgesia é indicada em todos os casos de pancreatite, porém, a administração de antibióticos deve ser apenas nos casos graves. Deve ser suspenso a dieta enteral em todos os casos de pancreatite nas primeiras 48 horas. A US abdominal deve ser realizada em todos os casos pois ajuda a determinar a causa base (alcoólica, biliar, medicamentosa). A ecoendoscopia apenas em casos de pancreatite aguda biliar com colangite aguda associada. A hidratação venosa é a medida mais importante: repor as perdas, controlar a desidratação (hipotensão e taquicardia), manter a irrigação pancreática (atenuar ou evitar a necrose do pâncreas). Os coloides só são utilizados se o hematócrito estiver abaixo de 25% ou albumina abaixo de 2.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Lopes, A.C. Tratado de Clínica Médica - 2 Volumes, 3ª edição, 2014, editora ROCA</p>
26	B	<p>A causa mecânica representa 80 a 90% das lombalgias. A manifestação clínica consiste em dor na região lombar, de instalação súbita ou lenta, bloqueando os movimentos e determinando uma atitude de rigidez da coluna lombar. A lombalgia de origem mecânica pode ser causada por distúrbios nos músculos, tendões e ligamentos. Normalmente, pode-se atribuir as atividades como levantar pesos e permanecer sentado ou em pé por um tempo prolongado. A dor é relatada como um peso e piora no final do dia devido às atividades e esforços físicos. Não há sinais neurológicos associados e a tosse ou o espirro não exacerbam os sintomas. O início é insidioso e o paciente geralmente é sedentário, obeso, trabalha com peso e com músculos fracos da coluna lombar e do abdome, nádegas, com encurtamento dos músculos isquiotibiais. Inicia-se a investigação diagnóstica (diagnóstico diferencial) com exames simples e de fácil acesso como as radiografias, reservando exames complexos como a ressonância magnética e a tomografia computadorizada para casos refratários ao tratamento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Almeida, D.C.; Kraychete, D.C. Low back pain - a diagnostic approach. Rev Dor. São Paulo, 2017 apr-jun;18(2):173-7</p>
27	B	<p>Por tratar-se de um caso que apresenta suspeita de Doença de Chagas em sua forma aguda a pesquisa direta do T. cruzi pode ser feita no sangue periférico sendo encontrada forma tripomastigota da doença. A forma amastigota é encontrada nos tecidos. E a sorologia com título de IgG e imunoensaio eznimático são boas para diagnóstico da fase crônica da doença.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2016 Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(núm. esp.): 7-86, 2016 http://www.scielo.br/pdf/ress/v25nspe/2237-9622-ress-25-esp-00007.pdf</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
28	C	<p>a. A pneumonia aspirativa é uma comorbidade de apresentação tardia, não sendo a complicação mais provável relacionada ao caso.</p> <p>b. A trombose mesentérica é uma comorbidade grave e incomum que cursa com dor abdominal de forte intensidade e piora clínica progressiva, a abordagem cirúrgica ocorre em casos de perfuração intestinal.</p> <p>c. A atelectasia pulmonar é a mais frequente das complicações pulmonares pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgias torácicas e em abdome superior. O tratamento compreende toailete brônquica adequada e fisioterapia respiratória.</p> <p>d. A maioria dos abscessos abdominais provoca febre e desconforto abdominal associado anorexia, náusea, vômito e diarreia ou obstipação são comuns.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: RODRIGUES, Marco Antônio Gonçalves.; CORREIA, Maria Isabel Toulson Davisson.; SAVASSI-ROCHA, Paulo Roberto. Fundamentos em clínica cirúrgica. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018. SCHWARTZ, Seymour I.; BRUNICARDI, F. Charles. Schwartz, princípios de cirurgia: autoavaliação, pré-teste e revisão 9. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2013.</p>
29	D	<p>O diagnóstico clássico é baseado nos 6 Ps: presença de dor (Pain), pressão no compartimento aumentada (Pressure), ausência de pulso (Pulse), Paralisia, Parestesia e Palidez. Para identificar a síndrome compartimental é importante fazer o exame físico seriado ao longo do tempo.</p> <p>No exame podem apresentar dor intensa desproporcional ao exame passivo (mais sensível) e tensão nos compartimentos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BMJ Best Practice: Síndrome Compartimental dos Membros. Última atualização agosto de 2017.</p>
30	A	<p>a. CORRETA. A dieta deve ser adequada às necessidades nutricionais do adolescente, de acordo com a AMDR, portanto, normoproteica. Destaque para os micronutrientes cálcio e zinco, minerais envolvidos no crescimento linear dos ossos longos, e para o ferro, cuja deficiência pode prejudicar o transporte de oxigênio, diminuindo o desempenho físico. Não há indicação de prescrição de uso de suplementos proteicos neste caso, uma vez que uma alimentação saudável e balanceada atende as necessidades nutricionais do adolescente. O uso de suplementos proteicos é indicado para os casos: atletas que praticam treinos fortes de resistência; que praticam exercícios fortes em altas altitudes, que possuem intensa carga de treinamento de força e quando há a necessidade de complementar dietas deficientes em proteínas. Atletas que praticam exercícios de força por mais de 4 horas por dia podem necessitar de suplementos proteicos.</p> <p>b. INCORRETA. A orientação é uma dieta normoproteica, que atenda às necessidades diárias do adolescente que pratica esporte convencional. Não há indicação de uso de suplementos proteicos neste caso. Para atletas que praticam atividades aeróbicas de longa duração são indicados suplementos carboenergéticos.</p> <p>c. INCORRETA. É recomendado que os indivíduos ingiram fluidos antes, durante e depois dos períodos de atividade física. Nas práticas esportivas de longa duração (mais de 90 minutos) orienta-se o consumo de bebidas hidreletrolíticas com concentração de carboidratos (6 a 8%) e osmolaridade adequada. Não há indicação de suplementos proteicos neste caso.</p> <p>d. INCORRETA. Dieta equilibrada e normoproteica. Recomenda-se a ingestão de alimentos ricos em carboidratos, de consistência leve, pobre em fibras e lipídios, duas a quatro horas antes do exercício. Não há indicação para uso de suplementos proteicos neste caso.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA																											
		<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte. Modificações dietéticas, reposição hídrica, suplementos alimentares e drogas: comprovação de ação ergogênica e potenciais riscos para a saúde. Rev Bras Med Esporte, 2009;15(3):S3-S12</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria. Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência: manual de orientação. 2017. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19890e-MO-Promo_AtivFisica_na_Inf_e_Adoles-2.pdf>. Acesso em: 16 de maio de 2018.</p> <p>Weffort VRS; Cardoso AL; Bracco MM; Obelar MS; Pires MMS. Nutrição e atividade física. In: Weffort VRS; Lamounier JA. Nutrição em Pediatria: da neonatologia à adolescência. 2 ed. Barueri: Manole; 2017. p.769-88.</p>																											
31	A	<p>RN de termo, sem alterações clínicas importantes, porém, com quadro de icterícia precoce (iniciada nas primeiras 18 horas). Indicação formal de fototerapia, que deve ser realizada em ambiente hospitalar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Neonatologia, Marcondes, 2015</p>																											
32	D	<p>O paciente apresenta idade maior que 71 anos, diabético, apresentando angina noturna é classificado como risco intermediário, Todos os pacientes com SIMI de risco intermediário e alto devem ser internados em unidade coronária de terapia intensiva (UCO) sempre que possível. Idealmente, o paciente deve permanecer na UCO pelo menos até que a conduta definitiva para o seu caso seja tomada</p> <p>Tabela 2 – Estratificação de risco na angina instável^f</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Risco alto</th> <th>Risco intermediário</th> <th>Risco baixo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Deve estar presente pelo menos um dos seguintes achados:</td> <td>Nenhum achado de alto risco, mas deve ter qualquer um dos seguintes:</td> <td>Nenhum achado de risco alto ou intermediário, mas deve ter qualquer um dos seguintes:</td> </tr> <tr> <td>Dor em repouso prolongada (> 20 minutos) e contínua</td> <td>Angina em repouso ausente no momento da avaliação, mas sem baixa probabilidade de DAC</td> <td>Angina aumentada em frequência, gravidade ou duração</td> </tr> <tr> <td>Edema pulmonar</td> <td>Angina de repouso (> 20 minutos ou melhorada com repouso ou nitroglicerina)</td> <td>Angina desencadeada com limiar baixo de esforço</td> </tr> <tr> <td>Angina associada a sopro de insuficiência mitral</td> <td>Angina noturna</td> <td>Angina de início recente no intervalo de duas semanas a dois meses</td> </tr> <tr> <td>Angina com 3^o bulha à ausculta cardíaca ou estertores</td> <td>Angina de início recente grau III ou IV (CCS) nas últimas duas semanas, mas com baixa probabilidade de DAC</td> <td>ECG normal ou não alterado</td> </tr> <tr> <td>Angina com hipotensão</td> <td>Ondas Q ou depressão de ST ≥ 1 mm em várias derivações</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Idade > 65 anos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Angina em repouso com alterações dinâmicas de ST (≥ 1 mm)</td> <td>Angina com alterações dinâmicas da onda T</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><small>DAC: doença arterial coronariana; CCS: Canadian Cardiovascular Society; ECG: eletrocardiograma.</small></p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento st (II edição, 2007) – atualização 2013/2014. Arquivos Brasileiros de cardiologia: 102; 3 supl 1. 2014</p>	Risco alto	Risco intermediário	Risco baixo	Deve estar presente pelo menos um dos seguintes achados:	Nenhum achado de alto risco, mas deve ter qualquer um dos seguintes:	Nenhum achado de risco alto ou intermediário, mas deve ter qualquer um dos seguintes:	Dor em repouso prolongada (> 20 minutos) e contínua	Angina em repouso ausente no momento da avaliação, mas sem baixa probabilidade de DAC	Angina aumentada em frequência, gravidade ou duração	Edema pulmonar	Angina de repouso (> 20 minutos ou melhorada com repouso ou nitroglicerina)	Angina desencadeada com limiar baixo de esforço	Angina associada a sopro de insuficiência mitral	Angina noturna	Angina de início recente no intervalo de duas semanas a dois meses	Angina com 3 ^o bulha à ausculta cardíaca ou estertores	Angina de início recente grau III ou IV (CCS) nas últimas duas semanas, mas com baixa probabilidade de DAC	ECG normal ou não alterado	Angina com hipotensão	Ondas Q ou depressão de ST ≥ 1 mm em várias derivações			Idade > 65 anos		Angina em repouso com alterações dinâmicas de ST (≥ 1 mm)	Angina com alterações dinâmicas da onda T	
Risco alto	Risco intermediário	Risco baixo																											
Deve estar presente pelo menos um dos seguintes achados:	Nenhum achado de alto risco, mas deve ter qualquer um dos seguintes:	Nenhum achado de risco alto ou intermediário, mas deve ter qualquer um dos seguintes:																											
Dor em repouso prolongada (> 20 minutos) e contínua	Angina em repouso ausente no momento da avaliação, mas sem baixa probabilidade de DAC	Angina aumentada em frequência, gravidade ou duração																											
Edema pulmonar	Angina de repouso (> 20 minutos ou melhorada com repouso ou nitroglicerina)	Angina desencadeada com limiar baixo de esforço																											
Angina associada a sopro de insuficiência mitral	Angina noturna	Angina de início recente no intervalo de duas semanas a dois meses																											
Angina com 3 ^o bulha à ausculta cardíaca ou estertores	Angina de início recente grau III ou IV (CCS) nas últimas duas semanas, mas com baixa probabilidade de DAC	ECG normal ou não alterado																											
Angina com hipotensão	Ondas Q ou depressão de ST ≥ 1 mm em várias derivações																												
	Idade > 65 anos																												
Angina em repouso com alterações dinâmicas de ST (≥ 1 mm)	Angina com alterações dinâmicas da onda T																												
33	A	<p>O quadro clínico é compatível com hipotireoidismo e os resultados de exames confirmatórios esperados seriam TSH alto e T3 e T4 baixos</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo</p> <p>Gabriela Brenta¹, Mario Vaisman², José Augusto Sgarbi³, Liliana Maria Bergoglio⁴, Nathalia Carvalho de Andrada⁵, Pedro Pineda Bravo⁶, Ana Maria Orlandi⁷, Hans Graf⁸, em nome da Força Tarefa em Hipotireoidismo da Sociedade Latino-Americana de Tiroide (LATS)</p> <p>Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/4</p>																											



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
34	C	<p>O VEF1 fornece a gravidade da obstrução do fluxo aéreo, sendo utilizado para a classificação do DPOC, sendo GOLD 3 - GRAVE - $30\% < \text{VEF1} < 50\%$ do previsto.</p> <p>A exacerbação é definida como piora aguda dos sintomas respiratórios. O paciente, apesar de grave, não se encontra exacerbado, pois não há na história clínica o relato de piora acentuada dos sintomas recentes, nem relato de expectoração aumentada ou purulência do escarro.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2018 Report. Disponível em http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf Acesso em 01 abr.</p>
35	B	<p>No Brasil, o Ministério da Saúde, em suas diretrizes, não recomenda o rastreamento populacional, pois considera que não há evidências de que o tratamento de tumores em estádios iniciais tenha uma efetividade que supere os riscos dos efeitos adversos causados pelo tratamento da doença.</p> <p>Atualmente, a principal recomendação quanto à realização do PSA como ferramenta para o rastreamento do câncer de próstata é de que a decisão seja individualizada e compartilhada com o homem, considerando os benefícios e as consequências de um diagnóstico precoce e as opções de tratamento</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>CAMPBELL, Meredith F.; WEIN, Alan J.; KAVOUSSI, Louis R.; PARTIN, Alan W.; PETERS, Craig A. Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016.</p>
36	A	<p>Alternativa A é correta porque a vacina quadrivalente tem a mesma formulação da trivalente, exceto pelo acréscimo de uma segunda linhagem da cepa B. Assim, tem perfil de segurança semelhante e considera-se que os dados de segurança com a vacina trivalente são suficientes para a indicação das duas vacinas (tri e quadrivalentes) para a gestante. A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza, por isso a vacinação está indicada no período sazonal para as gestantes. Desde que disponível, a vacina quadrivalente é preferível à vacina trivalente, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Deverá ser utilizada a vacina trivalente na impossibilidade de uso da vacina quadrivalente, já que a mesma não está disponível na rede pública.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ballalai I, Kfourri R, Cunha J, Levi M, Feijó R. Nota técnica 06/04/2017 da Sociedade Brasileira de Imunizações: vacinas influenza no Brasil em 2018. Disponível em: [https://sbim.org.br/images/files/nota-tecnica-influenza-vacinas-0604-2018a.pdf]. Acessado em 22/05/2018.</p> <p>Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendário de vacinação SBIm Gestante. Recomendações da SBIm 2018/2019. Disponível em: [https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf]. Acessado em 22/05/2018.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico - 20ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
37	C	<p>Pedro apresenta uma Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) é o mais grave e mais frequente manifestação psicótica do alcoolismo crônico. É um quadro agudo, que se apresenta na evolução de um longo período anterior de intoxicação. Consiste de um quadro de intensa excitação psíquica, com estado confusional, inúmeras e violentas alucinações, sobretudo visuais e táteis. Aparecem as zoopsias ou vivências de animais andando pela parede, ameaçando devorar o paciente, aproximando-se e desaparecendo subitamente. Dentre os psicofármacos utilizados, os benzodiazepínicos (BZD) são a medicação de primeira escolha para o controle dos sintomas da SAA. De modo geral, os compostos de ação longa (diazepam) são preferíveis, sendo os de ação curta mais indicados nos casos de hepatopatia grave (Lorazepam). Esquemas de administração são planejados de acordo com a intensidade dos sintomas, pois permitem uma utilização de doses menores de medicação, quando comparados aos esquemas posológicos fixos. Ou seja, devemos buscar a dose adequada para a intensidade de sintomas de cada paciente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>LARANJEIRA, Ronaldo et al. Consenso Sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu Tratamento. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, vol. 22, n.2, p. 62-71.</p>
38	A	<p>Paciente com febre, tosse, dispneia e derrame pleural a direita. Para determinar o tratamento correto, há necessidade de saber a característica do derrame. A coleta do líquido pleural para realização da macroscopia e exames laboratoriais se torna necessária a fim de indicar o tratamento correto.</p> <p>O melhor local da punção para aspiração nesse caso é na base da escápula direita.</p> <p>Deve ser considerado em todos os pacientes com derrame pleural. A coloração de Gram positiva do líquido pleural indica empiema.</p> <p>A característica do derrame pode ser determinante na condução do caso. A diferenciação entre exsudato e transudato, da presença ou não de bactérias (empiema), pode alterar a conduta do tratamento.</p> <p>O local da punção da agulha, é determinante no sucesso do procedimento. A não observância do local correto pode determinar a ocorrência de lesões inadvertidas do parênquima pulmonar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BMJ Best Practice. Pneumonias adquiridas na comunidade. Última atualização fevereiro de 2018.</p> <p>Light RW. Pleural diseases. 4th ed. Lippincott, Williams & Wilkins; 2001.</p> <p>Teixeira LR, Seicento M, Vargas FS. Toracocentese diagnóstica e biópsia pleural. In: Vargas FS, Teixeira LR, Marchi E. Derrame pleural. São Paulo: Roca; 2004. p. 92-102</p> <p>Godwin JE, Sahn SA. Thoracentesis: a safe procedure in mechanically ventilated patients. Ann Intern Med. 1990;113(10):800-2. Comment in: Ann Intern Med. 1991;114(5):431.</p>
39	C	<p>a. Apesar de acontecer a diminuição da oferta de ferro e lactoferrina pela diminuição da oferta do leite humano provocado pela introdução da alimentação complementar, a quantidade desta oferta não é suficiente para suprir as necessidades diárias desde o nascimento o que contribui para a utilização das reservas de ferro para suprir as necessidades diárias da criança desde o nascimento.</p> <p>b. Os alimentos indicados para o início da alimentação complementar contem ferro, porém a quantidade aceita pela criança não supre as necessidades diárias desta fase de vida.</p> <p>c. Com a baixa oferta de ferro pelo leite humano, em decorrência da necessidade aumentada de ferro imposta pelo estirão do crescimento há necessidade do uso</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>das reservas de ferro estocadas no último trimestre gestacional, que se esgotam aos 6 meses de idade o que indica a necessidade de oferta aumentada de ferro a partir desta idade, orientando a suplementação de ferro e a norteando a introdução da alimentação complementar.</p> <p>d. Ha uma necessidade aumentada de ferro em decorrência do estirão de crescimento desde o nascimento, sendo o pico maior nos três primeiros meses de vida, e não só a partir de 6 meses de idade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 24 p.: il. ISBN 978-85-334-2042-7 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf</p>
40	D	<p>a. INCORRETA por ser conceitualmente pneumonia hospitalar, pneumonias manifestadas após 72 horas da internação hospitalar, tratando-se ainda de idoso frágil com múltiplas morbidades e polimedicado com antimicrobiano por pneumonia prévia. Além disso, pneumococo sem resistência não é o agente mais provável.</p> <p>b. INCORRETA por ser conceitualmente pneumonia hospitalar, tratando-se ainda de idoso frágil com múltiplas morbidades e polimedicado com antimicrobiano por pneumonia prévia. Neste caso, pneumococo resistente, também não é o agente mais provável.</p> <p>c. INCORRETA por embora ser conceitualmente pneumonia hospitalar, neste caso trata-se de idoso medicado previamente com antimicrobianos, múltiplas doenças crônicas e vários fatores de risco e, portanto, ter maior chance de S. aureus MRSA e não MSSA.</p> <p>d. CORRETA por tratar-se de idosa com fatores de risco para MRSA, sem ventilação mecânica: Idoso, pluripatologias, fratura de fêmur, pós-operatório de cirurgia, diagnóstico de pneumonia com 72h de internação, além de alto risco de mortalidade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: KALIL, Andre C. et al. Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clinical Infectious Diseases, v. 63, n. 5, p. e61-e111, 2016. TORRES, Antoni et al. Summary of the international clinical guidelines for the management of hospital-acquired and ventilator-acquired pneumonia. ERJ Open Res, v. 4, 2018. EDELMUTH, Stephanie Victoria Camargo Leão et al. Comorbidades, intercorrências clínicas e fatores associados à mortalidade em pacientes idosos internados por fratura de quadril. Revista Brasileira de Ortopedia, 2018. DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS, Comissão et al. Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica-2007. J Bras Pneumol, v. 33, n. supl. 1, p. s1-s30, 2007.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
41	A	<p>A síndrome de abstinência desses fármacos consiste em ansiedade, nervosismo, diaforese, inquietação, irritabilidade, fadiga, sensação de cabeça leve, tremor, insônia e fraqueza.</p> <p>Quando for necessária a descontinuação da medicação, o fármaco deve ser retirado bem devagar (25% por semana); caso contrário, recorrência ou rebote de sintomas são prováveis. O monitoramento de quaisquer sintomas de abstinência com escala de avaliação padronizada e apoio psicológico para o indivíduo são úteis para obter sucesso na descontinuação de benzodiazepínicos.</p> <p>O uso concomitante de carbamazepina durante a descontinuação permite uma abstinência mais rápida e mais bem tolerada do que apenas a redução gradual do fármaco</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Kaplan&SadockK. Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11ª EDIÇÃO. Bejamin. Sadock, Virgínia A. Sadock, Pedro Ruiz. ARTMED. 2017 Capítulo: 29.9 Benzodiazepínicos e fármacos que atuam sobre os receptores de GABA</p>
42	A	<p>a. CORRETA. O rastreamento de aneurismas de aorta abdominal (AAA) assintomáticos deve ser feito mediante a realização de uma única ultrassonografia abdominal com Doppler em homens entre 65 e 75 anos de idade com histórico de tabagismo, e não se justifica o rastreio em mulheres, mesmo as tabagistas/ex-tabagistas.</p> <p>b. INCORRETA: Angiotomografia é método mais caro e com maiores riscos potenciais (radiação e uso de contraste iodado); assim, o rastreio deve ser feito com uma única ultrassonografia abdominal com Doppler.</p> <p>c. INCORRETA, pois não existe benefício claro no rastreio de mulheres, mesmo aquelas com antecedente de tabagismo.</p> <p>d. INCORRETA, pois existe benefício no rastreamento de AAA assintomáticos em homens entre 65 e 75 anos de idade com histórico de tabagismo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Publicado no Annals of Internal Medicine, 19 August 2014 , Volume 161, Number 4</p> <p>Medicina Interna de Harrison, Kasper et al, 19ª edição.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
43	B	<p>O Caso é compatível com a apresentação de Trombose Venosa Profunda o que é mostrado na clínica de edema assimétrico intenso à esquerda, acompanhado de dor na posição ortostática e melhora com a elevação do membro, além de dor à dorsiflexão do pé (sinal de Homans) e dilatação das veias (não varicosas) na perna e pé.</p> <p>O tratamento deve ser feito como medida primária com Heparina (Enoxeparina, dalteparina ou convencional) por se tratar de uma paciente gestante, não sendo indicado o uso de anticoagulantes orais durante a gestação.</p> <p>A incidência de eventos tromboembólicos em gestantes é maior, por estar relacionado às mudanças hormonais durante a gestação com distúrbios trombofílicos genéticos ou adquiridos subjacentes, juntamente com a estase venosa relativa decorrente da obstrução, especialmente na perna esquerda</p> <p>Flegmasia Cerúlea acontece nos casos de TVP maciça, onde o edema pode obstruir não só o efluxo venoso, mas também o influxo arterial, levando a um caso de isquemia aguda, sendo que neste caso a paciente teria cianose intensa e dor insuportável o tratamento requer anticoagulação que neste caso se faz necessário o uso de Heparina (Enoxeparina, dalteparina ou convencional) por se tratar de uma paciente gestante, não sendo indicado o uso de rivaroxabana, e endoxabana na gestação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BMJ Best Practice – Trombose Venosa Profunda. Última atualização em 7 de setembro de 2016.</p>
44	C	<p>O quadro clínico apresentado pelo paciente bem como os resultados apresentados pelos exames solicitados fecha o diagnóstico de tuberculose.</p> <p>A associação de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol por dois meses, depois Rifampicina e Isoniazida por mais quatro meses é o esquema de tratamento básico para tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>RABAH, M.F.; SILVA JÚNIOR, J.L.R.; FERREIRA, A.C.G.; TANNUS-SILVA, D.G.S.; CONDE, M.B. Tratamento da tuberculose. J Bras Pneumol.; n.43, v.5, p.472-486, 2017.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.</p>
45	A	<p>a. CORRETA, pois esclerose múltipla é uma patologia mais frequente em mulher caucasiana, com curso típico em surto e remissão parcial e na questão foi explorado o conhecimento sindrômico (síndrome cerebelar e medular) e cuja a avaliação laboratorial exige exame de imagens dos sítios anatômicos comprometidos e investigação líquórica com índice de IgG e bandas oligoclonais. Avalia habilidades semiológicas/ clínicas e laboratoriais.</p> <p>b. INCORRETA, pois o evento de 2016 é uma síndrome cerebelar e não vestibular periférica.</p> <p>c. INCORRETA, pois o nível da lesão medular não é torácica e sim cervical (houve envolvimento de MMSS (nível C5 a T1) e na investigação as solicitações de Aquaporina A4 e Ressonância de medula torácica não são apropriadas.</p> <p>d. INCORRETA, pois o nível da lesão medular não é torácica e sim cervical (houve envolvimento de MMSS (nível C5 a T1).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Merrit Tratado de Neurologia, Rowland L P, nona edição Neurology and Genral Medine, Aminoff MJ Fourth edition.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
46	A	<p>a. CORRETA. Os pacientes com ideias suicidas, frequentemente, dão sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante. São frases de alerta.</p> <p>b. INCORRETA. Questionar sobre ideias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.</p> <p>c. INCORRETA. O suicídio pode ser também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o de cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas.</p> <p>d. INCORRETA. Fármacos podem ser usados não só para tratamento dos transtornos psiquiátricos que porventura venham a ser diagnosticados, como também para eliminar sintomas alvo, como, por exemplo, impulsividade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Estratégia nacional de prevenção do suicídio; prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas. Recuperado de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf</p>
47	D	<p>Nesta faixa etária o lactente esta se adaptando a amamentação, assim como a mãe, muitas vezes fazem mamadas fracionadas por dormirem durante a mamada, e voltam a solicitar o peito mais frequentemente.</p> <p>O ganho de peso encontrado reflete que a criança esta ganhando peso e que portanto a mamada e efetiva.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP : Manole, 2014</p>
48	D	<p>a. INCORRETA. Como se trata de estupro de vulnerável torna-se obrigatória a comunicação ao conselho tutelar. A paciente e seus responsáveis devem ser orientados para a possibilidade de realizarem o registro da ocorrência policial se assim o desejarem.</p> <p>b. INCORRETA. Conforme o novo código de ética médica, não se aplica a objeção de consciência em relação à prescrição da contracepção de emergência.</p> <p>c. INCORRETA. Em qualquer situação de interrupção da gestação por estupro, os documentos exigidos são 1) relato circunstanciado da ocorrência, que é a história de violência; 2) solicitação da gestante ou de seu representante legal para a interrupção da gestação; 3) avaliação técnica da equipe multiprofissional, com exame clínico e ultrassonográfico, concordando com o procedimento; 4) consentimento livre e esclarecido da paciente e seus responsáveis. O boletim de ocorrência e o laudo do IML não são necessários, embora possam ser anexados ao prontuário, caso tenham sido realizados.</p> <p>d. CORRETA. Pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pela Constituição Brasileira (Art. 227) deve prevalecer o maior interesse da criança. Se mesmo após a exposição dos riscos aos pais ou responsáveis estes continuarem negando o tratamento, o Conselho Tutelar e o Juizado da Infância e da Juventude devem ser acionados.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO**



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
49	D	<p>a. INCORRETA. A PreP não esta indicada para lesbianismo pois não se constitui situação de risco. Situação de risco é Gay e outros HSH, Pessoas trans, Trabalhadores do sexo e parcerias sexuais sorodiscordantes.</p> <p>b. INCORRETA. O HBV apresenta elevada infectividade recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas independente da idade e/ou com condições de vulnerabilidade (Nota Informativa no 149/2015 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS). Para as regiões endêmicas, como a região Norte, reforça-se a realização de sorologia para hepatite B prévia e vacinação das pessoas suscetíveis. A Imunoglobulina é indicada se o caminhoneiro fosse HBsAg.</p> <p>c. INCORRETA. O uso da ciprofloxacina está contraindicado nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, considerando estudos realizados nos últimos anos, os quais demonstraram a circulação de cepas de gonococos com taxas de resistência antimicrobiana igual ou maior que 5%, limite determinado internacionalmente para aceitação do uso de um antibiótico. E, no caso da namorada da paciente, pela suspeita de gravidez deve ser feita ceftriaxone, pq esta contraindicada quinolona.</p> <p>d. CORRETA. Profilaxia recomendada para HIV.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 123 p.: il.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Clinical protocol and therapeutic guidelines for post-exposure prophylaxis (PEP) for the risk of HIV, STIs and viral hepatitis infections. 1 ed revisada, 2017.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com IST's. 2ª ed revisada. 2015.</p> <p>CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Junho/2017. http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_ProfilaxiaPosExposicaoRiscoInfeccao_HIV_IST_HepatitesVirais_CP.pdf</p>
50	A	<p>a. CORRETA. O enunciado descreve a evolução clássica da SGB e seu tratamento correto.</p> <p>b. INCORRETA, pois na Miastenia Grave a principal forma de apresentação clínica é a ptose intermitente e fraqueza proximal dos membros.</p> <p>c. INCORRETA, pois o corticoide não é a primeira opção para o tratamento agudo.</p> <p>d. INCORRETA, pois não é miastenia, conforme explicado no distrator B.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Xavier CC, Barbosa AVS. Doenças desmielinizantes do Sistema nervoso central (SNC). In: Burns DAR et al. (Orgs.). Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017. cap. 8, p. 1353- 1371.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
51	D	<p>A caracterização do TDC parece central para manter um diálogo entre diferentes áreas, como a medicina e a psicologia, e, conseqüentemente, para permitir que algumas modalidades de intervenção psicológicas, como a terapia analítico-comportamental, exponha sua efetividade ou não aos demais profissionais da área da saúde. Tendo em vista que nenhuma pesquisa experimental que compõe a amostra deste estudo utilizou a análise do comportamento como meio de intervenção ao tratamento de TDC, acredita-se que ela poderia ser mais uma possibilidade a ser investigada para o seu tratamento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Bonfim GW, Nascimento IPC, Borges NB. Body Dysmorphic Disorder: Literature review. Contextos Clínicos. 2016 9(2):240-252.</p>
52	D	<p>a. O líquido em fundo de saco de Douglas pode ser doença inflamatória pélvica, mas o Beta HCG positivo, descartaria.</p> <p>b. O exame de urina não está com o padrão infeccioso.</p> <p>c. Corpo lúteo hemorrágico é uma possibilidade, mas o ovário estaria com sinais de corpo lúteo</p> <p>d. Quadro de dor intensa abrupto com instabilidade hemodinâmica fala a favor de um quadro de perda sanguínea, compatível com gestação ectópica rota grave, necessitando de conduta cirúrgica imediata, principalmente com o Beta HCG positivo</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Rezende, Ginecologia e Obstetrícia, 14ª ed. 2018.</p>
53	D	<p>a. INCORRETA. A técnica necessita de procedimento microcirúrgico (não é realizada em consultório médico).</p> <p>b. INCORRETA. Não duplica o volume ejaculado (aumento máximo de 10%). Imperceptível clinicamente.</p> <p>c. INCORRETA. A legislação permite tratamento cirúrgico de homens com mais de 25 anos sem filhos.</p> <p>d. CORRETA. Quando a parceira tem idade avançada, as técnicas de recuperação de espermatozoides são o método de escolha quando comparadas à vasovasostomia (reversão vasectomia).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Pasqualotto Fábio Firmbach, Lucon Antônio Marmo, Sobreiro Bernardo Passos, Pasqualotto Eleonora Bedin, Arap Sami. The best infertility treatment for vasectomized men: assisted reproduction or vasectomy reversal?. Rev. Hosp. Clin. [Internet]. 2004 [cited 2018 May 20]; 59(5): 312-315. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-87812004000500016&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0041-87812004000500016. LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
54	B	<p>A mamografia continua a ser a mais importante técnica de imagem para as mamas. Trata-se do método de escolha para o rastreamento populacional do câncer de mama em mulheres assintomáticas e é a primeira técnica de imagem indicada para avaliar a maioria das alterações clínicas mamárias. A ultrassonografia é o principal método adjunto da mamografia e do exame físico na detecção e no diagnóstico das doenças mamárias. As principais indicações e potenciais indicações da ultrassonografia nas mamas são: diferenciar e caracterizar nódulos sólidos e cistos identificados pela mamografia de rastreio ou pelo exame clínico; orientar procedimentos intervencionistas na mama; avaliar pacientes jovens, gestantes ou lactantes com alterações clínicas na mama; pesquisar abscessos nas mastites; avaliar nódulos palpáveis em mamas radiologicamente densas; analisar implantes mamários; caracterizar assimetrias focais que podem corresponder a nódulos; avaliar a resposta à quimioterapia neoadjuvante; suplementar a mamografia no rastreamento do câncer de mama em mulheres com mamas radiologicamente densas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Mamografia: da prática ao controle. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.</p>
55	C	<p>a. Esse homem parece ter capacidade para tomar decisões. Muitos indivíduos com déficit cognitivo podem exibir tal capacidade, dependendo da decisão em questão. Até mesmo porque não foi mencionado síndrome demencial e a capacidade de tomada de decisão em casos de déficit cognitivo é um processo individualizado.</p> <p>b. Nas situações clínicas irreversíveis ou terminais, conforme o Código de Ética do Conselho Federal de Medicina (2009), o médico deverá disponibilizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos respeitando a vontade do paciente.</p> <p>c. Trata-se de um paciente com comprometimento cognitivo leve, portador de doença potencialmente fatal e deve ser encorajado a elaborar uma diretiva antecipada de vontade quanto aos cuidados avançados, resguardando suas preferências.</p> <p>d. De acordo com a diretiva antecipada de vontade deve-se respeitar a vontade do paciente em relação ao tratamento do câncer.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina Resolução número 1931/9.</p> <p>Manual de Cuidados Paliativos ANCP - 2 edição.</p> <p>Tratado de Geriatria e Gerontologia - Capítulo 107; 4 edição.</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 1.973, que define a Medicina Paliativa como área de atuação. Brasília, 2011. Disponível em: <www.cfm.org.br>.</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 1.995, sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade. Brasília, 2012. Disponível em: <www.cfm.org.br>.</p> <p>WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO. England. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf>.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
56	C	<p>Toda baseadas na Diretrizes de Rastreamento do Câncer de Colo do Útero (INCA, 2016)</p> <p>a. INCORRETA, a Idade e história familiar não justificam.</p> <p>b. INCORRETA, o início da vida sexual não determina o início da idade do rastreamento.</p> <p>c. CORRETA</p> <p>d. INCORRETA, processos inflamatórios ou infecciosos vulvovaginais não determinam o rastreamento citopatológico. Devem ser diagnosticados e tratados, independente da citologia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_d_o_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf</p> <p>BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro : INCA, 2016.</p>
57	B	<p>O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017) e a Hanseníase é de notificação compulsória para o MS.</p> <p>A Hanseníase faz parte do rol de notificação compulsória do MS/2016.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>http://portalsinan.saude.gov.br/sinan Acesso em 30 de abril de 2018.</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf Acesso em 30 de abril de 2018.</p> <p>Portaria 204, de 17 de Fevereiro de 2016 – Ministério da Saúde – 2016 – Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.</p>
58	D	<p>Os mediadores da reação da pupila à luz são a mácula, o nervo óptico, o quiasma e o trato óptico. Antes de chegarem ao corpo geniculado lateral, as fibras aferentes pupilares saem do trato óptico e fazem sinapse na área pré-tetal. Além da decussação das fibras aferentes pupilares da hemirretina nasal, há extenso cruzamento através da comissura posterior, e as fibras aferentes pupilares fazem sinapses ipsilaterais e contralaterais. Em razão da decussação no quiasma e na comissura posterior, há extensa mistura das fibras pupilares e o reflexo é bilateral, tanto direto quanto consensual (cruzado). As fibras projetam-se da área pré-tetal para o subnúcleo de Edinger Westphal (EW) do complexo nuclear oculomotor no mesencéfalo. As fibras eferentes pupilares parassimpáticas do subnúcleo EW entram no terceiro nervo craniano, atravessam o seio cavernoso e seguem ao longo do ramo inferior do NC III na órbita para inervar o músculo constritor da pupila da íris. As fibras pupilomotoras seguem até gânglio ciliar, depois através dos nervos ciliares curtos posteriores entre a esclera e a coroide até o esfíncter da pupila.</p> <p>Assim, no caso em questão, a perda do reflexo fotomotor direto e consensual à direita ocorrem devido a perda da aferência do mesmo à direita, causada por lesão do nervo óptico esquerdo secundária à coriorretinite por toxoplasmose.</p> <p>São descritos como distratores:</p> <p>a. INCORRETA, pois a topografia da lesão não é no nervo oculomotor esquerdo, e sim no nervo óptico direito</p> <p>b. INCORRETA, pois a topografia da lesão não é no nervo oculomotor direito, e sim</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>no nervo óptico direito</p> <p>c. INCORRETA, pois a topografia da lesão não é na área pré-tectal do mesencéfalo, e sim no nervo óptico direito.</p> <p>d. CORRETA, lesão no nervo óptico direito.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: CAMPBELL, W. W. Nervos Motores Oculares. In: DeJong, O Exame Neurológico. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. cap. 14, p. 289-363.</p>
59	C	<p>Justificativa – trata-se de um primeiro episódio de descompensação de DM tipo I, com cetoacidose grave desencadeada por uma ITU. Conduta de urgência é corrigir a glicemia e a desidratação, reverter a acidose metabólica e tratar a ITU.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Elias Knobel, Condutas No Paciente Grave, 4ªed, 2016. ISBN: 9788538806943 / 8538806947</p>
60	C	<p>Trata-se de uma criança com diagnóstico de febre reumática. Ela preenche os critérios de Jones para o diagnóstico de febre reumática, ela apresenta cardite (critério maior) , poliartralgia e provas de atividade inflamatória elevadas VHS E PCR (critérios menores) Possui títulos de ASO elevado o que corrobora o diagnóstico. Portanto deverá ser feita profilaxia primária para erradicação dos estreptococos e a profilaxia secundária, ambos com Penicilina Benzatina.</p> <p>Devido cardite leve a profilaxia deverá ser feita de 21 em 21 dias até os 25 anos ou 10 anos após o último surto.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretrizes em Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Pediatria - http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/diretrizes-em-febre-reumatica/</p>
61	D	<p>As características fenotípicas apresentadas são compatíveis com a Síndrome de Edwards (trissomia do cromossomo 18). O fato de ter realizado um primeiro exame e não diagnosticar a trissomia, além de outros agravos fenotípicos que não foram descritos no caso, como as alterações cardiovasculares, sugerem um caso de mosaicismos genéticos. Possivelmente pode ter sido diagnosticado em um segundo exame, através da observação de um maior número de células.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: NUSSBAUM, R. L.; MCINNES, R. R.; WILLARD, H. F. Thompson & Thompson: Genética Médica. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 6, 2008</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
62	D	<p>A tireoidite linfocítica subaguda tem início súbito com gravidade leve a moderada, duração menor que 3 meses, o bócio é pequeno e difuso, não apresenta sopro tireoidiano, exoftalmia ou dermatopatia. O tratamento é feito com controle dos sintomas do hipertireoidismo com uso de Betabloqueadores, mas não tem indicação de uso de drogas antitireoidianas.</p> <p>Já a Doença de Graves tem início gradativo com gravidade moderada a intensa, duração maior que 3 meses, bócio volumoso e difuso, sopro tireoidiano, exoftalmia e dermatopatia geralmente estão presentes. O tratamento é feito com controle dos sintomas do hipertireoidismo com uso de Betabloqueadores, e pode ser feito com drogas antitireoidianas, iodoterapia ou tireoidectomia total.</p> <p>Antes de ser encaminhado para iodoterapia ou radioterapia, o paciente deve estar em eutireoidismo, por isso é necessário, primeiramente fazer uso de drogas antitireoidianas. Além disso, a principal contraindicação de iodoterapia é a exoftalmia em atividade, associada ao tabagismo, pois pode exacerbar o quadro, por isso é necessário o uso de controle da atividade da doença com glicocorticoide.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VILAR, Lucio – Endocrinologia Clínica 6ª edição – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.</p>
63	B	<p>a. A alternativa A é errada, pois evitar a ingestão de vitamina C é a verdadeira estratégia para reduzir a produção de oxalato e diminuir a supersaturação de oxalato de cálcio urinário.</p> <p>b. A alternativa B é correta porque o citrato é um inibidor natural da formação de cálculos de oxalato de cálcio que são os mais comuns (75%) e são radiopacos, como no caso do paciente. O consumo de frutas e vegetais, alimentos ricos em álcalis, também aumentam o citrato urinário. Da mesma forma, a restrição de carnes tem o mesmo efeito em aumentar o citrato urinário.</p> <p>c. A alternativa C é errada, pois manter o pH urinário alcalino é uma estratégia para a prevenção de cálculos de ácido úrico. Os cálculos de oxalato de cálcio são os mais prováveis no caso do paciente e são insensíveis às variações de pH em níveis fisiológicos.</p> <p>d. A alternativa D é errada, pois os cálculos de estruvita formam-se na presença de infecção urinária por bactérias produtoras de urease, tais como <i>Proteus mirabilis</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i> e <i>Providencia sp</i>, as quais elevam o pH a níveis muito altos, acima de 8 habitualmente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Curhan GC. Nephrolithiasis. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19e New York, NY: McGraw-Hill; 2014.</p>
64	D	<p>a. Reduzir abruptamente níveis tensionais nas primeiras 72h de um AVE isquêmico agudo pode aumentar a área isquemiada. Somente se recomenda tratamento anti-hipertensivo na fase aguda de um AVE I em poucas situações: # Se for realizar trombólise endovenosa os níveis tensionais devem ser reduzidos para abaixo de 185x110mmHg; # se a pressão arterial estiver acima de 220x120mmHg; # se o paciente apresentar quaisquer complicações de emergência ou urgência hipertensiva (infarto agudo do miocárdio, dissecação de aorta, etc)</p> <p>b. Não há nenhuma evidência que corticosteróides ou antiepilépticos tenham qualquer benefício na fase aguda do AVE-I. Antiepilépticos devem ser utilizados apenas se o paciente tiver crises epiléticas; dexametasona em lesões neoplásicas ou inflamatórias intracranianas</p> <p>c. Não existem evidências de que heparinização plena na fase aguda do AVE – I sejam benéficas para dissolução do trombo que obstrui a artéria afetada. E há risco</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>significativo de hemorragias na área isquêmica nas primeiras horas de isquemia. Angiografia cerebral pode ser útil como propedêutica etiológica em casos selecionados, mas não na fase aguda. Diante de uma suspeita de um acidente vascular encefálico isquêmico, a janela de tempo para a realização da trombólise venosa é bastante curta, de até 4,5h do início dos sintomas. E, atualmente, a trombólise venosa é considerada a medida imediata a ser adotada para se tentar a dissolução do trombo e reduzir a área isquêmica. Por isto, logo após a rápida estabilização do paciente deve-se realizar imediatamente a tomografia de crânio para se afastar sangramentos e já avaliar e preparar a trombólise, se não houverem contra-indicações.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 50 p. : il. ISBN 978-85-334-1998-8 Acidente vascular cerebral. 2. Agravos à saúde. 3. Saúde pública. I. Título. Cerebrovascular Disease: Ischemic Stroke Brian-Fred M. Fitzsimmons, MD, & Marc Lazzaro, MD, Cap 10 Current Neurology 2ª ed, org Brust, J.C.M. Ed Lange 2012</p>
65	D	<p>Paciente em questão encontra-se com a tríade clássica da meningite bacteriana: febre, cefaleia e rigidez de nuca (sinal de Brudzinki presente). Portanto, o liquor colhido terá aumento da série branca devido a quadro bacteriano (pleocitose), com evidente inflamação e quebra de barreira hemato-encefálica (causando aumento de proteínas – hiperproteínoorraquia); glicose baixa devido ao consumo energético celular aumentado e, por fim, aumento do lactato líquórico em decorrência de uma proliferação bacteriana intensa, com conseqüente diminuição da oferta de oxigênio e respiração anaeróbica, incrementando-se a concentração de lactato.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BEEK, Diederik van de et al. Community-acquired bacterial meningitis. Nature Reviews Disease Primers, [s.l.], v. 2, p.1-20, 3 nov. 2016. Springer Nature. http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2016.74. BRASIL NETO, Joaquim Pereira; TAKAYANAGU, Osvaldo M.. Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia. São Paulo: Elsevier, 2013.</p>
66	B	<p>O capítulo IX do CEM, que trata do Segredo Médico, no seu artigo 103 diz que é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.</p> <p>a. INCORRETA, uma vez que cabe ao médico avaliar se seu paciente adolescente tem autonomia para conduzir-se em determinada situação. No caso o médico partindo do conhecimento que tem de sua paciente decidiu em conformidade com o CEM e ECA que a mesma seria incapaz de conduzir-se por seus próprios meios.</p> <p>b. CORRETA, pois o médico da questão avaliou que a menor era incapaz de avaliar o problema e conduzir-se adequadamente. Portanto, a não revelação poderia ocasionar dano à sua jovem paciente, segundo a sua avaliação baseada no conhecimento sobre a mesma. Da mesma forma não transgrediu o ECA no direito ao respeito que consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, que abrange a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, entre outras, pois agiu no sentido da proteção à vida e à saúde, não discriminando ou negligenciando os direitos fundamentais da adolescente.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>c. INCORRETA, uma vez que no atendimento do paciente adolescente, mesmo aos 15 anos cabe ao médico decidir se seu paciente é ou não menor maduro e, portanto, com capacidade de conduzir-se na situação adequadamente sem risco de danos para ele mesmo ou a terceiros.</p> <p>d. INCORRETA, uma vez que para a quebra do sigilo medico no atendimento de adolescentes deve ser avaliado se o menor tem “capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.” (CEM e ECA).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de pediatria : Sociedade Brasileira de Pediatria.Organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns [et al.]. -- 4. ed. Barueri, SP : Manole, 2017. Capítulos 7 e 10.vol 1 Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069, 1990. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução 1.931, de 24/9/2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União de 13/10/2009 (retificação); Seção I.</p>
67	B	<p>O Baby blues é uma alteração muito frequente que ocorre precocemente no pós-parto e que tende a resolução espontânea com o apoio da família. Está relacionada com a mudança hormonal deste período e a grande transformação pela qual a mulher está passando. Normalmente, também, está relacionada com a adaptação necessária para a nova condição.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Bobo WV, Yawn BP. Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression. Mayo Clin Proc. 2014 Jun;89(6):835-44. doi: 10.1016/j.mayocp.2014.01.027. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf</p>
68	D	<p>Quadro de crise convulsiva em episódio isolado, sem sinais de gravidade (duração menor do que 5 minutos, ausência de período pós-ictal, sem sinais meníngeos), em vigência de febre alta, recomenda-se tratar a causa da febre (neste caso, infecção) e prevenir novas crises com controle da temperatura. Recorrência de crise indicaria estudo eletroencefalográfico; Uso de fenitoína ou ácido valpróico não é recomendado como profilaxia de crise convulsiva febril.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4.ed. São Paulo: Manole; 2017. p.</p>
69	D	<p>a. Achado compatível com uma leucose; b. Achado comum na gastroenterite eosinofílica; c. Achado em casos de amebíase intestinal; d. Compatível com DOENÇA CELÍACA que responde ao diagnóstico suspeito pela equipe, pois é a única entidade em que o tratamento é a redução do glúten e que cursa com os anticorpos descritos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Binder HJ. Disorders of Absorption. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19e New York, NY: McGraw-Hill; 2014. Hoffenberg EJ, Furuta GT, Kobak G, Liu E, Soden J, Kramer RE, Brumbaugh D. Gastrointestinal Tract. In: Hay WW, Jr., Levin MJ, Deterding RR, Abzug MJ. eds. CURRENT Diagnosis & Treatment Pediatrics, 23e New York, NY: McGraw-Hill; 2018. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012 Jan;54(1):136-60.
70	A	<p>A confirmação do diagnóstico de leishmaniose visceral pode ser feita pelo encontro do parasito em exame colhido por punção de medula óssea ou do baço ou por biópsia do fígado, que por sua vez correspondem aos principais sítios de infecção no ser humano. Do material obtido pode ser feito esfregaço para coloração (exame direto), inclusão para histopatologia e cultura. Além disso, uma das características do calazar é a baixa de albumina no sangue e elevação das globulinas, principalmente da fração gama. Tal achado pode ser visualizado por meio de eletroforese de proteínas. Por outro lado, o exame de sangue periférico não tem importância suficiente para ser colocado no mesmo plano das punções de medula óssea, baço e fígado, uma vez que a parasitemia é usualmente muito baixa. Além disso, a intradermorreação de Montenegro em geral é negativa nos casos de leishmaniose visceral clássica, visto que ela mede a imunidade mediada por células. Desse modo, a resposta correta que inclui os procedimentos diagnósticos é aquela contida na letra "A".</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Silva LA, Prata A. Calazar. In: Coura JR, editor. Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 761-779.</p>
71	C	<p>a. Receptor H2 está na célula parietal; b. Se estimular a ach irá aumentar a produção de ácido; c. É o mecanismo dos inibidores da bomba de prótons que reduzem a produção de ácido objetivo do tratamento da DRGE; d. Se reduzir a secretina aumenta a produção de ácido.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de gastroenterologia : da graduação à pós-graduação / editores Schlioma Zaterka, Jaime Natan Eisig. -- 2. ed. -- São Paulo : Editora Atheneu, 2016.</p>
72	C	<p>a. INCORRETA. Asma é contraindicação de betabloqueador. b. INCORRETA. Diabetes Milito é contraindicação de diuréticos tíazídico. c. CORRETA. Boa associação para paciente com síndrome metabólica. d. INCORRETA. Não se justifica dois fármacos com mesma estratégia de controle da hipertensão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83</p>
73	A	<p>Trata-se de um paciente com quadro clínico de colecistite aguda, cuja propedêutica e conduta iniciais são apontadas nessa alternativa, justificando a colangiografia intraoperatória pela apresentação da icterícia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: TOWNSEND, C.; BEAUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M. et al. Sabiston - Tratado de cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. ZINNER, M. J.; ASHLEY, S. W. Maingot: Cirurgia abdominal. 11. ed. Revinter, 2011. PETROIANU, A. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. Clínica cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. São Paulo: Atheneu, 2010.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
74	B	<p>Pessoas a partir de 5 anos de idade que receberam 2 doses da vacina devem ser consideradas como vacinadas. Não há necessidade de vacinar novamente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ministério da Saúde - Febre Amarela: Guia para profissionais de saúde Brasília/DF, 2018</p>
75	B	<p>a. INCORRETA: A Síndrome de Brugada é uma condição familiar associada à morte súbita devido a fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular. Esta síndrome corresponde, provavelmente, a 40 a 60% de todos os casos de fibrilação ventricular idiopática. OS casos sintomáticos apresentam contraindicação de atividade intensa, mas não é a maior causa de morte súbita do exercício e no esporte (MSEE) abaixo dos 35 anos.</p> <p>b. CORRETA: A cardiomiopatia hipertrófica é a principal causa de MSEE na grande maioria das séries estatísticas</p> <p>c. INCORRETA: Não é a maior causa de morte súbita do exercício e no esporte (abaixo dos 35 anos, na maioria dos estudos.</p> <p>d. INCORRETA: Incorreto: Não é a maior causa de morte súbita do exercício e no esporte (MSEE) abaixo dos 35 anos, na maioria dos estudos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ghorayeb N., Costa R.V.C., Castro I., Daher D.J., Oliveira Filho J.A., Oliveira M.A.B. et al. Diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Arq Bras Cardiol. 2013;100(1Supl.2):1-41</p>
76	D	<p>Das afecções que cursam com abdome agudo no lactente predominam as síndromes obstrutivas, sendo a maioria dos casos no primeiro semestre, devido à hérnia inguinal encarcerada, e no segundo semestre, à invaginação intestinal. O tratamento é sempre cirúrgico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: PEREIRA, Regina Maria; SILVA, Ana Cristina Simões e; PINHEIRO, Paulo Fernando Martins. Cirurgia pediátrica: condutas clínicas e cirúrgicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. SIMÕES E SILVA, Ana Cristina.; NORTON, Rocksane de Carvalho.; MOTA, Joaquim Antônio César.; FERREIRA, Alexandre Rodrigues. Urgências e emergências em pediatria. Belo Horizonte: COOPMED, 2016.</p>
77	A	<p>a. A redução da PO₂ arterial estimula os quimiorreceptores periféricos e causam aumento imediato da ventilação</p> <p>b. O aumento da ventilação diminui a PCO₂ e ocorre alcalose respiratória</p> <p>c. A hipoxemia aumenta a atividade do sistema simpático causando taquicardia</p> <p>d. O pH da urina aumenta devido à diminuição da reabsorção de bicarbonato.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BORON W. F., BOULPAEP E. L. Medical physiology: a cellular and molecular approach. 2. Ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 1337 p.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
78	B	<p>a. Presente no carcinoma espinocelular;</p> <p>b. Característica típica da histopatologia por Carcinoma Basocelular - Câncer de pele mais comum, que surge entre a 4-6a décadas de vida, mais comum em homens, em áreas fotoexpostas. A descrição clínica também está bem típica;</p> <p>c. Presente na Doença de Paget;</p> <p>d. Presente no melanoma.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ferreira FR, Pevide BC, Rodrigues RF, Nascimento LFC, Alvarenga ML. Diferenças na idade e na distribuição topográfica dos diferentes subtipos histológicos de carcinoma basocelular em Taubaté (SP), Brasil. An Bras Dermatol. 2013;88(5):728-32.</p>
79	B	<p>a. INCORETA. Tentativa de Suicídio: Gesto autodestrutivo não fatal, provocado por auto-mutilação ou autoenvenenamento mas com intenção de morte;</p> <p>b. CORETA. Ideação suicida: pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que pode ser mesmo como um precursor de outros comportamentos suicidas mais graves. Os indivíduos que apresentam ideação suicida, geralmente têm planos e desejos de cometer o suicídio, mas não fizeram nenhuma tentativa aberta de suicídio recente;</p> <p>c. INCORETA. Parasuicídio: comportamentos arriscados ou procura de perigo sem intenção de morte, que no entanto põe em risco a vida da pessoa (Ex: conduzir perigosamente);</p> <p>d. INCORETA. Automutilação Auto-lesão deliberada cuja manifestação a manifestação mais frequente consiste no corte superficial do pulso ou antebraço por lâmina, ou ainda queimaduras de cigarro,...</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kaplan&SadockK. Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11ªEDIÇÃO. Bejamin. Sadock, Virgínia A. Sadock, Pedro Ruiz. ARTMED. 2017</p>
80	B	<p>a. INCORRETA. Devem ser recomendados exercícios para manter as articulações móveis e melhorar a força</p> <p>b. CORRETA.</p> <p>c. INCORRETA. Não há evidências de complicações infecciosas no quadro e, mesmo que houvesse, o uso contínuo de solução alcoólica promoveria ainda mais ressecamento cutâneo.</p> <p>d. INCORRETA. A complicação não representa um efeito adverso ou critério para interrupção do tratamento PQT.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.:il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 111) ISBN 85-334-0346-1</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
81	D	<p>Após o período de incubação (inicia-se após a entrada do vírus através da mucosa respiratória ou conjuntival) que varia de 10 a 14 dias, tem início o período prodromico, caracterizado por febre alta a moderada, anorexia, conjuntivite com lacrimejamento e fotofobia, diarreia e sintomas de infecção do trato respiratório alto com tosse seca, coriza e hiperemia da mucosa oral. Dois dias antes do início do rash, surge na mucosa jugal próximo aos molares um sinal considerado patognomônico da doença chamado de Koplik. Caracteriza-se por lesões puntiformes branco-azuladas com base eritematosa e que desaparece 24 a 48 horas após o exantema. Por volta do quarto dia dos pródromos surge o exantema morbiliforme caracterizado por lesões maculopapulares eritematosas iniciado na face, região retroauricular e pescoço, com progressão céfalo-caudal, atingindo os membros inferiores em 72 horas (raramente compromete palmas e plantas). O rash geralmente deixa áreas de pele sã entre uma lesão e outra, podendo confluir principalmente na face e pescoço. O exantema também regride de forma descendente e apresenta-se após o terceiro dia com tonalidade castanho-acinzentada e descamação fina. O quadro febril e as manifestações catarrais evoluem para melhora conjuntamente com a resolução do exantema (dura geralmente seis a sete dias) e o último sintoma a desaparecer é a tosse produtiva.</p> <p>Não há tratamento específico para o vírus do sarampo e o tratamento com sintomáticos inclui: antitérmicos, reposição hidroeletrólítica e nutrição adequadas, limpeza de secreções oculares e nasais com soro fisiológico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio.(Orgs.). Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria – 4ª ed. – Barueri, SP: Manole, 2017. ISBN 97885204446126</p>
82	C	<p>Lesões pontinas centrais bilaterais devido por exemplo à uma oclusão da artéria basilar podem causar isto. Pacientes com síndrome do encarceramento tem tetraplegia devido lesão dos tratados corticoespinhais (secundário ao envolvimento da base da ponte). Eles também têm incapacidade de falar devido ao envolvimento do trato corticobulbar e podem apresentar comprometimento dos movimentos oculares horizontais devido à lesão dos núcleos do sexto nervo craniano que estão igualmente localizados na ponte. O olhar vertical a capacidade do paciente piscar está intacta, assim como as vias somatosensitivas e reticulares não são afetadas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Mutarelli, Propedêutica neurológica, segunda edição</p> <p>Afif, Neuroanatomia funcional, primeira edição</p>
83	B	<p>a. INCORRETA. Conjuntivite não é bacteriano, pois não possui secreção purulenta.</p> <p>b. CORRETA. Conjuntivite é viral, pois apresenta folículos e gânglio pré auricular com tratamento apenas sintomático.</p> <p>c. INCORRETA. Conjuntivite não é alérgica, pois não apresenta prurido.</p> <p>d. INCORRETA. Conjuntivite não é tóxica, pois não há história de contato com nenhum agente químico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>HOFFLING-LIMA, A. L. ; REZENDE,R. . Infecções Virais. coord. Ana Luisa Höfling-Lima, Maria Cristina Nishiwaki-Dantas & Milton Ruiz Alves. (Org.). Coleção CBO - Doenças Externas Oculares e Córneas. 4 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica (Guanabara), 2016, v. , p. 139-</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
84	D	<p>Anti-Sm e aumento de IgG para DNA dupla hélice são os específicos para LES, de acordo com protocolo</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Pezzole RE, Oselame GB. Fatores de Risco para o Lúpus Eritematoso Sistêmico. Revisão da Literatura. Revista Uniandrade. 2014; 15(1):65-77.</p> <p>Junior GJAT, Silva CEF, Magalhães V. Aplicação dos Critérios Diagnósticos do Lúpus Eritematoso Sistêmico em Pacientes com Hanseníase Multibacilar. Rev Soc Bras Med Trop janeiro/fevereiro 2011; 44(1):85-90.</p> <p>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Lúpus eritematoso sistêmico. Portaria SAS/MS nº 100, de 7 de fevereiro de 2013, retificada em 22 de março de 2013.</p>
85	A	<p>Conforme se observa no partograma, a paciente da questão apresenta contrações ativas e eficazes, o que anula os itens C e D.</p> <p>Após 02 toque repetidos a dilatação se manteve igual, fechando critério diagnóstico para Parada de dilatação, a manutenção dos planos de DeLee fecha o diagnóstico de desproporção fetopélvica.</p> <p>O feto alto (-3 de DeLee) contraindica o fórceps, sendo assim indicado o parto cesáreo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ministério da Saúde, (2014), Cadernos HumanizaSUS -Humanização do parto e do nascimento, Vol. 4, Universidade Estadual do Ceará, Brasília-Ministério da Saúde.</p>
86	B	<p>A única alternativa que contém um achado exclusivo da forma aguda é a B. Alternativas A, C e D são achados clássicos de ambas as formas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>GERALDO BRASILEIRO FILHO: Bogliolo, patologia. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1556 p.</p>
87	A	<p>a. CORRETA, pois a azatioprina é um imunossupressor indicado no Tratamento de Lúpus e recomendado em eventos de manifestações hematológicas, em especial no caso de trombocitopenia.</p> <p>b. INCORRETA, pois os agentes anti-TNF podem causar trombocitopenia e estão relacionados ao Lúpus induzido por medicamentos.</p> <p>c. INCORRETA, pois a Talidomida apesar de ser indicada para o tratamento de Lúpus, porém em manifestações de cutâneas.</p> <p>d. INCORRETA, pois os agentes anti-TNF podem causar trombocitopenia e estão relacionados ao Lúpus induzido por medicamentos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Borba EF, Brenol JCT, Latorre LC, et al. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. Rev Bras Reumatol, v. 48, n.4, p. 196-207, jul/ago, 2008.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 3 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (p. 353-82)</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
88	A	<p>Quadro clínico de rinite que evolui com uma sinusite aguda, devendo ser avaliado com hemograma e radiografia dos seios da face e tratado com Azitromicina via oral, anti-histamínico, xarope para tosse, analgésico e antitérmico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Protocolo de Tratamento de Influenza: 2017. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81(1 Supl. 1):S1-S49. Consenso Rinossinusites: evidências e experiências.</p>
89	C	<p>Miastenia gravis (MG) é uma doença autoimune na qual anticorpos circulantes contra o receptor nicotínico pós-sináptico da ACh destroem os receptores e/ou impedem a sua ligação. Como resultado, os potenciais da placa motora são diminuídos na junção neuromuscular, causando fraqueza e fadiga dos músculos esqueléticos. A terapia farmacológica da MG é feita com drogas anticolinesterásicas como a neostigmina, podendo também se empregar agentes imunossupressores. A neostigmina inibe reversivelmente a degradação da ACh, aumentando a duração do tempo no qual este neurotransmissor permanece na fenda sináptica. Desse modo, a magnitude dos potenciais da placa motora aumentam, o que eleva a probabilidade de geração de potenciais de ação. Aproximadamente 75% dos pacientes com esta doença possuem hiperplasia do timo, podendo se beneficiar com a timectomia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Guyton, AC & Hall, JE. Tratado de Fisiologia Médica. Cap. 7. 12a Ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011. Sherwood, L. Fisiologia Humana. Cap. 7. 7a Ed. São Paulo, Cengage Learning, 2011.</p>
90	C	<p>a. INCORRETA. Está incorreta porque sexo feminino não é fator de risco para essas patologias e a PA da paciente está no limite dos valores aceitáveis.</p> <p>b. INCORRETA. Está incorreta porque sexo feminino não é fator de risco para essas patologias e a PA da paciente está no limite dos valores aceitáveis, terceira década não está dentro do intervalo de maior prevalência.</p> <p>c. CORRETA.</p> <p>d. INCORRETA. Está incorreta porque a terceira década não está dentro do intervalo de maior prevalência.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: KREBS, C.; WEINBERG, J.; AKESSON, E., Neurociências Ilustrada. Porto Alegre, ARTMED, 2013. TOY, M. D. E.; SNYDER, M. D. E.Y; NEMAN, J; JANDIAL, M. D. R, Casos Clínicos em Neurociências. Porto Alegre, ARTMED, 2016.</p>
91	B	<p>a. Pacientes hipertensos se beneficiam de atividade de intensidade moderada, preferencialmente todos os dias</p> <p>b. Os pacientes com ICC se beneficiam do exercício, mas, precisam ser avaliados individualmente, preferencialmente após realização de teste do esforço cardiopulmonar (TCP) e se beneficiam do treinamento intercalado de alternância de intensidades diferentes de esforço aeróbico</p> <p>c. Se bem orientado, há benefícios na realização dos exercícios físicos</p> <p>d. O teste de percepção subjetiva de esforços é usado para pacientes em uso de medicação que interferem com a FC (ex: betabloqueador)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Geriatría</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
92	C	<p>a. INCORRETA. Os ductos envolvidos com os órgãos genitais internos da mulher são os paramesonefricos, e não os mesonefricos.</p> <p>b. INCORRETA. . Os ductos envolvidos com os órgãos genitais internos da mulher são os paramesonefricos, e não os mesonefricos.</p> <p>c. CORRETA. Na mulher, os ductos paramesonefricos diferenciam-se em trompas de Falópio, útero, colo uterino e porção superior da vagina. Quando ocorre a parada do desenvolvimento dos ductos paramesonefricos bilateralmente não há formação do útero e terço superior da vagina, o que é chamado de síndrome de Rokitansky.</p> <p>d. INCORRETA. A falta de fusão dos ductos paramesonefricos são responsáveis pelo surgimento dos uteros bicornos, unicornos, septo vaginal, entre outras alterações Mullerianas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Ginecologia de Williams. 2th ed. The McGraw-Hill Global Education Holdings, LLC., New York;2014 .</p>
93	D	<p>O boletim de ocorrência (BO), o exame de corpo de delito e a ordem judicial não são exigidos legalmente para a realização do abortamento sentimental, ético ou humanitário. Portanto, mesmo que não seja lavrado o BO, e ainda que não seja realizado o exame pelo IML, o abortamento legal, sentimental, ético ou humanitário, pode ser realizado de acordo com a estrita legalidade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011, pg 17-19. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf</p>
94	B	<p>Dentre todos os fatores apresentados nas alternativas, o que traz, de maneira significativa, maior benefício no sentido de diminuir o risco cardiovascular é o abandono no hábito de fumar. Os demais itens contribuem, mas não são essenciais.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: PIMENTA, RB e CALDEIRA, AP. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. Ciênc. Saúde coletiva 19 (06) Jun 2014. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(Supl. 1):1-51. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2006.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
95	B	<p>a. Ascaridíase é um helminto de incidência elevada em crianças, podendo se apresentar de forma assintomática ou não. Durante a fase aguda da doença (migração larvária) pode ocorrer manifestações pulmonares (Sind. Löeffler) e manifestações hepáticas; já na fase crônica ocorre desconforto abdominal, cólica, náusea, alterações do apetite, diarreia, emagrecimento, urticária, sono agitado, bruxismo. As possíveis drogas usadas no tratamento são: levamisol, mebendazol, albendazol, pirantel, piperazina, ivermectina e nitazoxanida.</p> <p>b. <i>Giardia lamblia</i> é um parasita da classe dos protozoários com prevalência elevada em crianças. Os fatores de risco associados à parasitose são: periferia das grandes cidades, zona rural, condições de moradia precárias, aglomerações de pessoas, coleta de lixo e saneamento básico inadequados, má higiene dos alimentos e água não tratada. Quadro clínico: assintomático na maioria dos casos. Sintomas clássicos são diarreia e dor abdominal (tipo cólica) epigástrica ou periumbilical. Os sintomas de natureza crônica ou recidivante está associado às fezes de aspecto gorduroso, flatulência, fadiga, anorexia, vômitos, má absorção intestinal (restos de alimentos nas fezes), deficiência de lactase, ferro e zinco, desnutrição. As opções terapêuticas para giardíase são: metronidazol (20 mg/Kg) – 7 dias, secnidazol (30 mg/Kg) ou tinidazol (50 mg/Kg) – dose única, albendazol – 7 dias e nitazoxanida.</p> <p>c. A estrombiloidíase é considerada grave e potencialmente fatal em imunodeprimidos. Os sinais e sintomas associados à doença são lesões urticariformes, síndrome de Löeffler, cólica, dor abdominal, diarreia, irritabilidade, astenia, inapetência, urticária e edema angioneurótico. A eficácia do tratamento está associada a um dos medicamentos: tiabendazol, ivermectina, albendazol, cambendazol e tinidazol.</p> <p>d. A ancilostomíase pode apresentar em sua fase aguda sintomas cutâneos (dermatite pruriginosa) e pulmonares (Sind. Löeffler); já na forma crônica apresenta sintomas gerais, tais como cefaleia, irritabilidade, mal-estar, prostração, emagrecimento, assim como, sintomas digestivos inespecíficos (dor abdominal, diarreia, aumento do apetite, perversão ao apetite), sintomas hematológicos – anemia ferropriva por perda e sintomas cardiovasculares (secundários à anemia). Tratamento se baseia em mebendazol, albendazol e pamoato de piramantel.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Campos Junior D, Burns DAR. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3 ed. Barueri: Manole, 2014.</p>
96	A	<p>Colelitíase pode produzir um quadro de cólica biliar que é caracterizada por dor constante e intensa (5 em 10 na escala de dor) no quadrante superior direito do abdome que dura >15 minutos a 30 minutos. Um ataque de cólica simples requer analgésico, mas deve ter resolução em até 5 horas.</p> <p>A colecistite tem dor que dura mais de 5 horas, acompanhada de sinais inflamatórios como febre</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BMJ Best Practice – Colelitíase, última atualização: 10 de janeiro de 2017</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
97	D	<p>As variações na eficácia da vacina BCG têm sido atribuídas a diversos fatores relacionados ao hospedeiro, ambiente, cepas vacinais, dose e métodos de administração da vacina. A resposta à vacina BCG varia de acordo com diversos fatores. Em crianças, tanto a RCHT como a produção de citocinas em resposta a diferentes cepas da vacina BCG, utilizadas por via PC ou ID, no período neonatal ou com 10 semanas, foram mais intensas nos grupos vacinados com a cepa japonesa por BCG-ID e com 10 semanas (49).</p> <p>Apesar de alguns autores sugerirem que a vacinação de crianças maiores de 2 meses de idade poderia estimular melhor a resposta imunológica à vacina BCG (49), no Brasil já foi demonstrado que mesmo os recém-nascidos de baixo peso apresentam boa resposta imune após receberem a BCG-ID</p> <p>A presença de cicatriz para avaliar a "pega" vacinal só tem validade após o uso da BCG-ID, pois a BCG-PC não deixa cicatriz. A verificação da presença de cicatriz pós-BCG deve ser feita na infância, pois o tamanho da cicatriz diminui com o passar dos anos.</p> <p>A presença da cicatriz vacinal é considerada como dose para efeito de registro, independentemente do tempo transcorrido entre a vacinação e o aparecimento da cicatriz. A cicatriz aparece geralmente a partir da terceira semana após a aplicação. Em alguns casos, essa cicatrização é mais demorada, podendo prolongar-se até o quarto mês e, raramente, além do sexto mês. Lactentes que foram vacinados e não apresentem cicatriz vacinal após 6 meses, devem ser revacinados apenas mais uma vez.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria – SBP</p>
98	A	<p>a. CORRETA: Febre lembra processo infeccioso, mas pode estar relacionada à desidratação hipertônica em lactentes jovens</p> <p>b. ERRADA: A pausa dietética que melhora a diarreia leva a pensar em mecanismo osmótico, geralmente viral.</p> <p>c. ERRADA: Quadro não alterado pela supressão alimentar sugere mecanismo secretor.</p> <p>d. ERRADA: Pus, muco, sangue sugere shigelose e salmonelose.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: FONTES, M. J. F.; LASMAR, L. M. de L. B. F.; IBIAPINA C. da C.; CALAZANS, G. M. C.; ASSIS, I. de. Asma. In: LEÃO, E.; CORRÊA, E.J.; MOTA, J. A. C.; VOANNA, M. B.; VASCONCELLOS, M. C. de. Pediatria ambulatorial. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p. 671-728.</p>
99	A	<p>A perda de força e de propriocepção ipsilaterais associadas à perda de sensibilidade termoalgésica contra-lateral definem a síndrome de hemissecção medular. Na síndrome medular anterior há lesão dos tratos piramidais e dos espinotalâmicos, ocasionando perda de força bilateral, com anestesia térmica e dolorosa. O nível sensitivo correspondente ao mamilo é T4. Já o nível sensitivo correspondente a T10 é o umbigo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Nitrini R. Cap. 2. Semiologia Neurológica. Pág. 64. In: Nitrini R e Bacheschi LA (org). A Neurologia que Todo Médico Deve Saber, 2ª edição. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003. Nitrini R. Cap. 3. Síndromes Neurológicas e Topografia Lesional. Págs. 72-5. In: Nitrini R e Bacheschi LA (org). A Neurologia que Todo Médico Deve Saber, 2ª edição. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003. Cap. 10. Págs. 107-10. Nervos em Geral – Terminações Nervosas – Nervos Espinhais. In: Machado A e Haertel LM. Neuroanatomia Funcional, 3ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2013.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2018
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Cap. 19. Considerações Anatomoclínicas sobre a Medula e o Tronco Encefálico. Págs. 186-7. In: Machado A e Haertel LM. Neuroanatomia Funcional, 3ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2013.
100	C	<p>a. INCORRETA, pois na puberdade precoce apresenta velocidade de crescimento aumentado mais de 6 cm ano e avanço de idade óssea com perda de estatura final.</p> <p>b. INCORRETA, não indica início puberal por velocidade de crescimento normal e idade óssea normal.</p> <p>c. CORRETA.</p> <p>d. INCORRETA, pois na HCSR apresenta velocidade de crescimento aumentado mais de 6 cm ano e avanço de idade óssea com perda de estatura final e sendo congênito a hiperfunção já existe.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>