



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
1	B	<p>a. Este tipo de alteração não é do tipo cianótica e não tem hiperfonese de segunda bulha.</p> <p>b. Trata-se de uma cardiopatia congênita acianótica, o que justifica a ausência da cianose nessa fase, de hiperfluxo pulmonar, mimetizando pneumopatias – taquidispneia e sudorose. O deslocamento do sangue do VE para o VD gera gradiente de pressão, auscultado como o sopro. Não sendo tratado, evolui para aumento da resistência pulmonar, que leva ao aumento da pressão arterial pulmonar, o que justifica depois de alguns anos a melhora a sintomatologia do HP e o desaparecimento do sopro. Na idade atual desta criança ela está no momento de igualdade das pressões do VE e do VD, fato este que só é descompensado aos esforços físicos, sendo que a pressão de VD supera a de VE, invertendo o shunt, com aparecimento da cianose.</p> <p>c. A cianose na Atresia aparece ao nascimento, classificada como CC cianótica.</p> <p>d. A transposição é também uma CC cianótica, sendo que a coloração aparece desde o nascimento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Nobre, Fernando; Magalhães, Carlos Costa; Serrano Jr, Carlos V.; Consolim-Colombo, Fernanda M. Tratado de Cardiologia SOCESP. Editora MANOLE, 3ª Ed. 2015, p1270.</p>
2	D	<p>a. INCORRETA porque não está expresso que os irmãos III.a, III.b e III.c apresentam uma relação de conflito entre si, já que não há nenhuma representação gráfica da relação entre eles.</p> <p>b. INCORRETA porque I.a representa um homem e I.b representa uma mulher, a alternativa apresenta o contrário.</p> <p>c. INCORRETA porque a relação entre II.a e II.b é de divórcio, e não uma relação fusionada e conflituosa.</p> <p>d. CORRETA, porque representa um casal do sexo masculino (I.c) e feminino (I.d), que apresentam uma relação de abuso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Artmed: 2ª ed. 2018.</p>
3	A	<p>1. Segunda Opinião Formativa - SOF Cuidados Primários de Saúde O que fazer quando as mães não desejam vacinar seus filhos ou quando as vacinas estão em atraso? Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul 22 jun 2009 ID: sof-555 Solicitante: Agente Comunitário de Saúde CIAP2:A44 Vacinação/medicação preventiva DeCS/MeSH: Assistência Integral à Saúde, Vacinação Esta é uma discussão para qual existem algumas considerações bastante interessantes: sabemos que as vacinas são necessárias para controlar doenças graves. A não-vacinação em massa pode provocar a morte e o sofrimento de milhões de pessoas. Uma pessoa que decide não se vacinar pode colocar em risco seus próximos e a sua comunidade, não sendo, portanto, uma atitude sem consequências. A questão é mais complicada quando envolve a vacinação de crianças. Ainda que seja uma atitude egoísta, um adulto pode perfeitamente decidir não se vacinar, mas será que os pais têm o direito de negar aos filhos a proteção da vacina? O Estatuto da Criança e do Adolescente nos diz: Art. 3º – “A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.”</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Art. 7º – “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.</p> <p>Do ponto de vista da proteção à criança, negar-lhe a vacinação pode ser considerado negligência. Não podemos estender à criança as nossas convicções, e sim respeitá-la como pessoa e pensar na sua proteção. É sempre melhor, ao invés de obrigar os pais a vacinar os filhos, informá-los dos riscos e convencê-los de que os benefícios os suplantam.</p> <p>Ainda no Estatuto da criança encontramos no Capítulo I – Do Direito à Vida e à Saúde, o seguinte parágrafo único: É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias.</p> <p>Tendo em vista o acima exposto, devemos usar de múltiplas estratégias para convencer aos pais dos benefícios da vacinação. Uma boa estratégia é agendar uma consulta para o profissional que tem melhor vínculo com essa família para que nesse momento sejam explicados com clareza os diversos benefícios da vacinação, com o procedimento é realizado e os possíveis riscos. Após essa explicação os pais podem ser convidados a visitar a sala de vacinas, dessa forma terão contato direto com o processo de armazenamento das vacinas. Folhetos explicativos das campanhas de vacinação com ilustrações podem ajudar. Ressalta-se ainda, que os Agentes Comunitários de Saúde podem facilitar o acesso dessa família até a Unidade de Saúde e nos casos em que a família aceitar vacinar seu filho, com a ressalva de que isso seja feito no seu domicílio a equipe deverá se organizar e realizar uma visita domiciliar pré-agendada para que a vacinação ocorra. Em último caso, e em situações bastante especiais, nas quais a criança esteja em risco eminente de adoecimento, pode-se ainda fazer contato com o Conselho Tutelar.</p> <p>Bibliografia Seleccionada</p> <p>1. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente [Internet]. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [citado 2009 Jul 3]. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf</p> <p>Sobre objeção de consciência</p> <p>Tramita na Câmara o Projeto de Lei 6335/09, do deputado Gonzaga Patriota (PSB-PE), que regulamenta o direito de uma pessoa se negar a praticar ato contrário a suas convicções morais, éticas e religiosas, inclusive no ambiente de trabalho.</p> <p>O projeto baseia-se no inciso 2 do artigo 5º da Constituição, segundo o qual ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa que não seja obrigatória por lei. A Constituição também estabelece, no inciso 8 do mesmo artigo, que ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política.</p> <p>É direito fundamental de toda pessoa não ser obrigada a agir contra a própria consciência e contra princípios religiosos. O direito de liberdade de consciência e de crença deve ser exercido concomitantemente com o pleno exercício da cidadania”, acredita Gonzaga Patriota.</p> <p>1. Apesar da premissa, a proposta permite que se exijam da pessoa que alegar objeção de consciência provas de seu envolvimento com uma religião ou causa moral. “A objeção de consciência não pode ser utilizada de forma indiscriminada e por motivo banal. Cada ser humano deve agir com base na sua própria consciência, sendo responsável por suas decisões individuais”, explica o deputado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente [Internet]. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [citado 2009 Jul 3]. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf. Acesso 03 julho de 2019.</p> <p>Camara dos Deputados. Proposta regulamenta direito a objeção de consciência. 22/01/2010. www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/DIREITO-E-JUSTICA/144784-</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		PROPOSTA-REGULAMENTA-DIREITO-A-OBJECAO-DE-CONSCIENCIA.html. Acesso 03 de julho de 2019.
4	C	<p>É esperado em paciente portador de DPOC, que seja retentor crônico de CO₂ (acidose respiratória), mantendo um pH quase sempre normal por uma alcalose metabólica compensatória por conta dos mecanismos tampões.</p> <p>No caso em questão, o paciente desenvolve um quadro de pneumonia que o leva a uma septicemia e choque séptico. Nesse evento, o mecanismo compensatório se desfaz e soma-se à acidose respiratória uma acidose metabólica pelo choque séptico. Portanto uma acidose mista (respiratória e metabólica), com grande queda no pH.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Bruno CM, Valenti M. Acid-Base Disorders in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pathophysiological Review.</p>
5	D	<p>A bronquiolite é uma doença respiratória decorrente de processo inflamatório das vias aéreas inferiores decorrente de uma infecção, que na maioria das vezes é de etiologia viral que ocasiona um processo obstrutivo de intensidade variável. O vírus sincicial respiratório (VSR) é o principal agente etiológico. Nos casos leves e moderados indica-se o tratamento domiciliar com medidas de controle da febre, hidratação, limpeza nasal com soro fisiológico. Os pacientes devem retornar em 48 horas para reavaliação médica e os familiares devem ser orientados quanto aos sinais de piora (apnéia central, cianose, palidez e/ou insuficiência respiratória grave. O diagnóstico é dado principalmente pela anamnese e o exame físico. A radiografia de tórax mostra hiperinsuflação pulmonar com retificação das cúpulas diafragmáticas e aumento do diâmetro ântero-posterior, infiltrado intersticial peribrônquico bilateral e atelectasias (principalmente no lobo superior direito).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Campos, DJ, Burns, DAR, Lopes, FA. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4 ed. Vol.2. Barueri: Manole; 2017.</p>
6	B	<p>a. A goma de mascar com nicotina está contraindicada devido ao infarto recente, além do que não há necessidade do encaminhamento para o especialista.</p> <p>b. A bupropiona é um medicamento de primeira linha para a cessação do tabagismo, indicada para as dependências de grau elevado. O tratamento medicamentoso deve acompanhar da terapia cognitivo comportamental, preferencialmente em grupo, podendo ser realizada na unidade de saúde.</p> <p>c. O adesivo de nicotina está contraindicado devido ao infarto recente.</p> <p>d. Vareniclina não é disponível no SUS, custo elevado. Não há necessidade da avaliação do especialista.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2008_34_10_14_portugues.pdf MINISTÉRIO DA SAÚDE. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA O CUIDADO DA PESSOA TABAGISTA. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
7	A	<p>a. Para o acompanhamento da infecção, utilizam-se marcadores séricos de imunidade (anti-HBs), a avaliação da presença do antígeno de superfície do HBV (HBsAg). O aparecimento do anti-HBs e o desaparecimento do HBsAg indicam resolução da infecção pelo HBV na maioria dos casos.</p> <p>b. Fase imunorreativa</p> <p>c. Nessa fase, a tolerância imunológica esgota-se diante da incapacidade do sistema imune de eliminar o vírus. É caracterizada pelo teste HBeAg reagente e por menores índices de HBV-DNA sérico, indicativo de menor replicação viral. Os valores das aminotransferases podem apresentar flutuações, e a atividade necroinflamatória no fígado, por sua vez, pode ser moderada ou grave. A progressão da fibrose é acelerada.</p> <p>d. Essa fase pode durar de várias semanas a vários anos e alcançada mais rapidamente por indivíduos infectados na idade adulta. Encerra-se com a soroconversão para anti-HBe.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA HEPATITE B E COINFECÇÕES. http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59472/pcdt_hepatite_b_270917.pdf?file=1&type=node&id=59472&force=1</p>
8	B	<p>No caso temos os sintomas e sinais clássicos de apendicite presentes, portanto o diagnóstico é clínico. Nesse paciente, adiar a cirurgia para fazer exames de imagem apenas aumenta a possibilidade de perfurações e consequentes complicações. Com a cirurgia precoce, o índice de mortalidade é inferior a 1% e a convalescença é normalmente rápida e completa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Oly Campos Corleta; Tiago Leal Ghezzi. Apendicite Aguda. http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5641/apendicite_aguda.htm Parswa Ansari. Dor abdominal aguda. https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-gastrointestinais/abdome-agudo-e-gastroenterologia-cir%C3%BArgica/dor-abdominal-aguda.</p>
9	B	<p>Os parâmetros determinados pelos marcadores tumorais referem-se a agressividade das células tumorais. A classificação TNM padrão refere-se a características dos tumores, como tamanho, comprometimento linfonodal e metástases a distância. Os pacientes do grupo B tem parâmetros desfavoráveis, ou seja, a célula é agressiva. Disto resulta maior mortalidade em decorrência do tumor, ao longo de cinco anos, com recidiva tumoral alta. O fato de estarem vivos e terem sido diagnosticados em fase I do estadiamento TNM significa que o diagnóstico foi feito precocemente, porém, em virtude da agressividade celular, estes pacientes constituem-se em grupo de risco para a recidiva tumoral a curto/médio prazo e devem ser mantidos sob vigilância rigorosa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ref. Sabiston – Tratado de Cirurgia. Editor: Courtney M. Townsend. 18ª Edição. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. 2010</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
10	C	<p>a. INCORRETA, pois, quando há prejuízo na excreção de H⁺ e NH₄⁺o ânion gap seria positivo.</p> <p>b. INCORRETA, pois, quando há prejuízo na excreção de H⁺ e NH₄⁺o ânion gap seria positivo.</p> <p>c. CORRETA porque valores negativos de ânion gap urinário indicam que o mecanismo de acidificação renal está adequado e a acidose é de causa extra-renal e como ânion gap sanguíneo é positivo indica que não há perda de substância tampão, sendo assim há provável aumento de ácidos (acidose láctica).</p> <p>d. INCORRETA porque valores negativos de ânion gap urinário indicam que o mecanismo de acidificação renal está adequado e a acidose é de causa extra-renal e como ânion gap sanguíneo é positivo indica que não há perda de substância tampão, sendo assim há provável aumento de ácidos (acidose láctica).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Guyton E; Hall. Fundamentos de Fisiologia. Capítulo 3. Regulação do Equilíbrio Ácido-Base.</p>
11	C	<p>A paciente apresenta sinais clássicos de Insuficiência cardíaca, como tosse noturna, fadiga, dispneia e sinais de edema incluindo edema pulmonar e edema de alças intestinais que dificultam a absorção oral de fármacos. Neste cenário, suplementação não invasiva de oxigênio, diurético de alça via endovenosa e vasodilatadores (nitratos) são a melhor opção terapêutica, conjuntamente com o monitoramento de distúrbios de potássio e de sódio (o uso de AINE aumenta a retenção de sódio). A paciente deve ser mantida em repouso, sentada no leito, evitando que o edema inunde uma maior quantidade de parênquima pulmonar, dificultando as trocas gasosas. Neste caso não há indicação inicial de ventilação mecânica invasiva (tubo orotraqueal), com gasometria indicando PaCO₂ <50mmHg, sem perda de consciência.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: KASPER, Dennis L, et al. Medicina interna de Harrison. TALLO F S; Lopes A C. Tratado de medicina de urgência e emergência da graduação à pós-graduação.</p>
12	A	<p>a. Marcação da pele por imunofluorescência com anti- Ig G: o caso descreve um quadro de pênfigo foliáceo, cujo diagnóstico é feito através da técnica de imunofluorescência direta e indireta revelando a presença de autoanticorpos da classe IgG.</p> <p>b. Cultura viral do fluido vesicular: no caso acima descrito, não há relação com agente etiológico viral.</p> <p>c. Microscopia de campo escuro do fluido vesicular: a microscopia de campo escuro não é o exame ideal para o diagnóstico de pênfigo.</p> <p>d. Cultura e antibiograma do fluido vesicular: no caso acima descrito, não há relação com agente etiológico bacteriano.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Presidente da comissão editorial, Emília Inoue Sato. Atualização Terapêutica de Prado, Ramos e Valle: diagnóstico e tratamento. Capítulo: 156, p880.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
13	A	<p>a. A paciente apresentada no caso possui quadro clínico sugestivo de hiperprolactinemia devido à presença de amenorreia associada a galactorreia, que foi confirmado laboratorialmente. Outras causas de elevação da prolactina como lactação, gestação, uso de medicamentos e hipotireoidismo primário foram excluídas.</p> <p>A presença de elevação isolada dos níveis séricos de Anti TPO é compatível com tireoidite autoimune, que pode ou não estar associada à presença de hipotireoidismo. Nesse caso, o hipotireoidismo primário foi excluído, pois os níveis séricos de TSH e T4 livre encontram-se dentro dos limites da normalidade.</p> <p>A hiperprolactinemia de origem hipofisária deve ser avaliada através de método de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância de hipófise), porém a ressonância magnética possui maior sensibilidade na detecção de lesões menores de 1 cm (microprolactinomas). Nesse caso, a suspeita clínica é de uma lesão > 1 cm devido a presença de hemianopsia bitemporal, o que sugere compressão de quiasma óptico. O crescimento supraselar dos tumores hipofisários é o padrão mais encontrado, já que a glândula é cercada por estruturas ósseas inferior e lateralmente. Quando presente, a invasão do seio cavernoso pode causar paralisias envolvendo o III, IV e VI nervos cranianos, bem como lesões nos ramos oftálmico e maxilar do V nervo craniano. O nervo abducente (VI par), inerva o reto lateral, músculo responsável pela abdução do olho e sua lesão causa estrabismo.</p> <p>Nesse caso, a elevação de prolactina pode ser consequente da presença de um tumor de adenohipófise produtor de prolactina (prolactinoma) ou de outro tumor da região hipofisária causando compressão da haste hipofisária e elevação da prolactina em consequência do bloqueio dopaminérgico.</p> <p>O tratamento medicamentoso é possível na maioria dos casos de prolactinoma através do uso de agonistas dopaminérgicos, mas nesse caso o diagnóstico de prolactinoma ainda não foi firmado e a presença de compressão de quiasma é, em geral, uma indicação para tratamento cirúrgico.</p> <p>b. O nervo abducente (VI par), inerva o reto lateral, músculo responsável pela abdução do olho e sua lesão causa estrabismo.</p> <p>c. A paciente apresentada no caso possui quadro clínico sugestivo de hiperprolactinemia devido à presença de amenorreia associada a galactorreia, que foi confirmado laboratorialmente. Outras causas de elevação da prolactina como lactação, gestação, uso de medicamentos e hipotireoidismo primário foram excluídas.</p> <p>A presença de elevação isolada dos níveis séricos de Anti TPO é compatível com tireoidite autoimune, que pode ou não estar associada à presença de hipotireoidismo. Nesse caso, o hipotireoidismo primário foi excluído, pois os níveis séricos de TSH e T4 livre encontram-se dentro dos limites da normalidade.</p> <p>d. A hiperprolactinemia de origem hipofisária deve ser avaliada através de método de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância de hipófise), porém a ressonância magnética possui maior sensibilidade na detecção de lesões menores de 1 cm (microprolactinomas). Nesse caso, a suspeita clínica é de uma lesão > 1 cm devido a presença de hemianopsia bitemporal, o que sugere compressão de quiasma óptico.</p> <p>Nesse caso o diagnóstico de prolactinoma ainda não foi firmado e a presença de compressão de quiasma é, em geral, uma indicação para tratamento cirúrgico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Glezer A, Bronstein MD. Prolactinoma. Arq Bras Endocrinol Metab. http://dx.doi.org/10.1590/0004-2730000002961.</p> <p>Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, Wass JA. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. J. Clin. Endocrinol. Metab. https://doi.org/10.1210/jc.2010-1692.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
14	D	<p>Na formação das hemácias há a necessidade de termos a célula tronco e de fornecermos a matéria prima como ferro, ácido fólico e outros. Neste paciente os exames mostravam que não havia ferropenia. Para um estímulo a formação das hemácias existe um hormônio chamado eritropoetina produzido nos rins (assim deficiente em pacientes com insuficiência renal), a redução deste é a causa mais comum de anemia neste grupo de doentes. O paciente tinha reticulócito baixo e era anictérico descartando a possibilidade de anemia hemolítica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000500036</p>
15	D	<p>a. As transaminases, alanino aminotransferase (ALT – TGP) e aspartato aminotransferase (AST – TGO) são enzimas liberadas nos casos de agressões aos hepatócitos; não indicadores diretos de cirrose ou fibrose.</p> <p>b. A albumina é de síntese hepática, entretanto sua meia vida é longa e, portanto, não é um bom indicativo de doença aguda.</p> <p>c. A FA e GGT são enzimas canaliculares que aumentam primariamente em lesões celulares dos hepatócitos. Não tendo relação com a estrutura lobular.</p> <p>d. Trata-se de um paciente com Cirrose Hepática, Child B, e a presença do alargamento do tempo de protrombina, expresso em RNI, acontece no cirrótico com doença avançada em decorrência da redução das sínteses dos fatores de coagulação que acontece no fígado, exceto o fator VIII. O RNI encontra-se alargado pela redução dos fatores II, VII, IX e X; nesse caso geralmente, não responde a oferta de vitamina K.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LONG, Dan L. et al. Avaliação da Função Hepática. Medicina Interna de Harrison, p2527-31.</p>
16	C	<p>Sopro inocente que é comum na infância e é encontrado em 75-85% dos escolares. O correto é tranquilizar a família quanto a musicalidade e o tom suave do sopro, que some com a manobra de valsalva, e orientar que não é patológico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robert Kliegman. NELSON. Tratado de Pediatria. 19ª Edição. Elsevier. 2013.</p>
17	A	<p>a. CORRETA O Estatuto Idoso “Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos...”</p> <p>b. INCORRETA, pois a cuidadora administrou calmantes em excesso, assim, NÃO FOI BENEFICENTE.....No CEM , no 2ª princípio fundamental” que agira com o Maximo de zelo e melhor de sua capacidade profissional...no 6º principio “ jamais causara sofrimento e dano..”</p> <p>c. INCORRETA. A cuidadora foi imprudente e negligente, porem isso não motiva se deslocar a assistência da idosa para outra UB e nem quebrar relação de confiança. O Estatuto do Idoso, ART 15, o idoso no art 15 garante que a Equipe saúde se desloque para a casa do Idoso no caso de dificuldade desse se locomover e não é necessário ir a Unidade Saúde.</p> <p>d. INCORRETA. Há evidências de que a cuidadora cometeu maus tratos, pois a idosa parece estar sob coação e com aparência descuidada. A EqSF deve comunicar à família da idosa para que ela denuncie a situação na Delegacia do Idoso, em atenção ao Estatuto do Idoso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Presidência da República do Brasil. Estatuto do Idoso - Lei 10741/03 Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM 2217/2018. Novo Código de ética Médica. https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217 .
18	D	Trata-se de Cardiopatia congênita com manifestação de cianose (uso de FIO ₂ a 100% mantendo saturação de oxigênio em 40%). O quadro clínico de presença de cianose precoce, 2ª bulha única, radiografia de tórax com hipofluxo pulmonar e ECG com eixo desviado para a esquerda e sobrecarga ventricular esquerda leva ao diagnóstico de Atresia Pulmonar sendo preconizado o uso de prostaglandina. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, volume 1, págs 641-642.
19	B	A terapia de reperfusão deve ser considerada nos pacientes com estratificação de risco elevada (definida pela presença de hipotensão), sendo a trombólise química com dose plena de trombolíticos a modalidade preferencial, enquanto trombectomia mecânica, trombólise dirigida por cateter, ou uso de doses fracionadas, representam alternativas com graus de evidência de benefício menor. A trombectomia é indicada quando os trombolíticos não podem ser utilizados ou não há resposta ao uso dos trombolíticos. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/01/TEP-Fabricio-Valois.pdf
20	A	Os sintomas, sinais e alterações hormonais são sugestivos de comprometimento da função hipofisária. A alteração encontrada na campimetria visual é uma perda dos campos visuais temporais superiores de cada olho (direito e esquerdo), ou seja, uma quadrantsia heterônima bitemporal, significando que há uma compressão das vias ópticas a nível do quiasma óptico no sentido caudal-cranial, compatível com o adenoma hipofisário. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Neurologia – Merrit Editores: LP Rowland e Timothy A. Pedley. 12ª edição. Guanabara-Koogan. Rio de Janeiro. 2011. ISBN 978.85.277.1835-6 Página: 424-30
21	C	<p>a. Recomenda-se o uso de antibióticos nas seguintes situações: Crianças menores de seis meses; crianças maiores de seis meses com doença grave (otalgia moderada ou intensa, por mais de 48 horas, ou temperatura = 39°C); OMA bilateral; e presença de otorreia.</p> <p>b. Diante dos casos que demandam tratamento com antibióticos, o tratamento recomendado para casos não complicados é a amoxicilina.</p> <p>c. A otite média aguda (OMA) é uma doença comum na primeira infância (com pico de incidência entre seis meses e dois anos), mas que também afeta crianças maiores e, menos comumente, adolescentes e adultos. Sua origem principal é uma infecção de vias aéreas superiores. O diagnóstico é clínico, através da otoscopia, onde o sinal mais fidedigno é o abaulamento da membrana timpânica.</p> <p>d. O uso de analgésicos e antitérmicos deve ser imediato, já que os antibióticos demoram até 48 horas para aliviar o quadro de febre e otalgia.</p> REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Piltcher OB, Kosugi EM, Sakano E, Mion O, Testa JR, Romano FR, et al. How to avoid the inappropriate use of antibiotics in upper respiratory tract infections? A position statement from an expert panel. Braz J Otorhinolaryngol. 2018;84:p265-79. Piltcher OB. Rotinas em otorrinolaringologia. 1.ed. Porto Alegre : Artmed; 2015.
22	B	O fenômeno descrito nas imagens refere-se ao conceito de EPIGENÉTICA. Os mecanismos epigenéticos referem-se a mudanças na expressão dos genes que não são resultantes de alterações na sequência de nucleotídeos (NARLIKAR et al., 2002). Os eventos epigenéticos atuam através de modificações químicas no DNA, remodelando a cromatina e seletivamente ativando ou inativando os genes (ADCOCK et al., 2007). Os



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>estágios de condensação da cromatina são controlados por padrões epigenéticos reversíveis de metilação do DNA e de modificação das histonas (FEINBERG e TYCKO, 2004). A metilação do DNA e a desacetilação de histonas são os principais mecanismos epigenéticos observados nas células humanas (SHAW, 2006). Ambos os mecanismos impedem a ligação dos fatores de transcrição na região promotora dos genes. Contudo, as modificações de histonas são consideradas eventos mais transitórios, enquanto a metilação do DNA fornece uma forma estável de regulação gênica (BÄCKDAHL et al., 2009), não sendo, portanto, definitivos e irreversíveis.</p> <p>A informação genética só pode ser traduzida com exatidão se a sequência de nucleotídeos estiver correta e se a conformação da cromatina permitir o acesso dos fatores de transcrição. Esta alteração conformacional do DNA é ocasionada por eventos epigenéticos que atuam através de modificações químicas no DNA, remodelando a cromatina, seletivamente ativando ou inativando os genes, por alterações de “encurtamento” ou “alongamento” das histonas, “separando ou aproximando” os genes (ADCOCK et al., 2007). Estudos demonstram que a presença de metilação do DNA, um evento epigenético, está relacionada com o desenvolvimento de doenças com um perfil inflamatório, síndrome metabólico, obesidade, neoplasias, entre outras.</p> <p>a. INCORRETA: As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa V está incorreta porque os eventos não são necessariamente hereditários e irreversíveis.</p> <p>b. CORRETA.</p> <p>c. INCORRETA. A afirmativa III está correta. A afirmativa IV está incorreta porque há estudos que demonstram que os fenômenos epigenéticos interferem na diferenciação dos linfócitos T CD4+. A afirmativa V está incorreta porque os eventos não são necessariamente hereditários e irreversíveis.</p> <p>d. INCORRETA. A afirmativa I está correta. A afirmativa IV está incorreta porque há estudos que demonstram que os fenômenos epigenéticos interferem na diferenciação dos linfócitos T CD4+. A afirmativa V está incorreta porque os eventos não são necessariamente hereditários e irreversíveis.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Evidências da epigenética na doença periodontal. Paula Rocha Moreira. Monografia apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Periodontia. Disponível em 10/07/2019, na página eletrônica: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-95CP2P/monografia_periodontia_paula_rocha_moreira.pdf?sequence=1</p> <p>Epigenética e as doenças cardiometabólicas. Henrique Tria Bianco. <i>Cardiolípidos</i>. Revista de Divulgação do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Vol 7. Nº 2. ISSN 2238.1341.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
23	A	<p>Os sintomas apresentados pelo paciente e a evolução temporal do quadro clínico são típicos de Hanseníase. As manifestações clínicas da doença estão diretamente relacionadas ao tipo de resposta imunológica ao <i>Mycobacterium leprae</i>. A afecção pode ser mais bem entendida se for considerada associação de duas doenças, no caso clínico apresentado pode-se ver esses diferentes polos da doença, um há 20 anos e outro nos dias atuais.</p> <p>A primeira é uma infecção crônica causada pelo <i>Mycobacterium leprae</i>, organismo intracelular obrigatório que induz extraordinária resposta imune nos indivíduos acometidos. A segunda é neuropatia periférica iniciada pela infecção e acompanhada por eventos imunológicos, cuja evolução e sequelas frequentemente se estendem por muitos anos após a cura da infecção, podendo levar a grave debilidade física, social e consequências psicológicas.</p> <p>As formas clínicas da hanseníase apresentam distribuição espectral que está associada a alterações imunológicas do hospedeiro. A classificação de Ridley & Jopling (1966) é a mais recomendada nos estudos imunológicos; baseia-se no critério histopatológico e sugere a possibilidade de as formas oscilarem no espectro da doença, ora para o pólo de resistência (tuberculóide), ora para o pólo de susceptibilidade (virchowiano, como denominado no Brasil, em substituição ao termo "lepromatoso" da classificação original). Os subtipos são TT (tuberculóide), BT (borderline tuberculóide), BB (borderline borderline), BV (borderline virchowiano) e VV (virchowiano).</p> <p>Os pacientes portadores de hanseníase da forma TT apresentam vigorosa resposta imune celular contra a micobactéria, o que limitaria a doença a poucas e bem definidas lesões de pele e de troncos nervosos. Os pacientes portadores de hanseníase da forma VV apresentam ausência da resposta imune celular específica (anergia) contra a micobactéria, ocorrendo proliferação do <i>M. leprae</i>, com a presença de muitas lesões e infiltrações extensas na pele e nos nervos.</p> <p>Observa-se característica imunológica e moleculares bem específicas dos polos Tuberculóide (TT) e Virchowiano (VV), sendo eles:</p> <p>Na forma TT da doença, interferon IFN-γ, IL-2 e linfotóxina-a são secretados nas lesões, resultando em atividade fagocítica intensa. Macrófagos sob a influência dessas citocinas, juntamente com os linfócitos, formam o granuloma. Os linfócitos CD4+ são encontrados principalmente dentro do granuloma, e os CD8+ são encontrados na área externa que o envolvem.</p> <p>A forma VV é caracterizada por pobre formação do granuloma. A produção é predominantemente das citocinas IL-4, IL-5, e IL-10. Tem-se descrito que a IL-4 diminui a expressão dos TLR2 nos monócitos¹⁴ e que a IL-10 suprime a produção de IL-12, o que está associado com a predominância de linfócitos CD8+ nas lesões virchowianas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático sobre a hanseníase.</p> <p>MENDONÇA, V.A; MELO, G.E.B.A; TEIXEIRA, A.L; COSTA, R.D; ANTUNES, C.M. Imunologia da Hanseníase. An Bras Dermatol. 83 (4). 2008, p343-50</p> <p>MONTOYA D, MODLIN R.L. Learning from leprosy: insight into the human innate immune response. Adv Immunol. 105. 2010, p1-24</p> <p>RIDLEY D.S, JOPLING W.H. Classification of leprosy according to immunity: a five-group system. Int J Lepr Other Mycobact Dis.34. 1966, p255-73.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
24	B	<p>A Hidroclorotiazida é um diurético tiazídico, tendo sido avaliado em importantes ensaios clínicos. O mecanismo anti-hipertensivo dos diuréticos está relacionado, numa primeira fase, à depleção de volume e, a seguir à redução da resistência vascular periférica. Seu uso isolado é eficaz em hipertensos leves e moderados. São eficazes como monoterapia no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbimortalidade cardiovascular. Suas vantagens incluem baixo custo, utilização oral e eficácia. Entre os efeitos indesejáveis dos diuréticos, ressalta-se fundamentalmente a hipopotassemia (excreção urinária aumentada de Potássio) e a hiperuricemia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://hiperdia.datasus.gov.br/medicamentosdesc.asp?med=hidroclorotiazida.</p>
25	B	<p>a. O preferido é o propranolol por não ser cardio seletivo e as manifestações adrenérgicas englobarem outros sistemas como o neurológico.</p> <p>b. Na crise tireotóxica, o Metimazol e o Propiltiuracil são as drogas de escolha, justamente por bloquearem a produção de mais hormônios.</p> <p>c. O glicocorticoide inibe a conversão periférica de T4 em T3.</p> <p>d. O Lugol inibe a liberação de hormônio pré-formado na tireoide.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Maia, AL et al. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n3/v57n3a06.pdf</p>
26	C	<p>A nefrose colêmica, ou nefropatia por ácido biliar, é consequência da icterícia colestática grave, na qual níveis elevados de bilirrubina lesam células dos túbulos renais e desencadeiam um quadro injúria renal aguda, com elevação dos níveis séricos de creatinina e perda da função renal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Pina et. AL. Hepatite tóxica por uso de esteroides anabolizantes. Rev. Medicina Desportiva informa, 2011, 2 (5).</p>
27	C	<p>Carcinoma brônquico do tipo escamoso é o tipo histológico mais frequente, mais comum em homens, na faixa etária acima de 50 anos e tabagistas, de acordo com enunciado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Presidente da comissão editorial, Emília Inoue Sato. Atualização Terapêutica de Prado, Ramos e Valle: diagnóstico e tratamento. Capítulo: 367, p1919-20.</p>
28	A	<p>Os sintomas apresentados pelo paciente e a duração de poucos minutos são típicos de ataque de pânico, caracteristicamente a forte sensação de morte iminente. A elevação da PA, no contexto dos demais sintomas, é incompatível com crise hipertensiva e pode ser explicada pela crise intensa e paroxística de ansiedade</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sadock, BJ; Sadock, AS. Kaplan & Sadock, Compêndio de Psiquiatria- 9 ed.- Porto Alegre: Artmed, 2008. pp. 641-679</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
29	D	<p>a. INCORRETA, pois supõe causa central para vertigem. A isquemia cerebelar teria quadro clínico bem diverso do descrito; e a propedêutica proposta é incorreta.</p> <p>b. INCORRETA, pois a doença de Menière é uma doença caracterizada pelo início súbito de vertigem, perda auditiva e sensação de plenitude auricular no ouvido afetado.</p> <p>c. INCORRETA, pois o neurinoma do acústico é uma causa de vertigem, tinnitus e hipoacusia de evolução lenta e progressiva. A abordagem neurocirúrgica de fato é indicada nestes casos, mas não é urgente, demandando propedêutica por ressonância magnética e programação cirúrgica adequada.</p> <p>d. CORRETA, pois o caso clínico descreve achados típicos de uma vertigem de origem periférica. O início agudo é compatível com a neuronite vestibular aguda: quadro inflamatório agudo dos gânglios vestibulares pelo vírus do Herpes simples 1. É causa comum da popularmente chamada "labirintite aguda".</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Vale TC; Fernandes BFS; Gomez RS; Teixeira AL. Fundamentos de Neurologia.</p>
30	A	<p>a. É vital a estabilização dos pacientes simultaneamente à investigação para prevenir complicações precoces indesejadas. É essencial estabelecer a necessidade de intubação endotraqueal e ventilação mecânica como primeira prioridade no caso da paciente que apresenta Glasgow=7, ECG-P=6.</p> <p>b. Os bloqueadores do canal de cálcio devem ser iniciados na internação para a profilaxia de vasoespasmos. Eles reduzem o risco de um desfecho desfavorável e de isquemia secundária após a HSA aneurismática. [Cochrane Clinical Answers]</p> <p>c. Pós-estabilização. O paciente deve ser internado em uma unidade de terapia intensiva (UTI), idealmente em uma UTI neurológica e neurocirúrgica, depois de estabilizado. Essas unidades reduzem de modo significativo a mortalidade intrahospitalar e a duração da internação.</p> <p>d. Um neurocirurgião e um neurorradiologista intervencionista devem estar envolvidos na decisão sobre como tratar um aneurisma. A maioria dos cirurgiões opera pacientes em bom estado neurológico durante as primeiras 72 horas para prevenir ressangramento, uma prática que também parece estar associada a um melhor desfecho.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Salah Keyrouz. BMJ Best Practice. Hemorragia Subaracnoide. Última atualização Oct,4 2018. https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/415?q=Hemorragia%20subaracnoide&c=suggested</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
31	C	<p>a. O aumento da pressão hidrostática dentro das vênulas pré-capilares são características dos edemas decorrentes da insuficiência venosa, seja por refluxo ou oclusão.</p> <p>b. A absorção renal de sódio seria responsável por edema generalizado e não local.</p> <p>c. Trata-se de uma paciente com edema localizado no membro inferior à direita, com características de linfedema primário tardio.</p> <p>O princípio fisiopatológico a drenagem decorrente do filtrado decorrente da diferença de pressão hidrostática e oncótica entre o intravascular e o interstício.</p> <p>d. No linfedema a pressão oncótica do fluido extracelular encontra-se aumentada em decorrência ao aumento da concentração de proteínas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida W et al (Eds.). Doenças vasculares periféricas. Capítulo: Epidemiologia, classificação e fisiopatologia, p 3396-3403.</p>
32	B	<p>A retinopatia inicial se apresenta sob a forma de microaneurimas, observados na retina posterior, na região macular. Surgem como pequenas dilatações saculares avermelhadas e com bordas bem definidas na microcirculação retiniana.</p> <p>O diagnóstico e tratamento precoces da retinopatia diabética são essenciais. As alterações facilmente detectáveis ocorrem antes de a visão ser afetada. A identificação e o tratamento adequado, em geral, evitarão a perda permanente da visão. A triagem para retinopatia diabética deve ser realizada em um período de 3 anos a partir do diagnóstico de diabetes tipo I, no momento do diagnóstico do diabetes tipo II e em seguida anualmente em ambos os tipos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Riordan-Eva, Paul; Witcher, John P. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17ª edição. Editora Lange. São Paulo. https://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/41-retinopatia-diabetica</p>
33	B	<p>Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial das Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), trata-se por definição de um quadro de Emergência Hipertensiva, por ter lesão de órgão alvo (angina e insuficiência renal). Portanto, o tratamento preconizado é ENDOVENOSO e o Nitroprussiato de Sódio, a Hidralazina e a Nitroglicerina tem essa apresentação e são indicados na Diretriz. O Captopril só tem apresentação em comprimido e pode ser usado na Urgência Hipertensiva, onde não há lesão de órgão alvo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf</p>
34	B	<p>A DPOC é uma doença respiratória comum que causa incapacidade substancial, redução da qualidade de vida e risco aumentado de morte prematura. Há um corpo substancial de evidências mostrando que o tabagismo é o principal fator de risco para essa doença, sendo responsável por mais de 90% dos casos, a cessação do tabagismo é a intervenção mais importante para reduzir riscos de desenvolver DPOC e para retardar sua progressão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática/Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
35	C	<p>As operações sobre a glândula tireoide não estão isentas de risco. Além da lesão do nervo recorrente, outra alteração que pode acontecer no PO deve-se a manipulação ou ressecção inadvertida das glândulas paratireoides, que pode levar a quadro de hipocalcemia aguda. Esta alteração pode ser pesquisada pelo sinal de Chvosteck (percussão na face) e deve-se repor cálcio endovenosamente, até normalização do sinal e dos níveis séricos do cálcio.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ref. Sabiston – Tratado de Cirurgia. Editor: Courtney M. Townsend. 18ª Edição. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. 2010. Pagina: 903</p>
36	C	<p>a. De acordo com Ministério da Saúde (MS), mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente, já deve ser tratada. Não há necessidade de solicitar novo exame.</p> <p>b. De acordo com Ministério da Saúde (MS), mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente, já deve ser tratada. Não sendo necessário aguardar os exames do nascituro.</p> <p>c. De acordo com Ministério da Saúde (MS), mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente, já deve ser tratada e o tratamento adequado é com penicilina G benzatina.</p> <p>d. Embora possa ser usada no tratamento de sífilis, a primeira escolha é penicilina benzatina.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Fernandes, CE. Tratado de obstetrícia Febrasgo.1 ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2019.</p>
37	D	<p>A- Observado diante do aumento dos lactobacilos vaginais. Quadro clínico similar ao da candidíase. Não produz bolhas, mas pode ocorrer fissuras vulvares pela coçadura local, edema e hiperemia, fazendo diagnóstico diferencial com herpes genital.</p> <p>B- "Clue Cells". Chamadas de células-chave ou células-alvo. Observado na vaginose bacteriana, causada por Gardnerella vaginalis, mobiluncus, e outros.</p> <p>C- Coilocitose - Atípias celulares e halo perinuclear característico da replicação viral do HPV - papilomavirus humano. Inicativo de lesão intrapitelial de baixo grau pela classificação citológica de Bethesda.</p> <p>D- Herpes simples. Citopatologia (Método de Tzanck). Trata-se de um raspado do assoalho de uma vesícula íntegra com uma lâmina e cora-se pelo método de Giemsa, Wright ou Hematoxilina-eosina ou pelo Papanicolau; permite a observação de inclusões virais, que podem ser observadas em 50% dos casos. A positividade é dada pela presença de multinucleação e balonização celulares.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brito, M.M.C et al. Citologia de Tzanck: redescobrimo uma antiga ferramenta diagnóstica. http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n4/v84n04a19.pdf Penello, A. M. et al. Herpes Genital. http://pdi.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/303/2018/02/r22-2-2010-3-Herpes-Genital.pdf</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
38	A	<p>Para pacientes com risco cirúrgico baixo ou moderado, que apresentaram AVC isquêmico não incapacitante ou sintomas cerebrais isquêmicos transitórios, deve ser realizada a endarterectomia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Calógero Presti, José Carlos Costa Baptista Silva. Doença Carotídea Extracraniana Diagnóstico e Tratamento - Projeto Diretrizes SBACV, p1-34.</p>
39	C	<p>A fibrose em favo de mel caracterizada por fibrose densa, colapso das paredes alveolares e formação de espaços císticos revestidos por pneumócitos tipo II hiperplásicos caracterizam uma fase da pneumonia intersticial usual denominada padrão de fibrose da FPI.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: KUMMAR, ABBAS, ASTER. Patologia Básica, Elsevier 9ª edição. pag 473</p>
40	D	<p>a. Na anemia falciforme o ligante CD40 solúvel funciona como um marcador de ativação da trombina, plaquetas e células endoteliais e encontra-se com seus níveis aumentados.</p> <p>b. Na anemia falciforme a Trombina-Antitrombina funciona como um marcador de ativação da trombina, plaquetas e células endoteliais e encontra-se com seus níveis aumentados.</p> <p>c. Na anemia falciforme o Fator ativador de plaquetas funciona como um marcador de ativação da trombina, plaquetas e células endoteliais e encontra-se com seus níveis aumentados.</p> <p>d. A hipótese para este caso é de acidente vascular encefálico isquêmico, com maior incidência na anemia falciforme. Vários fatores relacionados, nestes pacientes, aumentam o risco de AVCi como alterações no endotélio, aumento da viscosidade sanguínea, alterações moleculares dentre outras. Uma redução do óxido nítrico, em sua biodisponibilidade, está relacionado a um maior risco deste evento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ministério da saúde. Condutas básicas para tratamento na anemia falciforme, Brasília, 2012. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_condutas_basicas.pdf Hoffbrand, A. Victor. Fundamentos em Hematologia de Hoffbrand sétima edição. Capítulo 7, p81-5. Lung, and Blood Institute, National Heart. Evidence-Based Management of Sickle Cell Disease Expert Panel Report, 2014. https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/media/docs/sickle-cell-disease-report%2020816_0.pdf</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
41	A	<p>a. O caso acima descreve um caso típico de Baby Blues, ou Disforia puerperal. A disforia puerperal é considerada a forma mais leve dos quadros puerperais e pode ser identificada em 50 a 85% das puérperas, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados. Os sintomas geralmente têm início nos primeiros dias após o nascimento do bebê, atingem um pico no quarto ou quinto dia do pós-parto e remitem de forma espontânea em, no máximo, duas semanas. O quadro da disforia puerperal inclui choro fácil, labilidade afetiva, tristeza, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes. Não costuma ocorrer prejuízo nos cuidados do bebê, diferente dos quadros de Depressão Pós-Parto. Nenhum tratamento profissional é necessário além de orientação e apoio para a nova mãe. Caso os sintomas persistam durante um período superior a duas semanas, indica-se avaliação para depressão pós-parto.</p> <p>b. A depressão pós-parto (codificada como um subtipo de transtorno depressivo maior na 5ª edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [DSM-5]) se caracteriza por humor deprimido, ansiedade excessiva, insônia e mudança no peso. O início costuma ocorrer durante as 12 semanas após o parto. Geralmente o quadro tem início entre duas semanas até três meses após o parto, com humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para se concentrar ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio. No quadro clínico da depressão, nessa época da vida, são observadas algumas peculiaridades, entre elas a alta probabilidade de comorbidade com sintomas ansiosos e obsessivo-compulsivos, a menor incidência de suicídio e a resposta terapêutica mais demorada que requer mais de uma medicação. Na questão a sintomatologia é mais branda, não ocorre prejuízo nos cuidados ao bebê, não se enquadrando nos critérios para depressão pós-parto.</p> <p>c. O Transtorno de ajustamento é um transtorno caracterizado por sintomas depressivos e ansiosos que persiste por mais de 3 meses resultante do impacto psicológico de um evento estressante como por exemplo divórcio, desemprego, hospitalização prolongada, doença crônica, mudança de residência/ escola/ trabalho, aposentadoria, nascimento de um filho. Por definição, os sintomas devem se iniciar no período de três meses após o estressor, diferentemente do quadro descrito na questão.</p> <p>d. O episódio depressivo maior deve durar pelo menos duas semanas, e os pacientes com este diagnóstico apresentam um quadro de humor deprimido, perda de interesse, anedonia, alterações do sono, libido e apetite, falta de energia, sentimento de culpa, problemas para pensar e tomar decisões e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. Portanto as características clínicas são diferentes do quadro descrito na questão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e Psiquiatria clínica Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ... [et al.] ; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] –11. ed. – Porto Alegre Artmed.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
42	B	<p>A causa mais frequente de radiculopatia é a hérnia de disco lombar. Sendo os locais mais frequentes os níveis mais baixos: L4-L5 e L5-S1. A hérnia de disco é um processo da degeneração discal, que ocorre em todos os seres humanos, a incidência é maior nos adultos e menor nos jovens, adolescentes e crianças. A hernia de disco L3-L4 apresenta-se com hipoestesia da coxa e terço médio da tíbia, com comprometimento do reflexo patelar ipsilateral. A hernia discal L4-L5 apresenta-se com hipoestesia do 1º pododáctilo e dorso do pé, com comprometimento do reflexo isquiotibial ipsilateral. A hérnia discal L5-S1 apresenta-se com hipoestesia da superfície lateral do pé e 5 pododáctilo, com comprometimento do reflexo aquileu ipsilateral.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Merritt Tratado de Neurologia 13ª edição 2018. Elan D. Louis et al. Doença da Medula Espinhal e Radiculopatia - seção 15. p 947-53.</p>
43	A	<p>Vários estudos demonstraram que a anticoncepção hormonal de emergência com levonorgestrel impede ou retarda a ovulação. Quando utilizadas antes da ovulação, inibe o pico pré-ovulatório do LH, impedindo o desenvolvimento, maturação folicular e/ou a liberação do óvulo. Este é o principal mecanismo de ação da anticoncepção hormonal de emergência com levonorgestrel.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Hall, JE. Tratado de Fisiologia Médica. 12ª ed. Rio de Janeiro, 2011.</p>
44	D	<p>Evento agudo com clínica compatível com insuficiência coronariana. O esforço está presente, mas não com trauma, descartando o trauma torácico. Não há relato de quadro de pirose ou refluxo prévio ou atual, descartando a esofagite. Assim, como evento agudo que tem a dor torácica como elemento principal, a embolia deve ser considerada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GANEM, F. (org). Protocolo Institucional – Hospital Sírio-Libanês. Síndrome Coronária Aguda: Infarto Agudo do Miocárdio com Supra desnivelamento de ST. São Paulo – SP, 2012. Disponível em: <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sociedade-beneficentesenhoras/Documents/protocolos-institucionais/protocolo-SCA-com-supra.pdf>. Acesso em: 26 de ago de 2013 ORTIZ, M.; BITTENCOURT, M. G. Hospital de Clínicas (HC). Universidade Federal do Paraná (UFPR). Departamento de Clínica médica. Disciplina de cardiologia. UTI Cardiológica Protocolo de Dor Torácica. Curitiba, 2010. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332108029Prot_Dor_Toracica.pdf> f>. Acesso em: 26 de ago de 2013. VIEIRA, W. F. S.; RAFAEL, D. Hospital de Clínicas (HC). Universidade Federal do Paraná (UFPR). Departamento de Clínica médica. Disciplina de Cardiologia. Unidade Coronariana. Protocolo de Manejo Hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível de segmento ST. Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/sites/default/files/protocolo_IAMCSST_2011.pdf>. Acesso em: 26 de ago de 2013.</p>
45	C	<p>A síndrome metabólica é definida com um grupo de fatores de risco que diretamente contribuem para o desenvolvimento de doença cardiovascular e/ou diabetes do tipo 2. A obesidade abdominal e a resistência à insulina parecem ter um papel fundamental na gênese desta síndrome. Seu tratamento deve ter como objetivo estimular mudanças no estilo de vida, que promovam a perda de peso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Penalva DQF. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):245-50.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
46	A	<p>a. A tungíase é causada pela infestação da fêmea da Tunga penetrans. A ocorrência é frequente em pacientes de áreas rurais. A fêmea penetra na derme e deposita ovos determinando o aparecimento de pápula amarelada com ponto escuro central. O tratamento é feito com a remoção cirúrgica da fêmea e seus ovos. A Ivermectina utilizada no tratamento possui resultados variáveis.</p> <p>b. Difere-se de miíase primária, pois esta aparece um nódulo inflamatório semelhante ao furúnculo com orifício central que permite a respiração da larva. A dor é em ferroadada no local.</p> <p>c. Difere-se de larva migrans, pois esta possui lesão semelhante a um mapa, com trajeto serpiginoso.</p> <p>d. Difere-se de nódulo escabiótico cuja lesão é caracterizada por um nódulo ou vários nódulos eritematosos extremamente pruriginosos que ocorrem por reação de hipersensibilidade ao parasita.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Marinoni LP, Markus JR. Dermatoses Parasitárias da Infância. In: Burns DAR, Campos Júnior D, Silva LR, Borges WG. Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4a ed. Vol.1, p.574-576. Barueri, SP: Manole, 2017.</p>
47	D	<p>Na última década, a prática da atividade física passou a ser recomendada como parte da intervenção primária e secundária na prevenção da doença arterial coronariana estável por proporcionar uma melhora na capacidade funcional (classe I), atenuando a angina em repouso (classe I), com melhora na gravidade da isquemia induzida pelo esforço (classe IIa), além da redução de alguns fatores de risco cardiovasculares (classe IIa). Os mecanismos propostos e descritos para os benefícios do exercício físico na DAC são: incremento da função endotelial, regressão da placa aterosclerótica, formação e aumento de fluxo da circulação colateral, vasculogênese, remodelamento e diminuição da apoptose. Porém, para que essa população inicie uma prática física é necessária uma estratificação quanto à chance de ter um evento cardiovascular. O algoritmo para a estratificação do paciente inicia-se com anamnese e exame físico detalhados e a posterior aplicação de um teste ergométrico progressivo e máximo para uma possível indução de arritmias cardíacas, isquemia de esforço induzida, disfunção ventricular e distúrbios na condução atrioventricular. Os dados fornecidos pelo teste ergométrico irão orientar na prescrição da prática física, que deve seguir alguns princípios fundamentais, como frequência, duração, intensidade e tipo de exercício.</p> <p>Os efeitos benéficos da prática regular de exercício físico sobre as doenças cardiovasculares são associados, especialmente, à maior produção de agentes vasodilatadores derivados do endotélio vascular, com consequente redução da resistência vascular periférica, diminuição dos níveis de LDL colesterol e inibição da agregação plaquetária.</p> <p>Resultados de estudos têm demonstrado que o treinamento físico provoca melhora expressiva na perfusão miocárdica. Entre os componentes envolvidos nessa melhora da circulação coronariana podem-se citar: a função endotelial; a velocidade de produção e oxidação do óxido nítrico; a microcirculação; a regressão de lesões ateroscleróticas; a neoformação de vasos colaterais; a redução da viscosidade sanguínea e o aumento do tempo de perfusão diastólica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cardiologia SB de. Diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Rev da Soc Bras Cardiol. 2014;100(1, Supl 2).</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
48	C	<p>a. Aumenta a secreção de fluido intestinal rico em cloro, o que estimula os movimentos intestinais e facilita a passagem de fezes amolecidas, também são procinéticos. Lubiprostona e a prucaloprida.</p> <p>b. Procinético, age aumentando o trânsito intestinal de maneira mais fisiológica - cisaprida, domperidona.</p> <p>c. Fluidifica as fezes por meio de substâncias osmoticamente ativas - “roubam” água do organismo humano através da mucosa digestiva. Correspondem a um grupo heterogêneo no qual se destacam o polietilenoglicol (PEG), os osmóticos salinos (sal de sódio ou magnésio) e os sacarídeos (lactulose).</p> <p>d. Tem ação rápida, em torno de seis a 12 horas; no entanto, seu uso crônico pode provocar lesão no plexo mioentérico, levando à dismotilidade colônica - Antraquinonas, Sene.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: José Galvão-Alves. Constipação intestinal. http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2013/v101n2/a3987.pdf</p>
49	B	<p>Ensaio clínicos randomizados comprovam que o sulfato de magnésio é superior à hidantoína, ao diazepam e ao placebo na prevenção da eclampsia e das convulsões recorrentes da eclampsia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA, Passos EP, Freitas F. Rotinas em Obstetria.</p>
50	C	<p>Matheus apresenta sintomas de hiperatividade/impulsividade compatíveis com o diagnóstico de Transtorno De Déficit de Atenção/Hiperatividade. Não possui histórico de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, afastando, dessa forma, o Déficit Intelectual. Afastamos também o Transtorno da Conduta, pois a presença isolada de brigas na infância não é suficiente para esse diagnóstico. Não há relato de variações de humor ao longo da vida de Matheus, descartando a possibilidade de Transtorno Afetivo Bipolar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tarver J, Daley D, Sayal K. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts: ADHD: an updated review of the essential facts.</p>
51	C	<p>a. INCORRETA, pois o engatinhar é esperado aos 9 meses de idade. Além disso, a marcha reflexa é um reflexo transitório primitivo que deveria desaparecer até os 6 meses de idade e sua persistência significa imaturidade ou dano do sistema nervoso.</p> <p>b. INCORRETA, pois não há esse tipo de compensação na avaliação do desenvolvimento. Como na justificativa anterior, espera-se o engatinhar aos 9 meses e o desaparecimento da marcha reflexa até os 6 meses. Sua persistência tem significado patológico após essa idade.</p> <p>c. CORRETA, pois aos 9 meses o bebê já deveria estar engatinhando. Além disso, a persistência do reflexo transitório de marcha reflexa denota imaturidade ou dano ao sistema nervoso.</p> <p>d. INCORRETA, pois o desenvolvimento pode e deve ser avaliado em qualquer consulta pediátrica, o uso do andador não tem relação com o reflexo transitório primitivo de marcha reflexa. Além disso, se houvesse alguma dúvida de interpretação que suscitasse uma reavaliação, esta deveria ser precoce. Retardar em três meses a identificação de um dano neurológico poderia ser muito prejudicial ao perder um tempo precioso de intervenção especializada para minimizar ou superar o problema</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gallahue, DL. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. Capítulo 7, p139-55.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
52	B	<p>A alternativa "A" encontra-se incorreta, pois, embora paciente, por ser etilista, apresente risco em vir a desenvolver a síndrome de Wernicke-Korsakoff, esta se caracteriza por confusão mental associada a alterações no exame neurológico tais como ataxia e nistagmo, achados estes não presentes no paciente do caso clínico em questão.</p> <p>A alternativa "B" encontra-se correta, pois o delirium tremens, que é a forma mais grave de abstinência alcoólica, tende a ocorrer após 48/ 72 h da interrupção do consumo etílico, caracterizando-se por confusão mental, agitação psicomotora, sinais de hiperatividade adrenérgica e febre.</p> <p>A alternativa "C" encontra-se incorreta, pois surtos psicóticos associados a transtorno bipolar não explicam a febre e os sinais exuberantes de hiperatividade simpática. Estes são característicos do delirium tremens muito mais provável para o quadro de agitação psicomotora apresentada pelo paciente em questão.</p> <p>A alternativa "D" encontra-se incorreta, pois intoxicações por opiáceos tendem a causar, além das alterações no sensorio, miose, depressão respiratória e hipotensão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Herlon Saraiva, Rodrigo Antônio Brandão Neto, Irineu Tadeu Velasco. Medicina de emergência: abordagem prática.</p>
53	D	<p>Feocromocitoma é um tumor dos tecidos cromafínicos, que contém os neurônios simpáticos que se coram com sais de cromo e secretam catecolaminas. Na maioria dos casos, o tumor está localizado na medula suprarrenal, mas também pode desenvolver-se em outros locais (p. ex., gânglios simpáticos) onde exista tecido cromafínico. A tríade clássica do feocromocitoma caracteriza-se pela cefaleia (80%), palpitações (64%) e sudorese (57%). Esses sintomas ocorrem em paroxismos cuja frequência é variável.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Harrison Medicina Interna. LUCIO VILAR, Endocrinologia Clínica, 6 ed, 2016.</p>
54	B	<p>O crescimento intrauterino exagerado denuncia a principal hipótese de doença trofoblástica e a ultrassonografia confirma pela ausência do feto e de BCF. Laudo ultrassonografia: Útero cheio de material ecogênico, contendo múltiplas vesículas anecoicas de diferentes tamanhos, sem fluxo intrauterino; não há feto nem BCF, na mola completa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende. Obstetrícia. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
55	D	<p>Para interromper a cadeia de transmissão da TB é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos. Sendo assim, a busca ativa em pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia prioritizada nos serviços de saúde para a descoberta desses casos. É importante lembrar que cerca de 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar e, destes, 60% são bacilíferos. De acordo com o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública compete à instância municipal coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios no município, bem como supervisionar e participar da investigação e do controle dos contatos de pessoas com tuberculose na comunidade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</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.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre de Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.</p>
56	B	<p>Os dados apresentados são da incidência da TB no Brasil, que é um indicador da morbidade da doença. As taxas de incidência apresentam o risco de adoecer pela TB., assim, as pessoas em situação de rua são as de maior incidência e risco de adoecer por TB.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Boletim Epidemiológico. Volume 50/mar 2019. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença.2018.</p>
57	B	<p>a. Embora o trabalho seja um complicador importante, para fins diagnósticos não há nenhuma validade científica em descrever como Síndrome de Burnout, visto que essa denominação é de caráter puramente psicológico, sem a devida validação científica da OMS, não estando presente nem na CID-10, nem no DSM-V.</p> <p>b. A paciente apresenta todos os sintomas tidos como critérios para diagnóstico de episódio depressivo de grau moderado a grave usando os critérios científicos da Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão e no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição.</p> <p>c. O transtorno de ansiedade generalizada por si mesmo não definiria o quadro da paciente, tendo em vista os evidentes sintomas de tristeza e anedonia.</p> <p>d. Não é possível considerar que o exercício de sua atividade laboral diária seja um trauma em si, visto que a paciente já o exerce de forma contínua, e não há relato de nenhum evento específico de sua atividade que a impacte, como um trauma.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>SADOCK, Benjamin J. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Capítulo 8, p347-57.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
58	A	<p>Ressalta-se que o esquema de 2 doses, com um intervalo mínimo de 6 meses entre as doses é indicado, visto que a resposta imunológica se mostrou mais efetiva em situações onde este intervalo é respeitado. Ainda, recomenda-se que o intervalo entre as doses não seja superior a 12-15 meses, para que o esquema vacinal seja completado o mais prontamente, visando garantir uma elevada produção de anticorpos e a efetividade da vacinação. No entanto, caso os adolescentes ou jovens, estejam em atraso com doses do seu esquema, mesmo ultrapassando o intervalo recomendado (12-15 meses), este esquema vacinal deverá ser continuado no momento 9 do comparecimento às salas de vacinação, não havendo a necessidade de reiniciar o esquema vacinal. Em 2017, ampliou-se a vacinação para as meninas de nove a 14 anos e introduziu-se para os meninos de 11 a 14 anos de idade. Também foram contemplados como grupos prioritários, a população feminina e masculina de nove a 26 anos de idade vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos, mantendo-se o mesmo público para o ano de 2018. Destaca-se que nesse ano a vacina continuou a ser oferecida para meninas a partir de 9 anos e meninos a partir de 11 anos com possibilidade de completarem o esquema até os 15 anos, 11 meses e 29 dias de idade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Guia Prático sobre HPV – Perguntas e Respostas – Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Brasília, DF 30 de novembro de 2017.</p> <p>Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Imunização: tudo o que você sempre quis saber Copyright © 2017. ISBN: 978-85-68938-00-3</p>
59	B	<p>a. Anticoncepcional oral combinado (estrógeno + progesterona) – O antecedente de trombose venosa profunda contraindica o uso de estrógeno.</p> <p>b. A paciente em questão é jovem, já com vida sexual ativa, o que demanda orientações médicas precisas em relação ao planejamento familiar. Apresenta alguns complicadores que direcionam o peso que deve ser dado aos 4 métodos anticoncepcionais expostos nos distratores: tem dismenorreia, que atrapalha sobremaneira a qualidade de vida e em muitas situações pode ser incapacitante, menorragia, uma provável anemia por deficiência de ferro, complicação da hipermenorreia crônica, e já apresentou trombose venosa profunda. Todos esses fatores pesam na escolha do método anticoncepcional mais indicado. Dispositivo intrauterino medicado com levonorgestrel. O DIU com levonorgestrel é o método mais seguro dentre os expostos (baixo perfil de efeitos colaterais, e de complicações de curto e longo prazo), o mais eficaz, com o menor índice de falha, alta adesão, por não depender da lembrança, ser de longa duração e ter baixo perfil de efeitos colaterais. Tem o potencial de reduzir o fluxo menstrual, e ajudar no tratamento da anemia por perda crônica de ferro, além de reduzir ou eliminar a dismenorreia e, juntamente com o DIU de cobre, ser a opção mais segura para pacientes com antecedentes tromboembólicos.</p> <p>c. Aumenta a incidência de trombose venosa profunda.</p> <p>d. Injeção trimestral intramuscular de progesterona de depósito – Método seguro, eficaz, porém de baixa adesão potencial por depender da lembrança do uso, depender de ida ao serviço de saúde para uso e necessidade de administração correta (no tempo certo, e sem extravasamento)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.</p> <p>World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/en/</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
60	D	<p>Em defeito do septo atrial (DAS) moderado a grande, o exame físico revela um impulso ventricular direito aumentado, uma segunda bulha cardíaca com um amplo desdobramento fixo e um leve sopro sistólico de ejeção mais bem auscultado na borda esternal superior esquerda. O sopro é causado pelo aumento de fluxo sanguíneo através da valva pulmonar, não através do DSA. Em grandes defeitos, um sopro diastólico também pode estar presente na borda esternal inferior secundário ao fluxo sanguíneo excessivo através da valva tricúspide.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Sachin Khambadkone. BMJ Best Practice, Cardiopatia congênita, última atualização março de 2018.</p> <p>Centers for Disease Control and Prevention: facts about congenital heart defects</p>
61	A	<p>a. Quando uma pessoa está deitada, a força gravitacional está distribuída uniformemente por toda a extensão do seu corpo, e o sangue está distribuído uniformemente por toda a circulação. Quando essa pessoa levanta, a gravidade faz o sangue se acumular nas extremidades inferiores. Esse acúmulo cria uma diminuição instantânea do retorno venoso de forma que haverá menos sangue nos ventrículos no início da próxima contração. O débito cardíaco cai de 5 L/ min para 3 L/ min, fazendo a pressão arterial diminuir. Essa diminuição da pressão arterial na posição de pé é chamada de hipotensão ortostática. A hipotensão ortostática normalmente desencadeia o reflexo barorreceptor. O resultado é um aumento no débito cardíaco e na resistência periférica, que, juntos, aumentam a pressão arterial média e a trazem de volta ao normal dentro de dois batimentos cardíacos, logo a sintomatologia cessa espontaneamente</p> <p>b. O reflexo barorreceptor é desencadeado por hipotensão ortostática normalmente.</p> <p>c. Alguns indivíduos respondem a situações de estresse extremo com desmaio, a situação é referida clinicamente como síncope vasovagal. A perda da consciência deve-se à redução do fluxo sanguíneo cerebral, o qual é produzido por súbita perda da pressão arterial que, por sua vez, ocorre como consequência da súbita perda do tônus simpático e simultaneamente um grande aumento do tônus parassimpático e queda na frequência cardíaca. As influências nos centros medulares cardiovasculares que produzem síncope vasovagal parecem provir do córtex pelos centros depressores no hipotálamo anterior. Tem sido sugerido que a síncope vasovagal é análoga à resposta ao perigo de “brincar de morto” usado por alguns animais. Felizmente, a perda da consciência (em combinação com a posição horizontal) parece eliminar rapidamente este grave distúrbio dos mecanismos normais de controle da pressão arterial em humanos</p> <p>d. A função cardiovascular pode ser modulada por sinais provenientes de outros receptores periféricos, além dos barorreceptores. Por exemplo, os quimiorreceptores arteriais ativados pelos baixos níveis sanguíneos de oxigênio aumentam o débito cardíaco.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>SILVERTHORN, Dee Unglaub. Fisiologia humana: uma abordagem integrada. Unidade 3, p495-6.</p> <p>https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582714041/cfi/524!/4/4@0.00:48.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
62	C	<p>A taxa de transmissão do HIV de mãe para filho durante a gravidez, sem qualquer tratamento, pode ser de 20%. Mas em situações em que a grávida segue todas as recomendações médicas, a possibilidade de infecção do bebê reduz para níveis menores que 1%. As recomendações médicas são: o uso de remédios antirretrovirais combinados na grávida e no recém-nascido, o parto cesáreo e a não amamentação, porque há risco de transmissão do vírus da mãe para o filho. Quando a sífilis é detectada, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível. Os parceiros também precisam fazer o teste e ser tratados, para evitar uma nova infecção da mulher. No caso é muito importante que o tratamento seja feito com a penicilina, pois é o único medicamento capaz de tratar a mãe e o bebê. Com qualquer outro remédio, o bebê não estará sendo tratado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Manual do Ministério da Saúde.</p>
63	D	<p>A leishmaniose visceral é uma doença crônica, sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia e anemia, dentre outras manifestações. A suspeita clínica da LV deve ser levantada quando o paciente apresentar febre e esplenomegalia associada ou não à hepatomegalia. O diagnóstico parasitológico é o diagnóstico de certeza feito pelo encontro de formas amastigotas do parasito, em material biológico obtido preferencialmente da medula óssea, por ser um procedimento mais seguro, do linfonodo ou do baço. Este último deve ser realizado em ambiente hospitalar e em condições cirúrgicas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade para redução da letalidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 78 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)</p>
64	C	<p>Paciente diabética de longa data que evolui com quadro de hiponatremia sintomática pode se associar a um quadro de esclerose do aparelho justaglomerular manifestando se com hipoaldosteronismo e níveis diminuídos de renina sérica. Nesta situação é necessária reposição com mineralocorticóide após controle clínico e reposição com corticosteróide endovenoso. O diagnóstico é feito com a dosagem dos níveis de renina e aldosterona. Após estabilização com hidrocortisona EV é mandatório a reposição de mineralocorticóide - Fludrocortisona via oral em dose diária.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Dan L. Longo; Anthony S. Fauci; Dennis L. Kasper; Stephen L. Hauser; J. Larry Jameson; Joseph Loscalzo. Medicina Interna de Harrison. McGraw-Hill, 2013.</p>
65	A	<p>Neste caso, a mulher tem mais de 40 anos e é usuária de pílula de anticoncepção hormonal (ACO). Estes dois fatores associam-se e aumentam o risco de trombose venosa. O risco aumenta com a idade e o uso de ACO aumenta os fatores de coagulação e diminui os anticoagulantes naturais por seu metabolismo hepático. A trombose venosa pode ocorrer de forma espontânea, ou seja, sem nenhum fator desencadeante. Os principais sinais são dor, edema e endurecimento da panturilha.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Filho JI. Cirurgia Geral pré e pós-operatório. São Paulo: Editora Atheneu, 2011, p557.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
66	D	<p>As intervenções nos fatores de risco intrínsecas ao paciente são atualmente consideradas de maior impacto para a diminuição do risco de quedas. A sarcopenia e alterações da propriocepção devem ser sempre abordadas e melhoradas. O uso de medicamentos benzodiazepínicos, neste caso o clonazepam, é considerado como fator isolado para um maior risco de quedas em idosos e de intervenção objetiva com a suspensão ou substituição da medicação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Freitas, E.V. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.</p>
67	B	<p>Trata-se de cefaleia crônica, progressiva, sugerindo hipertensão craniana. Quando associada com vômitos em jato e observado ao exame neurológico alteração de equilíbrio e coordenação motora a hipótese mais provável é de Tumor Cerebral.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2ª edição, volume 1, págs 1575-1576</p>
68	B	<p>No início do século XVIII e ainda nos tempos atuais, o principal mecanismo de indução de imunidade e a inoculação de antígenos, seja na forma de microrganismos mortos ou atenuados, ou na forma de proteínas purificados. Através das vacinas são injetados antígenos mortos ou inativos que estimulam a produção de anticorpos e de células de memória, geralmente regulado por uma resposta imune Th2</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Vacinas e Imunoglobulinas. Juarez Cunha, Lenita Simões Krebs, Elvino Barros e Colaboradores. Editora ArtMed. 2009. ISBN 978-85-363-2123-3. Parte I Capítulo 1.</p>
69	C	<p>a. INCORRETA. Paciente apresenta-se com desidratação moderada por estar agitado, ávido por líquidos, com tempo de enchimento capilar alterado, olhos fundos e pulsos rápidos. Portanto, seu tratamento deve seguir o plano B, e não o plano C como afirma esta alternativa. Apesar de estar correta a dose de SF 0,9% a ser administrada pela via endovenosa, pois na fase rápida do plano C o cálculo é de 20 mL/kg em 30 minutos. Portanto $15 \times 20 = 300$ mL.</p> <p>b. INCORRETA. Paciente apresenta-se com desidratação moderada por estar agitado, ávido por líquidos, com tempo de enchimento capilar alterado, olhos fundos e pulsos rápidos. Portanto, seu tratamento deve seguir o plano B, e não o plano A como afirma esta alternativa.</p> <p>c. CORRETA. Paciente apresenta-se com desidratação moderada por estar agitado, ávido por líquidos, com tempo de enchimento capilar alterado, olhos fundos e pulsos rápidos. Portanto, seu tratamento deve seguir o plano B, e pelos cálculos mediante seu peso de 15 kg, deve receber 50-100 ml/kg de solução de reidratação oral em 4-6 horas, em observação no pronto socorro. Então $15 \times 50 = 750$ mL e $15 \times 100 = 1500$ mL.</p> <p>d. INCORRETA. Paciente apresenta-se com desidratação moderada por estar agitado, ávido por líquidos, com tempo de enchimento capilar alterado, olhos fundos e pulsos rápidos. Portanto, seu tratamento deve seguir o plano B, e não o plano C como afirma esta alternativa. Além disto, o cálculo para a fase de manutenção do plano C está errado. O correto seria $1000 + (50 \times 5) = 1250$ mL.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ministério da Saúde do Brasil. Manejo do paciente com diarreia. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf Sociedade Brasileira de Pediatria. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. Guia Prático de Atualização.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
70	C	<p>a. Os inibidores de DPP-4 também são incretínicos, logo também atuam na fisiologia digestória e reduzem a glicemia pós-prandial, entretanto são neutros em relação ao peso.</p> <p>b. Um fármaco que atue no trato digestório que reduza hiperglicemia pós-prandial, não cause hipoglicemia e favoreça perda de peso. A classe medicamentosa que preenche esse requisito é o análogo de GLP-1.</p> <p>c. Trata-se de um caso clínico sobre manejo farmacológico do Diabetes Mellitus tipo 2 em paciente sob uso de terapia dupla hipoglicemiantes e com presença de comorbidades (obesidade, hipertensão e dislipidemia), no qual obtém níveis dentro da meta para glicemia capilar de jejum e nível elevado de HbA1c – por provável hiperglicemia pós-prandial.</p> <p>A questão pergunta sobre um fármaco que atue no trato digestório que reduza hiperglicemia pós-prandial, não cause hipoglicemia e favoreça perda de peso. A classe medicamentosa que preenche esse requisito é o análogo de GLP-1. Logo o único item correto é o “c”: Dulaglutida: análogo de GLP-1.</p> <p>d. O medicamento por ser análogo ao GLP1 hormônio produzido naturalmente, ou seja, ele é agonista e não antagonista do receptor GLP1 responsável por estimular a secreção da insulina e inibir a liberação de glucagon (atrasa o esvaziamento gástrico).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. American Diabetes Association. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2019.</p>
71	A	<p>A decisão de encaminhar um paciente para início da terapia renal substitutiva apoia-se em critérios objetivos e subjetivos. Além do grau de deterioração da função renal e dos parâmetros nutricionais, devem-se considerar também os aspectos clínicos. Essa decisão pode também ser influenciada por outros fatores, como a presença de um acesso vascular maduro; por exemplo: diante de um paciente com TFG entre 5 e 10 ml/min/1,73 m², porém assintomático e com desnutrição leve, a melhor alternativa fosse a imediata confecção de um acesso vascular (ou peritoneal) definitivo, retardando sua entrada em diálise por algumas semanas até a maturação do seu acesso. Ainda: a decisão para indicar tratamento dialítico por hiperpotassemia a um paciente com diagnóstico de insuficiência renal crônica deve apoiar-se não apenas no exame laboratorial, mas também na análise das circunstâncias que propiciaram a elevação do potássio buscando identificar fatores reversíveis.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Riella, Miguel Carlos. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Capítulo 3, p5.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
72	B	<p>Enxaqueca é um tipo de cefaleia caracterizada por crises recorrentes que podem acompanhar-se de náusea, vômito, foto e fonofobia. É usualmente unilateral e pulsátil, de intensidade variável, sendo agravada por atividade física rotineira. Em média, o número de crises é de 1,5 por mês, e a duração varia de duas a 48 horas. Sua prevalência é de 5-25% em mulheres e 2-10% em homens. Predomina em pessoas com idade variando entre 35 e 45 anos. Após 45-50 anos, o predomínio em mulheres tende a cair. Ocorre em 3 a 10% das crianças, afetando igualmente ambos os gêneros antes da puberdade, mas com predomínio em meninas após essa fase. São fatores de risco: predisposição familiar, estresse, ingestão de álcool, falta de alimentação e sono, mudança climática, odores e perfumes, menstruação e exercício. Cerca de 50% das crianças terão remissão espontânea após a puberdade. Esse distúrbio tem marcadas repercussões econômicas para o indivíduo e a sociedade, devido a faltas na escola e no trabalho, redução de eficiência no emprego, procura de serviços médicos e setores de emergência.</p> <p>Na profilaxia, a eficácia dos medicamentos é avaliada por diminuição de duração e intensidade das crises e seu espaçamento num período de dois a três meses. Apenas para alguns fármacos há evidências consistentes sobre eficácia na prevenção de enxaqueca. São usados antidepressivos tricíclicos, em doses inferiores às antidepressivas, com menor latência para o início de efeito analgésico. Em metanálise de trinta e oito ensaios clínicos randomizados, paralelos ou cruzados, controlados por placebo ou outro tratamento ativo, que avaliou eficácia de antidepressivos tricíclicos, antagonistas de serotonina e inibidores seletivos da recaptação de serotonina na profilaxia de enxaquecas ou cefaleia tensional, o tratamento com antidepressivos tricíclicos apresentou chance duas vezes maior de melhorar a dor (NNT = 3). Ensaio randomizado, duplo-cego e cruzado comparou amitriptilina a propranolol na profilaxia de enxaqueca, concluindo que a primeira reduziu significativamente gravidade, frequência e duração das crises, enquanto o segundo diminuiu apenas a gravidade das mesmas. Em revisão sistemática de 19 ensaios clínicos, inibidores seletivos de recaptação de serotonina mostraram resultados inconsistentes na profilaxia de enxaqueca.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: José Geraldo Speciali. Protocolo Nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil. Academia Brasileira de Neurologia.</p>
73	C	<p>O quadro clínico descrito é compatível com Púrpura de Henoch-Schonlein (PHS), pois preenche os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (idade, lesões purpúricas elevadas, dor abdominal) além de apresentar um quadro anterior de IVAS e artralgia. Não há descrição de fraqueza muscular para pensar em Dermatômiosite e não apresenta critérios para Lúpus Eritematoso Sistêmico ou reação de hipersensibilidade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BERHMAN, R E et al. Nelson. Princípios de Pediatria. 18° ed. Editora Elsevier, 2007. ABBAS, ABUL K et al. Robbins Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 8ª Ed. Editora Elsevier, 2010</p>
74	B	<p>De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, mulheres com mais de 50 anos devem realizar o rastreamento de neoplasia de mama, pois os possíveis benefícios superam os danos do método empregado.</p> <p>Com relação ao ensino do método de autoexame das mamas para fins de rastreamento de câncer, nenhuma das revisões sistemáticas de ensaios clínicos selecionadas demonstrou eficácia na redução da mortalidade por câncer de mama.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Migowski et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000600502&script=sci_abstract&tlng=pt</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
75	B	<p>a. Os efeitos anticolinérgicos importantes do dito tricíclico podem levar a piora de sintomas prostáticos.</p> <p>b. Dentre as opções o escitalopram seria a opção mais lógica devido sua ação específica em inibição da recaptação da serotonina, baixo risco de interação medicamentosa e de efeitos colaterais com relação a hipertensão, a glicemia e a hiperplasia prostática.</p> <p>c. A venlafaxina pela sua ação em inibir da recaptação da noradrenalina possui risco de aumentar a pressão arterial, logo não deve ser a 1° escolha a se considerar.</p> <p>d. O carbonato de lítio é considerado um eficaz estabilizador de humor, principalmente para o transtorno bipolar tipo I, mas não possui efeito nos quadros de ansiedade.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Aristides Volpato Cordioli. Psicofármacos, Artmed 5 ed, 2015.</p>
76	D	<p>a. Um caso de amenorreia primária, com desenvolvimento mamário e caracteres sexuais secundários comprometidos e com presença de útero. Cariótipo 46X.</p> <p>b. Um caso de amenorreia primária, com desenvolvimento mamário e caracteres sexuais secundários normais e com presença de útero. O sistema canalicular está preservado. Cariótipo 46XX.</p> <p>c. Um caso de amenorreia primária, com desenvolvimento mamário e caracteres sexuais secundários normais, mas com ausência de útero. Não apresenta pelos pubianos ou axilares. Cariótipo 46 XY.</p> <p>d. Um caso de amenorreia primária, com desenvolvimento mamário e caracteres sexuais secundários normais, mas com ausência de útero. A vagina é formada a partir dos ductos Müllerianos e seio urogenital. Por uma alteração genética, ocorre comprometimento da sua formação da parte que corresponde aos ductos Müllerianos. Neste caso, cariótipo é 46XX.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Williams Gynecology. Amenorreia primária.</p>
77	C	<p>Este é um caso de meningite por estreptococos pneumonie. Este organismo é capaz de se ligar a mucosa respiratória, por que possui ácidos teicoicos em seu revestimento e uma série de proteínas na sua membrana externa que atuam como adesivas. A protease IgA cliva as imunoglobulinas, isso causa deficiência local de IgA e perda da imunidade da mucosa</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tortora, Gerard J. Microbiologia – 10. ed. Porto Alegre :Artmed, 2012. Gray's, anatomia / Susan Standring ; [tradução Denise Costa Rodrigues... et al.]. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2010.</p>
78	D	<p>A profilaxia pós-exposição deve ser realizada em até 72 horas após a exposição. O esquema preferencial (TDF + 3TC + DTG) possui menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa, o que propicia melhor adesão e manejo clínico. Além disso, apresenta alta barreira genética, aumentando a segurança para evitar a resistência transmitida, principalmente quando a pessoa-fonte é multiexperimentada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST E hepatites virais.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
79	A	<p>O menor apresenta quadro clínico muito sugestivo de processo obstrutivo abdominal (dor, sudorese, vômitos, parada de eliminação de gases e fezes), não apresenta massa palpável em forma de salsicha e fezes em geleia de framboesa características da invaginação intestinal, e a radiografia de abdome é bem sugestivo de semi-occlusão por ascaris. A melhora observada ocorreu devido às medicações sintomáticas ministradas. Muito provavelmente os sintomas retornarão com gravidade crescente. Manter em jejum e administrar óleo mineral por sonda nasogástrica é a conduta correta, em situações onde há suspeita de oclusão ou semi-occlusão por <i>Ascaris lumbricoides</i> e só quando essa conduta não funciona é que o paciente é encaminhado à cirurgia. A ausência de febre e de dor profunda, assim como de sinais de peritonite descartam a necessidade de cirurgia imediata (laparotomia) ou do uso de antibióticos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Tony Tannous Tahan. Parasitoses intestinais. In: Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. 4.ed. Barueri – SP, 2017.</p> <p>José Arthur Ramos Alves e Eladio Santos Filho. Parasitoses intestinais na infância. http://ftp.medicina.ufmg.br/ped/Arquivos/2015/RevisaoParasitosesNaInfancia_13022015.pdf</p>
80	D	<p>Quando o paciente apresenta quadro de hipertensão arterial mal controlada, aumenta as chances de causar um AVE isquêmico, e devido a história clínica de perda da capacidade de fala, poderíamos pensar em alterações nas regiões do giro de Broca e na área de Wernicke, como na descrição da filha que o paciente não consegue entender frases completas nos indica que a lesão se apresenta na área de Wernicke que se localiza na circunvolução temporal superior do córtex cerebral esquerdo, sendo responsável pelo conhecimento, interpretação e associação das informações; compreensão da linguagem.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>MOORE. Anatomia Orientada para a Clínica.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
81	A	<p>a. Como a classe dos antidepressivos ISRS já é bastante conhecida, ficaria previsível que esta seria a questão correta. Sendo assim, a inserção dos nomes de outros medicamentos desta classe faz com que o indivíduo avaliado que desconheça o nome de demais medicamentos da classe tenha que analisar as demais questões a fim de confirmar a veracidade desta sentença.</p> <p>b. Amitriptilina é um antidepressivo tricíclico. Os iMAO agem inibindo de forma reversível ou irreversível a MAO, fazendo com que não haja degradação das monoaminas serotonina, noradrenalina e dopamina. De preferência, a forma A metaboliza as monoaminas ligadas mais estreitamente à depressão (i. e., serotonina e noradrenalina), enquanto a forma B metaboliza, em especial, oligoaminas, como a feniletilamina. Tanto a MAO-A quanto a MAO-B metabolizam a dopamina e a tiramina. Tanto a MAO-A quanto a MAO-B são encontradas no cérebro.</p> <p>c. A maioria dos ADTs bloqueia, em certo grau, tanto a recaptção de serotonina quanto a da noradrenalina, mas não é incorreto afirmar que agem bloqueando a recaptção de noradrenalina pois existem ADTs que bloqueiam as bombas de recaptção de noradrenalina (i. e., NAT) ou simultaneamente de noradrenalina e serotonina (i. e., SERT). De qualquer forma, todos os antidepressivos tricíclicos bloqueiam a recaptção de noradrenalina e são antagonistas dos receptores de histamina H1, α1-adrenérgicos e colinérgicos muscarínicos. Um dos pontos era detectar que não são agonistas, e sim antagonistas. Além disso, bloqueiam os canais de sódio sensíveis à voltagem e não os controlados por ligante. Em relação à melhora da sonolência relatada na alternativa, isto é incorreto, pois os ADTs são antagonistas dos receptores de histamina H1, promovendo certo grau de sonolência.</p> <p>d. Esta descrição se refere aos IRSN. Uma indicação prática de que mecanismos monoaminérgicos duplos possam levar a maior eficácia é a constatação de que o IRSN venlafaxina costuma parecer ter maior eficácia antidepressiva com o aumento da dose, teoricamente devido ao recrutamento de uma inibição cada vez maior do transportador de noradrenalina conforme se aumenta a dose (i. e., o “reforço” noradrenérgico).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Stahl, SM. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas. Capítulo 7.</p>
82	C	<p>O caso índice, multibacilar, receberá poliquimioterapia por 12 meses. A monoterapia não é mais utilizada no tratamento de hanseníase. Os critérios diagnósticos do Ministério da Saúde do Brasil são (pelo menos UM dos seguintes): -lesão com alteração de sensibilidade, -acometimento neural com espessamento, -baciloscopia positiva. Dessa forma, o contato preenche critério para hanseníase e já pode ser tratado para a forma neural pura (uma vez que não apresenta lesões em pele). A forma neural pura corresponde a cerca de 5% dos casos de hanseníase. É geralmente uma forma que desafia o raciocínio diagnóstico. Neste caso, todavia, a forte epidemiologia, bem como o acometimento neural típico, facilitam o diagnóstico. A baciloscopia pode ou não ser positiva neste caso e não se deve deixar de tratar o paciente, independentemente de seu resultado. A vacinação de BCG é feita para os contatos livres de hanseníase, de forma a preveni-la. Nos contatos com menos de 15 anos, a vacinação consegue prevenir cerca de 50% dos casos de hanseníase.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ministério da saúde. Guia prático sobre hanseníase. 2017.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
83	D	<p>Na distocia por hiperatividade, as principais complicações para o feto advêm do maior risco de hemorragia intracraniana e prolapso de cordão em decorrência do rápido desprendimento do polo cefálico, comum em grandes múltiparas. É possível a ocorrência de tocotraumatismos fetais pela violência do desprendimento e sofrimento fetal em virtude do intervalo de relaxamento uterino desprezível comprometendo a oxigenação fetal. Bossa serosanguínea é mais comum quando acontece desproporção cefalopélvica com parto prolongado. Hipoglicemia acontece em filhos de mães diabéticas. Sepses perinatais não se justificam.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Zugaib, M. Obstetrícia. 3ª edição, Barueri, SP: Manole 2016. Gary Cunningham ... [et al.]; Obstetrícia de Williams / [tradução: Ademar Valadares Fonseca ... et al; revisão técnica: Renato Augusto Moreira de Sá, Fernanda Campos da Silva.] – 24ª edição – Porto Alegre: AMGH, 2016.</p>
84	B	<p>Paciente com dor crônica, em uso de “comprimidos para a dor”, procura atendimento para avaliação da lombalgia, e descobre lesão renal induzida por AINEs, sem queixas urinárias, com análise urinária normal. AINE's reduzem o efeito vasodilatador das prostaglandinas causando vasoconstrição renal e redução da taxa de filtração glomerular, podendo evoluir para necrose tubular aguda.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: DAUGIRDAS, J.T.; BLAKE, P.G.; ING, T.S. Manual de Diálise: Quarta edição. BMJ Best practice - Lesão renal aguda - Última atualização 18/01/2019.</p>
85	D	<p>Caso clínico característico de climatério. O aumento do FSH se deve a redução na produção de inibina nas células da granulosa do ovário deixando de exercer o feedback negativo em relação a produção de FSH na adeno-hipófise. O hormônio antimulleriano (AMH) é uma glicoproteína secretada pelas células da granulosa dos folículos secundários e pré-antrais. As suas concentrações se mantêm estáveis ao longo do ciclo menstrual nas mulheres em idade reprodutiva e correlacionam-se com o número de folículos antrais precoces. Os níveis de AMH caem acentuadamente e progressivamente ao longo da transição menopáusicas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Hoffman BLS, J.O; Schaffer, J.I; Halvorson, I.m; Bradchaw, k.o; Cunningham, G.G. Ginecologia de Williams.</p>
86	B	<p>No paciente estável, com trauma abdominal fechado, a tomografia computadorizada é o exame adequado, não invasivo e serve para avaliação de lesões intrabdominais e retroperitoneais. O quadro de micro-hematúria indica necessidade de avaliação da via urinária alta, cujo tratamento é, na maioria dos casos, conservador.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: AMERICAN COLLEGE OF SURGIANS COMMITTEE ON TRAUMA. Advanced Trauma Life Support - ATLS. 8 ed. 2009.</p>
87	C	<p>No Teste do Pezinho podemos realizar a triagem neonatal para a Fibrose Cística através da determinação da tripsina imunorreativa que se encontra duas a três vezes aumentada no recém-nascido com Fibrose Cística, no primeiro mês de vida. Quando alterada, deve-se repetir o exame entre 14 e 42 dias de vida, sendo necessária a confirmação com o Teste do Suor ou Teste Genético. Deve-se lembrar, no entanto, que o Teste Genético negativo não afasta a doença, pois não são pesquisadas todas as mutações conhecidas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LEÃO, Ênnio; CORRÊA, Edison José; MOTA, Joaquim Antônio César.; VIANA, Marcos Borato.; VASCONCELLOS, Marcos Carvalho de. Pediatria ambulatorial. 5. ed. Belo Horizonte: COOPMED/UFMG, 2013.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
88	D	<p>A abordagem inicial da Sepsis/Choque Séptico inclui o início precoce de antibioticoterapia de amplo espectro. Considera-se, portanto, para pneumonia comunitária, a associação de ceftriaxona + Claritromicina suficiente para cobrir o espectro de germes causadores da infecção (sendo então considerada associação de amplo espectro). O uso irrestrito e equivocado de antimicrobianos vem causando grave impacto à utilização de antimicrobianos. Após infusão volêmica conforme preconizada pelo SSC, se a perfusão não normalizar, deve-se lançar mão do uso de vasopressores (principalmente, noradrenalina), e não inotrópico (dobutamina). O uso deste é reservado aos pacientes sabidamente cardiopatas, com evidência atual de disfunção cardíaca (revelado pelo eco beira leito, por exemplo).</p> <p>Após infusão volêmica como preconizada pelo SSC, se a perfusão não normalizar, deve-se iniciar o uso de vasopressores (como a noradrenalina) e não inotrópicos (dobutamina). O uso deste é reservado para paciente sabidamente cardiopata.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Howell MD, Davis AM. Management of Sepsis and Septic Shock.</p>
89	A	<p>Na emergência hipertensiva há evidência de lesão aguda de órgão-alvo e risco iminente de morte. Faz-se necessário a redução imediata da PA por meio de agentes anti-hipertensivos parenterais. Não há indícios no caso apresentado de lesão aguda de órgão alvo. O que temos é a condição de urgência hipertensiva, a qual é definida como uma situação em que existe o risco potencial de lesão aguda de órgãos-alvo, o que acontece em pacientes que já apresentam previamente alguma lesão de órgão-alvo (no caso do paciente, AVE). O tratamento preconizado para tal situação é a medicação por via oral e otimização dos anti-hipertensivos. A prática corriqueira de se utilizar anti-hipertensivos por via sublingual, como o captopril, não é estimulada devido ao perfil farmacológico de absorção da droga e por carcer de evidências.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Martins HS, Brandão Neto RA, Velasco IT. Medicina de emergência: abordagem prática.</p>
90	C	<p>Uma primeira avaliação no exame físico deve identificar e tratar de imediato às situações que põem em risco a vida do doente, como a obstrução das vias aéreas, um pneumotórax hipertensivo ou aberto, um hemotórax significativo ou um tamponamento cardíaco. O paciente em questão apresenta uma lesão penetrante em hemotórax esquerdo com hipotensão severa, taquicardia, e rebaixamento do nível de consciência, caracterizando um quadro de choque. Num primeiro momento, as principais hipóteses a serem consideradas são uma lesão vascular levando a choque hipovolêmico, um pneumotórax hipertensivo ou uma lesão cardíaca provocando tamponamento. A presença de turgência jugular afasta a hipótese de choque hipovolêmico. Um pneumotórax hipertensivo a esquerda levaria a ausência de murmúrio vesicular deste lado, não cursaria com hipofonese de bulhas e a ocorrência de turgência jugular seria pouco provável. Uma lesão penetrante do coração pode levar ao acúmulo de sangue no saco pericárdico tendo como consequência um aumento do volume e da pressão extra cardíaca, diminuindo desta maneira a capacidade de enchimento dos átrios e ventrículos. A diminuição da pré-carga pode levar a uma queda do volume sistólico, do débito cardíaco e da pressão arterial. A compressão das câmaras cardíacas tem como consequência o aumento da pressão venosa central pela obstrução ao retorno venoso pela veia cava explicando a ocorrência de turgência jugular. No diagnóstico do traumatismo cardíaco é importante considerar a auscultação, que permite avaliar a clareza dos sons cardíacos, abafados no hemopericárdio. Um quadro de hipotensão associado a ingurgitamento jugular é sinal de tamponamento cardíaco, eventualmente pode também ser observada a presença de pulso paradoxal. A confirmação pode ser feita por exames de imagem como radiografia de tórax mostrando aumento da silhueta cardíaca ou ecocardiograma evidenciando derrame pericárdico. A terapêutica passa por pericardiocentese e toracotomia de emergência para resolução da situação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Marx, J.; Hockberger R.; Walls R. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice 5th edition. Mosby. January , 2002 (p 382-414)
91	A	<p>a. O enunciado descreve o quadro clínico laboratorial de pancreatite aguda biliar. O aluno deverá se utilizar da descrição do quadro clínico para elaborar o diagnóstico clínico. Após o diagnóstico, o aluno deverá decidir sobre o melhor momento para se indicar a cirurgia da vesícula biliar – imediata ou tardia.</p> <p>Em casos de pancreatite aguda biliar, a colecistectomia deverá ser realizada ainda na mesma internação hospitalar, após a melhora do quadro clínico, conforme orientações expressas na literatura recentemente. Esta conduta evita ocorrência de possíveis episódios de pancreatite aguda.</p> <p>b. A colecistectomia imediata em caráter de urgência não deve ser realizada, tendo em vista o quadro inicial de pancreatite aguda.</p> <p>As demais alternativas indicam a realização tardia de colecistectomia, com períodos distintos após a pancreatite aguda. Esta conduta não tem sido recomendada recentemente.</p> <p>c. A colecistectomia imediata em caráter de urgência não deve ser realizada, tendo em vista o quadro inicial de pancreatite aguda.</p> <p>As demais alternativas indicam a realização tardia de colecistectomia, com períodos distintos após a pancreatite aguda. Esta conduta não tem sido recomendada recentemente.</p> <p>d. Em casos de pancreatite aguda biliar, a colecistectomia deverá ser realizada ainda na mesma internação hospitalar, após a melhora do quadro clínico, conforme orientações expressas na literatura recentemente. Esta conduta evita ocorrência de possíveis episódios de pancreatite aguda.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GLASGOW, ROBERT; MULVIHILL SEAN. Tratamento da Doença litíase biliar. In Sleisenger & Fordtran Gastroenterologia e Doenças do Fígado. FELDMAN, MARK; FRIEDMAN LAWRENCE; BRANDT LAWRENCE, eds. Cap 66. pgs. Rio de Janeiro. Ed. Elsevier, 2014, p1141-59.-</p>
92	A	<p>a. Diante do quadro de ausculta respiratória abolida e desvio do mediastino para o mesmo lado da lesão só pode-se apresentar em caso de atelectasia.</p> <p>b. A consolidação aumenta o som respiratório e não desvia o mediastino.</p> <p>c. O derrame e pneumotórax desviam as estruturas do mediastino para o lado oposto.</p> <p>d. O derrame e pneumotórax desviam as estruturas do mediastino para o lado oposto.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Celmo Celeno Porto. Semiologia Médica. Celmo Celeno Porto - 8ª Ed. 2019.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
93	C	<p>O termo demência vascular (DV) tem conotações amplas, referindo-se aos quadros demenciais causados pela presença de Doença cerebrovascular (DCV). É mais comumente utilizado quando associado aos efeitos de grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos infartos), mas inclui também os estados lacunares e as lesões únicas em locais estratégicos (tálamo, giro angular esquerdo, núcleo caudado), demência associada a lesões extensas da substância branca (doença de Binswanger), angiopatia amiloide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos. A DV é a segunda causa mais frequente de demência em países ocidentais, correspondendo a cerca de 10% dos casos, com dados de prevalência encontrados entre 1,2% a 4,2% em indivíduos acima de 60 anos. Além disso, a associação DCV com Doença de Alzheimer ocorre em cerca de 15% dos casos de demência. O diagnóstico da DV se baseia atualmente em critérios específicos que incluem história clínica, avaliação neuropsicológica e exames de neuroimagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética, dando-se preferência a esta pela melhor possibilidade de identificação de infartos lacunares).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Paulo Caramellia e Maira Tonidandel Barbosa. "Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?". Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da FMUSP. São Paulo, SP, Brasil. b Programa de Pós-Graduação em Ciências, Área de Concentração de Fisiopatologia Experimental da FMUSP. São Paulo, SP, Brasil. Rev Bras Psiquiatr 2002;24(Supl I):7-10.</p>
94	D	<p>A criança está com glomerulopatia de lesões mínimas, pois clinicamente apresenta edema, hipercolesterolemia e proteinúria, quadro típico de síndrome nefrótica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Miguel Carlos Riella. Princípios de nefrologia e distúrbios hidreletrolíticos.</p>
95	D	<p>A avaliação feita é transversal e não reflete a curva de crescimento da criança, o peso está nos limites da normalidade neste momento; apenas a avaliação longitudinal pode mostrar o ritmo de crescimento da criança e a necessidade de acompanhamento rigoroso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Ministério da saúde. Caderneta da criança, 2013.</p>
96	B	<p>O quadro apresentado pelo paciente foi um acidente vascular encefálico isquêmico. A zona de penumbra isquêmica ocorre em volta da área de isquemia. Quando ocorre a revascularização da zona isquêmica é possível reverter o mecanismo de lesão neuronal. Com a terapêutica de revascularização ocorre aumento dos fosfatos de alta energia, redução da liberação de glutamato e da formação de radicais livres de oxigênio. Na lesão neuronal contribui também o excessivo influxo pós-sináptico de cálcio (Ca²⁺) e a mobilização intracelular das reservas de cálcio. Esse aumento não fisiológico do Ca²⁺ intracelular vai levar à degradação de membranas e proteínas que são essenciais para a integridade celular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Carol Matson Porth. Pathophysiology Concepts of altered health states. Ed Lippincott, 2002</p> <p>Berends AC, Luiten PGM, Nyakas C - A Review of the Neuroprotective Properties of the 5-HT_{1A} Receptor Agonist Repinotan HCl (BAY x 3702) in Ischemic Stroke. CNS Drug Reviews, 2005; 11 (4): 379-402</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2019
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
97	D	<p>a. A dor do IAM geralmente vem acompanhada de sintomas concomitantes como náuseas, sudorese, tontura, dispneia e não é uma dor contínua que persiste por meses.</p> <p>b. A DRGE geralmente vem acompanhado de outros sintomas como pirose, azia, refluxo e plenitude pós-prandial.</p> <p>c. A dor de angina instável é uma dor recorrente e não contínua e geralmente apresenta sintomas concomitantes como náuseas, sudorese, tontura, dispneia.</p> <p>d. Paciente jovem apresentando quadro que já persiste há três meses, sem sintomas concomitantes e ao exame físico apresenta a dor, que relata na anamnese, reproduzível à palpação de tórax.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: https://www.uptodate.com/contents/major-causes-of-musculoskeletal-chest-pain-in-adults/contributors</p>
98	D	<p>O uso de ácido fólico preconcepção, até 12 semanas de gestação, reduz em 50% o risco de recorrência de defeitos do tubo neural</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Pedreira DAL, Rocha e Silva IR. Terapia medicamentosa e prevenção de malformações congênitas. In: Zugaib M. Medicina Fetal. 2ª edição. São Paulo: Atheneu. 1997. p.518-27.</p>
99	A	<p>A infecção do trato urinário (ITU) caracteriza-se pela invasão e multiplicação de micro-organismos nos rins e nas vias urinárias. Na maioria das vezes, é resultado da colonização da urina por bactérias fecais, que cresceram em meio anaeróbio, sendo a E. coli o patógeno mais comumente envolvido nessas infecções. A ITU é uma das mais comuns infecções bacterianas na mulher, sendo que pelo menos 40% das mulheres adultas têm pelo menos um episódio de ITU em suas vidas. Manifesta-se clinicamente por disúria, polaciúria, urgência miccional e dor no baixo ventre na cistite, arrepios de frio e lombalgia na pielonefrite, ou completa ausência de sintomas na bacteriúria assintomática. O diagnóstico, na maioria das vezes, com exceção da bacteriúria assintomática, é clínico. A gravidez é situação que predispõe ao aparecimento de ITU, devido às mudanças fisiológicas (mecânicas e hormonais) que ocorrem nesse período da vida da mulher. A ITU durante a gravidez pode causar sérias complicações, como o trabalho de parto pré-termo, recém-nascidos de baixo peso, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intraútero, paralisia cerebral, entre outras. O objetivo da presente revisão foi abordar os principais fatores etiológicos, o diagnóstico e a conduta nos casos de ITU durante a gravidez.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Figueiró-Filho EA, Bispo AMB, Vasconcelos MM, Maia MZ, Celestino FG. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. FEMINA Março 2009 vol 37 nº 3 http://maternalis.com.br/upfiles/Arquivos/file_030313113133_ITU_e_gesta_o.pdf</p>
100	B	<p>Os sintomas apresentados no caso são típicos de diarreia aguda em que há comprometimento de intestino delgado, como observado na giardíase. Além disso, as informações epidemiológicas referenciadas como “ausência de rede de esgoto e coleta de lixo quinzenal” e a não eficácia de tratamento empírico corroboram a hipótese de giardíase.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Veronesi, Ricardo; Focaccia, Roberto. Tratado de Infectologia. 2 Vols. 5. ed. Atheneu, 2015.</p>