



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
1	C	<p>As partes das vertebrae C8 e T1 da parte inferior do plexo braquial formam a maior parte do nervo ulnar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sabiston Textbook of Surgery, 20ª edição, Townsend and Beauchamp. Clínica Cirúrgica USP, editora manole, 2 volumes.</p>
2	C	<p>Em um paciente, portador de pneumopatia crônica que cursa com quadro súbito de choque e cianose após crise de tosse, considerando as imagens do exame prévio, a suspeita diagnóstica de pneumotórax hipertensivo deve ser fortemente considerada. Devido à condição clínica e por se tratar de risco iminente de morte, a confirmação diagnóstica com exame de imagem é dispensável. Em casos em que não é possível, pelo exame físico, identificar o hemitórax envolvido, a descompressão bilateral está indicada. Somente após a descompressão torácica, o paciente será encaminhado para o centro cirúrgico, para ser submetido à drenagem de ambos os HT's.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Velasco, IT; Brandão Neto, RA; Souza, HP; Marino; LO Alencar, JCG. Medicina de Emergência – Abordagem Prática. Editora Manole. 15ª Edição – ISBN 10: 6555764015</p>
3	D	<p>A) B) e C) INCORRETAS. A Neurocisticercose ocorre por ingestão de alimentos contaminados ou água por ovos de <i>Taenia solium</i> e não por larvas. Os estágios evolutivos da Neurocisticercose vistos em exames de imagem ocorrem de I a IV. O estágio I é denominado vesicular – o cisticercos está vivo e a larva invaginada, o II vesicular coloidal – a larva está necrosa e sua vesícula mais espessa, III granular nodular – vesícula reduz seu volume e partes da larva em degeneração podem ser visualizadas e IV é considerado nodular calcificado. No caso descrito, a doença está no Estágio IV.</p> <p>D) CORRETA. A forma do contágio e a descrição do estágio da doença são compatíveis com o descrito na assertiva.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kumar V, Abbas A, Fausto N. Robins e Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.</p>
4	B	<p>Trata-se de um caso de cirurgia classificada como contaminada. Por isso, devido risco de deiscência e abscessos deve-se preferir suturas descontínuas (alternativa B e D) e fios monofilamentares sintéticos (alternativa B, A e C).</p> <p>Portanto a alternativa B é a única CORRETA.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Machado YC, Cordeiro TM, Rodrigues BDS. Suturas. 2ª edição. Belo horizonte: Editora Coopmed, 2018.</p>
5	C	<p>Letra a – não se trata de síndrome nefrótica (edema, proteinúria > 3,5 g/ urina de 24 horas e dislipidemia) e sim nefrítica (INCORRETA).</p> <p>Letra b – não se trata de síndrome nefrótica (INCORRETA).</p> <p>Letra c – Síndrome nefrítica (edema/ hipertensão e hematuria); pelo caso descrito, pós infecciosa – GN pós estreptocócica (GNPE) também denominada glomerulonefrite difusa aguda (GNDA). Assertiva CORRETA</p> <p>Letra d – síndrome nefrítica – certo, porém, não é esse o quadro clínico. A elevação das escórias é muito mais lenta, assim como o edema, hipertensão imunidade celular, não humoral, além disso, não é relacionada com infecção (INCORRETA).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Riella, MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidreletrolíticos. Ed. Guanabara Koogan. 5 ed. 2018</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
6	D	<p>A) INCORRETA - Não há indicação colposcopia, pois os achados são considerados normais.</p> <p>B) INCORRETA - Não há indicação para biópsia, pois os achados não são sugestivos de malignidade.</p> <p>C) INCORRETA - Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico com 12 meses.</p> <p>D) CORRETA - Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico. Presença de Lactobacillus sp., Cocos e outros bacilos são considerados achados normais, pois fazem parte da microbiota normal da vagina. Na ausência de sinais e sintomas, a presença desses microrganismos não caracteriza infecção que necessite tratamento (evidência alta).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.</p>
7	B	<p>Estudo com intervenção e divisão dos grupos de forma intencional.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Herce ME, Morse J, Luhanga D, Harris J, Smith HJ, Samungole G, Kancheya N, Muyoyeta M, Reid SE. Integrating HIV care and treatment into tuberculosis clinics in Lusaka, Zambia: results from a before-after quasi-experimental study. BMC infectious diseases. 2018. Dec;18(1), 536-</p> <p>Schweizer ML, Braun BI, Milstone AM. Research methods in healthcare epidemiology and antimicrobial stewardship—quasi-experimental designs. Infection control & hospital epidemiology. 2016. Oct;37(10), 1135-1140.</p>
8	A	<p>Os sintomas que o paciente apresenta de dor ocular, olho arranhando e lacrimejamento intenso demonstram que a causa da injúria encontra-se nas estruturas oculares externas. Como o início dos sintomas surgiu após andar de motocicleta SEM CAPACETE, é muito provável que ele esteja com um corpo estranho ocular. O principal achado do exame físico levanta a hipótese diagnóstica de que este corpo estranho possa estar localizado na conjuntiva tarsal superior, porque toda vez que o paciente pisca o olho, este corpo estranho “risca”, “arranha” a córnea, produzindo estas abrasões lineares verticais. Diante deste quadro, a conduta imediata do médico plantonista deve ser evertir a pálpebra superior direita para procurar corpo estranho em conjuntiva tarsal superior. Uma vez encontrado o corpo estranho, o médico plantonista deverá removê-lo com cotonete, após instilar colírio anestésico. Sendo assim: Procurar corpo estranho em conjuntiva tarsal após eversão da pálpebra superior direita, removendo o mesmo, caso encontrado, é a conduta CORRETA que o médico plantonista deverá ter.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Adam T. Gerstenblith, Michael P. Rabinowitz. Manual de Doenças Oculares do Wills Eye Hospital: (recurso eletrônico) diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência, 6ª edição – Dados eletrônicos - Porto Alegre: Artmed, 2015.</p>
9	D	<p>GN difusa ativa ou inativa, segmentar ou global, endo ou extra capilar envolvendo= 50% de todos os glomérulos, tipicamente com depósitos imunes subendoteliais com ou sem alterações mesangiais. É dividida em difusa segmentar (IV-S) na qual= 50% dos glomérulos envolvidos apresentam lesões segmentares (que envolvem menos da metade do tufo) e difusa global (IV-G) na qual= 50% dos glomérulos envolvidos apresentam lesões globais. Nesses casos o anticorpo anti-DNA encontra-se presente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Klumb EM, Silva CA, Lanna CC, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o diagnóstico, manejo e tratamento da nefrite lúpica, 2015.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
10	A	<p>CORRETA. Se o paciente tem sua capacidade de decisão preservada e consegue dimensionar as consequências de sua decisão, então a equipe deveria respeitar a autonomia do paciente no processo de decisão. Um dos pilares do respeito à dignidade é o reconhecimento do direito à personalidade que nossa constituição busca garantir e que o cuidado paliativo tanto defende. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. [Internet]. 28 nov 2006 [acesso 14 nov 2017]. Disponível: http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm</p> <p>B. INCORRETA. Na visão beneficente a equipe toma decisões que os especialistas indicam sem levar em consideração os desejos do paciente. Essa decisão contraria a CEM e as orientações dos cuidados paliativos.</p> <p>C. INCORRETA. Na visão contratualista, se busca meios para justificar a legalidade dos atos do profissional. Indicar a elaboração do termo de consentimento nesse caso, não implica em que todas as ações da equipe seriam justificáveis do ponto de vista ético-legal.</p> <p>D. INCORRETA. Considerar os desejos do paciente, sim, mas não sob qualquer circunstância. O exercício da autonomia pressupõe que há capacidade para tomada de decisão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. [Internet]. 28 nov 2006 [acesso 14 nov 2017]. Disponível: http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [Internet]. (acesso em 17 nov. 2017). Disponível: http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf</p> <p>LIMA, Maria de Lourdes Feitosa; REGO, Sérgio Tavares de Almeida; SIQUEIRABATISTA, Rodrigo. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Rev. Bioét., Brasília, v. 23, n. 1, p. 31-39, abr. 2015. Disponível em. acesso em 15 nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231043</p> <p>Ana Lucia Coradazzi (Autor), Marcella Tardeli E. A. Santana (Autor), Ricardo Caponero (Autor). Cuidados paliativos; diretrizes para melhores práticas. MG Editores, 2019.</p> <p>KOVACS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev. Bioét., Brasília, v. 22, n. 1, p. 94-104, Apr. 2014. Available from. access on 17 Nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011.</p>
11	D	<p>Orientações sobre vantagens, desvantagens e riscos associados à contracepção escolhida devem ser sempre realizadas na atenção primária, ou seja, a escolha do método deve contemplar a satisfação da paciente, efetividade e segurança do método e a aderência em longo prazo. Incluir sempre na consulta sobre contracepção uma orientação sobre prevenção de IST's.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed Editora LTDA; 2019. 7106 p. 2 vol. ISBN: 978-85-8271-540-6.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
12	A	<p>A letra “a” é a alternativa CORRETA, pois a fissura horizontal, que separa o lobo superior direito do lobo médio, acompanha a quarta costela na face anterior do tórax, e a fissura oblíqua, que separa o lobo médio do lobo inferior, acompanha na face anterior do tórax a sexta costela. Dessa forma, o lobo médio, na face anterior do tórax corresponde ao quarto e quinto espaço intercostais. Portanto, a estertoração fina à direita ocorre na topografia do lobo médio. Como a esquerda só há dois lobos pulmonares (superior e inferior) e as estertorações finas ocorrem superiormente a sexta costela (terceiro, quarto e quinto espaços intercostais), elas estão na topografia do lobo superior esquerdo.</p> <p>A letra “b” está INCORRETA, pois o lobo superior direito na face anterior do tórax corresponde do primeiro ao terceiro espaços intercostais à direita e a projeção do lobo inferior esquerdo na face anterior do tórax ocorre a partir do sexto espaço intercostal.</p> <p>A letra “c” está INCORRETA, pois a projeção do lobo inferior direito na face anterior do tórax ocorre a partir do sexto espaço intercostal.</p> <p>A letra “d” está INCORRETA, pois as projeções dos lobos inferiores na face anterior do tórax ocorrem a partir do sexto espaço intercostal à direita e à esquerda.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Porto CC. Semiologia médica. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2019.</p>
13	C	<p>O processo de Aconselhamento Genético (AG) envolve as seguintes etapas: definição e/ou confirmação do diagnóstico, estimativa de risco, comunicação e tomada de decisão. A entrevista e a avaliação de uma pessoa ou de uma família para uma condição genética em potencial requer uma anamnese detalhada, exame minucioso físico e histórico, o que é realizado na fase pré-teste (primeira etapa ou primeira fase). A informação de histórico familiar pode guiar a estimativa de risco de recorrência por determinar se uma doença foi transmitida por um dos genitores ou se é decorrente de mutação nova. O exame físico deve focalizar variações físicas ou pequenas anomalias que forneçam informações para o diagnóstico. Membros adicionais da família podem precisar de avaliação para a presença ou ausência da doença genética. Após estabelecimento e/ou confirmação do diagnóstico clínico e etiológico e da determinação dos riscos, entra-se na fase de interagir com a família para que ela entenda o que ocorreu, ou seja, comunicar os fatos médicos (diagnósticos, tratamento, prognóstico, causas da doença) sobre a criança ou paciente e os riscos genéticos. A família terá que tomar muitas decisões a partir deste ponto, mas essas irão ocorrer ao longo da vida em resposta a dinâmica da família, e assim o AG deve ser contínuo.</p> <p>No campo da oncologia, a ação do profissional que realiza AG é alertar sobre o desenvolvimento de determinados cânceres com base no seu histórico pessoal e familiar, discutir testes genéticos, opções terapêuticas e diagnósticas para o indivíduo, assim como orientar o paciente sobre as consequências emocionais, psicológicas e sociais do conhecimento de ser portador de uma mutação que confere maior suscetibilidade a uma doença neoplásica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Agnese DM, Pollock RE. Breast cancer genetic counseling: A surgeon’s perspective. Fron Surg.2016;28(3):4. Sales LAP, Lajus TBP. Aconselhamento genético em oncologia no Brasil: realidade e perspectivas. Rev Med (São Paulo). 2018 set.-out.;97(5):448-53.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
14	D	<p>Durante a PCR, as alterações fisiológicas da gravidez somadas a tendência à hipóxia, tornam mais difícil a ressuscitação. Além disso, os mecanismos compensatórios diminuem o fluxo placentário, levando à acidose fetal. Na 2ª metade da gravidez, a massagem cardíaca é menos efetiva em virtude das alterações causadas pela compressão aorto-cava pelo útero aumentado. A resposta alterada da grávida às drogas e as alterações do trato gastrointestinal também afetam a ressuscitação. Cuidados de emergência nas gestantes para reverter a Parada Cardiorrespiratória. Lateralizar o útero para esquerda. Corrigir acidose metabólica. Rapidamente obter via aérea livre e mantê-la. Esvaziamento uterino em 5 minutos se o feto for viável continuar manobras de ressuscitação durante e após a cesárea.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição. 119p. 1. Gravidez de alto risco. 2. Puerpério. 3. Urgências médicas. I. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde</p>
15	B	<p>A alternativa CORRETA indica que os sintomas só aparecem com a produção ácida de novas bombas formadas, o que demora pelo menos 18h, pois o medicamento, apesar da meia vida curta, inativou irreversivelmente as bombas de prótons disponíveis anteriormente.</p> <p>O tempo de exposição ácida do esôfago para dar início aos sintomas é variável para cada paciente, e não é determinado farmacologicamente.</p> <p>A meia vida do Pantoprazol é menor que 2 horas, não havendo dados sobre afinidade ou acoplamento que justifique a duração da ação, o que determina a longa ação é o bloqueio irreversível de cada bomba.</p> <p>No caso do Pantoprazol, não há metabólitos relevantes ativos ou de meia vida mais longa para explicar a duração da ação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Goodman e Gilman. As bases farmacológicas da terapêutica.</p>
16	A	<p>O quadro clínico descrito refere-se a Mononucleose infecciosa (o período prodrômico inicia-se com sintomas gerais - adinamia, febre baixa, mialgia e hiporexia com duração de 2 a 5 dias. Após evolui com febre alta, odinofagia e os achados descritos no exame físico: edema pálpebra- 30% dos casos, linfadenomegalia, esplenomegalia discreta - 50 a 80% dos casos, exsudato amigdaliano, petéquias em palato - 30%). O hemograma inicialmente, na primeira semana da doença, evidencia leucopenia, que evolui posteriormente, na segunda semana (como solicitado na questão) com leucocitose com linfocitose. A faringoamigdalite bacteriana não tem esse período prodrômico de 5 dias, nem apresentaria hepatoesplenomegalia, portanto exclui-se a leucocitose com neutrofilia. A neutropenia na segunda semana de uma doença viral, causada pelo Epstein Barr não ocorre.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>FREIRE, L. M. S.; VASCONCELLOS, M. C. de; ANDRADE, G. M. Q.; FERNANDES, R. A. F. Diagnóstico diferencial das adenomegalias. In: LEÃO, E.; CORRÊA, E. J.; MOTA, J. A. C. Pediatria ambulatorial. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. Capítulo 24, 373-391</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
17	C	<p>Letra A. INCORRETA. Na Leucemia Mieloide Aguda encontra-se blastos mieloides.</p> <p>Letra B. INCORRETA. Nas Leucemias Mieloides Crônica (LMC) encontramos a presença de toda a linhagem granulocítica, de mieloblastos a segmentados, podendo ter eosinofilia e basofilia.</p> <p>Letra C. CORRETA. Indivíduo de mais de 60 anos de idade com linfócitos maior que $5.000/\text{mm}^3$ (no caso com $34.000/\text{mm}^3$), a primeira hipótese deve ser Leucemia Linfóide Crônica (LLC). E ainda tem as Manchas de Gumprecht.</p> <p>Letra D. INCORRETA. Nas LLA normalmente encontramos pancitopenia e/ou Linfoblastos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Baiocchi, Otávio Cesar Carvalho Guimarães e Penna, Adriana Marques Damasco. Guia de Bolso de Hematologia. 2a ed. Atheneu.2019- Hoffbrand, A. Victor e Moss, Paul A.H., e outros. Fundamentos em Hematologia de Hoffbrand.6a ed. ARTMED.2017-- Failace, Renato e Fernandes, Flavo. Hemograma. Manual de Interpretação. 6ª Ed. Artmed.2015
18	D	<p>Por se tratar de uma insuficiência ventilatória obstrutiva (enfisema) os volumes e capacidades pulmonares que se espera que estejam diminuídos são VRE, VRI e CI.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Guyton, A., Hall. J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.</p>
19	A	<p>A. Lateral a artéria carótídea</p> <p>B. Antero-medial ao nervo acessório</p> <p>C. Lateral ao nervo vago</p> <p>D. Medial ao nervo frênico</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. AGUR, A. N. Anatomia orientada para a clínica. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
20	A	<p>a) Córtex cerebral – CORRETA - Alguns comandos do córtex cerebral podem, em alguns momentos, sobrepor-se aos comandos automáticos do tronco encefálico. Esses comandos são os ditos voluntários, podendo a pessoa escolher hiperventilar (aumentando a frequência e volume respiratórios, gerando uma redução da PaCO₂, o que causa aumento do pH arterial.</p> <p>b) Centro apneustico - INCORRETA – Comando involuntário. Sua ativação produz um padrão respiratório de apneuse, que é um padrão anormal com longas pausas inspiratórias seguidas de um breve movimento expiratório.</p> <p>c) Centro pneumotáxico - INCORRETA – Comando involuntário. Desativa a inspiração, limitando a salva de potenciais de ação no nervo frênico.</p> <p>d) Quimiorreceptores centrais – INCORRETA – Comando involuntário. Comunicam-se diretamente com o centro inspiratório. Eles são muito sensíveis às do pH do líquido cerebrospinal (LCE). Caso esse pH esteja muito baixo, esses quimiorreceptores atuam provocando o aumento da frequência respiratória (hiperventilação) e elevações no pH geram reduções na frequência respiratória (hipoventilação).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>VELASCO, et al. Medicina de Emergência Abordagem Prática FMUSP. Edição: 13^a. Editora: Manole. Ano: 2019.</p> <p>AMBATI, et al. Residents Manual of Medicine. Edição: 1^a. Editora: REVINTER Ltda. Ano: 2010.</p> <p>KOEPPE, Bruce M.; STANTON, Bruce A. Berne e Levy Fisiologia. Edição: 7^a. Editora: Elsevier. Ano: 2018.</p> <p>LOPES, Antonio Carlos et al. Tratado de Clínica Médica Lopes. Edição: 3a. Editora: Roca. Ano: 2016</p> <p>HARRISON, Longo; FAUCI, Kasper; HAUSER, Jameson; Loscalzo. Medicina Interna Harrison 2 Volumes. Edição: 18^o. Editora: McGraw Hill. Ano: 2013. Páginas: 2996.</p> <p>LOPES, Antonio Carlos et al. Manual de Clínica Médica. Edição: 1a. Editora: Guanabara Koogan. Ano: 2020.</p>
21	A	<p>Trata-se de paciente sem comorbidades, previamente sadio, sem uso de antibióticos recentes que evoluiu com sintomas e sinais clínicos de consolidação pneumonia. Também, por se tratar de pneumonia comunitária sem sinais de gravidade indica-se tratamento ambulatorial e com macrolídeo em monoterapia. Caso houvesse comorbidades e uso de antibioticoterapia recente poderia optar por Macrolídeo + betalactâmico ou Monoterapia com quinolona respiratória. E se houvesse indicações de possibilidade de aspiração aí seria indicado uso de Betalactâmico com inibidor de betalactamase.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Gusso, Gustavo. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípio, formação e prática. 2019. Infecções de Vias Aéreas Inferiores. Capítulo 155, 1304-1309</p>
22	D	<p>Presença de RHA no tórax à ausculta pulmonar, MV diminuído, sinais clínicos e radiológicos de compressão cardíaca e pulmonar e RX com bolha gástrica no tórax.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Mallory Williams, MD, MPH, FACS. UPTODATE Recognition and management of diaphragmatic injury in adults.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
23	D	<p>O quadro clínico descrito é de um tabagista portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica que apresentou recentemente piora clínica, indicando que uma outra enfermidade está associada à doença crônica.</p> <p>A alternativa “a” está INCORRETA, já que a consolidação de grande monta, por facilitar a propagação das vibrações provenientes da laringe, aumentaria o frêmito na região acometida.</p> <p>A alternativa “b” está INCORRETA, pois o pneumotórax se apresenta com redução do frêmito toracovocal, mas não com macicez à percussão. Devido a maior quantidade de ar no hemitórax haveria hipersonoridade à percussão.</p> <p>A alternativa “c” está INCORRETA, já que um volumoso derrame pleural causaria redução do frêmito toraco vocal e macicez, mas não causaria retração dos espaços intercostais, e sim o contrário (um abaulamento no fim da expiração - sinal de Lemos Torres). Do mesmo modo o desvio do ictus cordis seria para a esquerda, não para direita por efeito de massa.</p> <p>A alternativa “d” apresenta uma condição que causa redução volumétrica do pulmão direito, tracionando o coração para direita e os espaços intercostais em sua direção. Com a redução da quantidade de ar que penetra no hemitórax direito há redução do murmúrio vesicular e mudança do som claro pulmonar para maciço. Na atelectasia por obstrução brônquica o frêmito toracovocal não se propaga para a superfície do tórax.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Porto CC. Semiologia médica. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2019.</p>
24	D	<p>A. INCORRETA. A radiografia mostra a linha de fratura epifisária do rádio, após queda sobre o membro superior, provavelmente como apoio.</p> <p>B. INCORRETA. Não se trata de entorse e sim de fratura. Entorses não são habitualmente elegíveis para o tratamento cirúrgico ou cruento.</p> <p>C. INCORRETA. A fratura é apenas na linha epifisária do rádio e a imobilização dos ossos fraturados do antebraço deve considerar duas articulações, para a imobilização.</p> <p>D. CORRETA. Trata-se de fratura epifisária do rádio após queda e apoio sobre o membro acometido. Considerando-se o antebraço como unidade funcional complexa, deve-se imobilizar as duas articulações: punho e cotovelo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Goldman, Lee. Cecil Medicina – Lee Goldman, Dennis Ausiello. Elsevier, 2009. ISBN 978-352-2660-7 pag. 2163</p>
25	B	<p>A. INCORRETA. O sinal de Kernig caracteriza-se por dor referida na região dorsal, ao elevar-se o membro do paciente com irritação meníngea. Os resultados do exame do líquido não são compatíveis com meningite viral, onde há predomínio de linfócitos e proteínas, com relativa baixa neutrofilia.</p> <p>B. CORRETA. O sinal de Brudzinski é verificado quando ao fletir a cabeça do paciente, o mesmo flete uma ou ambas as pernas sobre as coxas. O quadro laboratorial é compatível com meningite bacteriana.</p> <p>C. INCORRETA. O achado ao exame físico não caracteriza o sinal de Kernig.</p> <p>D. INCORRETA. Não se trata de meningite eosinofílica, comum em infestações parasitárias e crônicas do SNC, pelo quadro clínico e pelo resultado do exame do líquido, característico de infecção meníngea bacteriana.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Goldman, Lee. Cecil Medicina – Lee Goldman, Dennis Ausiello. Elsevier, 2009. ISBN 978-352-2660-7 pag. 3185</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
26	C	<p>A trissomia do 18 ou Síndrome de Edwards, geralmente está associada à deficiência intelectual, pequenez ao nascimento e muitas anomalias congênicas, incluindo microcefalia grave (é típico), cardiopatias (de 75% a 100% dos casos), occipício proeminente, implantação baixa de orelhas malformadas e aspecto facial afilado. É comum na síndrome de Edwards a presença de pé torto congênito, além de apresentar calcanhar proeminente, sendo o pé em formato de mata-borrão.</p> <p>Punhos cerrados, com o segundo dedo sobre o médio e o quinto sobre o quarto são características das Trissomias do 18 e do 13 também.</p> <p>Na Trissomia do X, anomalias físicas são raras nos recém-nascidos. Casualmente ocorrem irregularidades menstruais; e infertilidade podem ser observados em mulheres afetadas, bem como podem ter intelectualidade ligeiramente diminuída.</p> <p>A Trissomia do 13 ou Síndrome de Patau leva um retardo no crescimento do feto em relação a idade gestacional. Apresenta anomalias na linha mediana como, holopresencefalia (falha na divisão adequada do prosencéfalo) e anomalias faciais como lábio leporino e fenda palatina, microftalmia, colobomas (fissuras) da íris e displasia da retina. As cristas supraorbitárias são planas e as fissuras palpebrais quase sempre são inclinadas. As orelhas são malformadas e geralmente com implantação baixa. Perda auditiva é comum. Defeitos no couro cabeludo e seios dérmicos também são comuns. Muitas vezes há pregas lisas de pele na nuca. Apesar de compartilhar algumas anomalias físicas com a Trissomia do 18, no caso clínico acima o recém-nascido não apresenta holopresencefalia; desta forma descartando o cariótipo com Trissomiano 13.</p> <p>A Trissomia do 21 ou Síndrome de Down geralmente causa hipotonia muscular, ponte nasal achatada, occipício achatado, microcefalia e pescoço curto com pele redundante na nuca. Os olhos são inclinados para cima e geralmente há pregas do epicanto no canto interno dos olhos. A boca geralmente permanece aberta com a língua saliente e enrugada. As orelhas são, muitas vezes, pequenas e arredondadas, as mãos são curtas e largas e costumam ter uma única prega palmar transversa. Os dedos costumam ser curtos, com clinodactilia (curvatura) do 5º dedo, quase sempre com apenas 2 falanges. Os pés podem ter um amplo espaço entre o 1º e o 2º pododáctilos, com um sulco plantar que frequentemente estende-se dorsalmente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Thompson &Thompson. Genética médica. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
27	B	<p>A – Iniciar tratamento de SG – Síndrome Gripal com Oseltamivir e observação na UBS. INCORRETA - Aluno deverá distinguir os critérios de evolução de SG para SRAG, conhecendo critérios de pneumonia severa por SARS-CoV-2 segundo a Organização Mundial de Saúde², conduzindo o caso com referenciamento para maior complexidade e não o deixar em observação na unidade.</p> <p>B – Indicar a internação hospitalar imediata, com suporte de oxigênio terapia. CORRETA por características de uma SRAG. Aluno deverá analisar o quadro apresentado e classificá-lo com SRAG e não como SG;</p> <p>C – Solicitar tomografia de tórax de alta resolução quantificar o comprometimento pulmonar e dar o diagnóstico do quadro. INCORRETA – Aluno deverá discernir sobre o referenciamento do paciente e não avançar na propedêutica, não indicando exames de imagem na propedêutica da pneumonia por SARS-CoV-2, conforme a Recomendação da OMS³.</p> <p>D – Indicar dexametasona, oxigênio terapia domiciliar, exames para cálculo do escore CURB-65. INCORRETA – Aluno deverá referenciar o paciente, não prescrevendo dexametasona, e não indicando oxigenioterapia domiciliar e nem avançar na propedêutica no nível primário.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <ol style="list-style-type: none">BRASIL/MS/SAPS. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde, Versão 9. (maio de 2020). Brasília, D.F.: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); 2020.WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance (13 March 2020).OPAS/OMS. Uso de exames de imagem de tórax na COVID-19: Guia de aconselhamento rápido. (11 de junho de 2020). Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.SHAH S, MAJMUDAR K, STEIN A, et al. Novel Use of Home Pulse Oximetry Monitoring in COVID-19 Patients Discharged From the Emergency Department Identifies Need for Hospitalization [publicado online ahead of print, 2020 Jun 17]. Acad Emerg Med. 2020;10.1111/acem.14053.THE WHO RAPID EVIDENCE APPRAISAL FOR COVID-19 THERAPIES (REACT) WORKING GROUP. Association Between Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19. JAMA. 2020; 324 (13): 1330–1341. doi: 10.1001 / jama.2020.17023CORRÊA RA, A, COSTA AN, B, LUNDGREN CF, MICHELIM L, et al. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. J Bras Pneumol. 2018;44(5):405-423.



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
28	A	<p>A alternativa CORRETA é a Clortalidona + Valsartana, pois combina duas das 3 classes recomendadas para o tratamento inicial da hipertensão arterial, são 2 classes com efeitos sinérgicos entre si e sem contraindicações para o caso em questão. Tanto a Furosemida quanto o Atenolol não estão indicados para o tratamento inicial da hipertensão arterial. O diurético de alça só é indicado em casos de edema refratário, insuficiência renal ou franca insuficiência cardíaca, o que não é o caso, e atenolol não melhorou os desfechos cardiovasculares quando utilizado para tratamento da hipertensão arterial. A associação Inibidor de ECA e Bloqueador do receptor de angiotensina não é indicada, pois os dois atuam no sistema renina-angiotensina e sua combinação é deletéria. A Anlodipina e Hidralazina são 2 vasodilatadores e sua combinação, na ausência de um diurético e um simpatolítico associados, terá o efeito secundário de causar retenção hídrica com edema, taquicardia reflexa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Goodman e Gilman. As bases farmacológicas da terapêutica, 13ª edição, Capítulo 28</p>
29	C	<p>Trata-se de um lactente, portanto, idade compatível com quadro clínico de bronquiolite. A criança iniciou com quadro respiratório alto, inespecífico, febre baixa de rápida resolução, com piora do quadro respiratório no 4º dia de doença, típico da evolução natural da doença na bronquiolite viral aguda. A criança apresenta desconforto respiratório leve, com SpO₂ normal, mas apresenta imagem radiológica compatível com atelectasia, além de frequência respiratória maior que 60 irpm e diminuição da aceitação alimentar, o que requer internação hospitalar para tratamento, incluindo fisioterapia respiratória (controvérsia seu uso rotineiro na bronquiolite, mas indicada para presença de complicações do quadro, como atelectasia). Não há evidência clara de uso de corticoide e broncodilatador de ação rápida na bronquiolite, não sendo consenso na literatura. Recomenda-se, até o presente momento, de forma consensual, controle de oximetria de pulso, para início de oferta de oxigênio caso SpO₂ ≤ 92%, além de considerar uso de solução salina hipertônica a 3% inalatória e vigilância na hidratação pelo aumento do gasto energético pela taquipneia/desconforto associado a baixa ingestão de leite materno.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR). Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico, 2017. Baraldi, et al. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. Italian Journal of Pediatrics 2014, 40:65.</p>
30	C	<p>O diagnóstico de Rinossinusite aguda bacteriana (RSAB) é baseado em evidências clínicas e na duração da sintomatologia. No curso de uma infecção viral de vias aéreas superiores, devemos suspeitar de uma infecção bacteriana sinusal quando a sintomatologia de um resfriado comum persistir por mais de 10 dias sem evidência de melhora, ou quando houver piora clínica após curto período de melhora (“dupla piora”) e/ou após o quinto dia caracterizado por rinorreia purulenta abundante e obstrução nasal de início súbito, podendo haver associação com edema periorbitário ou dor facial.</p> <p>A duração de 7 dias apenas sem piora clínica não preenche os critérios de RSAB.</p> <p>Quadros virais também podem cursar com febre no início.</p> <p>O simples fato de encontrar velamento de cavidades paranasais não significa que o quadro seja bacteriano. Quadros virais também podem apresentar essa alteração. Realço ainda o fato de que o diagnóstico de Rinossinusite aguda é clínico, não radiológico. O valor diagnóstico do raio X simples dos seios paranasais é controverso e discutível.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Anselmo-Lima WT, Sakano E. Consenso Rinossinusites: evidências e experiências. Braz J Otorhinolaryngol. 2015. Capítulo 81, 1-49</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
31	B	<p>A) O carcinoma sebáceo tem sua origem em glândulas sebáceas, ou seja, células que se assemelham aos sebócitos em diferentes estágios de maturação e não possuem conexão com a epiderme, já que apresentam origem em anexo cutâneo dérmico.</p> <p>B) O carcinoma basocelular é uma das neoplasias mais frequentes da pele. Corresponde a uma proliferação celular que apresenta lento crescimento, conexão com a epiderme, paliçada periférica e fendas com relação ao estroma.</p> <p>C) O carcinoma epidermoide in situ é uma lesão pré-maligna, contendo alterações displásicas em toda a espessura do epitélio.</p> <p>D) O carcinoma epidermoide invasor se caracteriza por ser uma neoplasia maligna com características histopatológicas diferentes do carcinoma basocelular não formando paliçada, fendas e possui uma diferenciação escamosa mais evidente, na maioria dos casos, com queratina e pontes intercelulares (sendo pelo menos uma destas duas características obrigatórias no carcinoma epidermoide, independentemente da localização- pele, pulmão, colo uterino etc. Ou seja, se não tiver queratina ou pontes intercelulares não pode chamar de carcinoma epidermoide, exceto através de estudos adicionais como imuno-histoquímica). Lembrando ainda que podemos ter o carcinoma basocelular com diferenciação escamosa, neste caso temos as características dos dois tumores associadas, o que não é o caso da questão acima.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Robbins patologia básica 9ª edição.</p>
32	B	<p>a) INCORRETA: deve-se evitar o uso da depuração de creatinina medida através da coleta de urina de 24 horas, pelo potencial de erro de coleta, além dos inconvenientes da coleta temporal</p> <p>b) CORRETA: Os recursos diagnósticos utilizado para identificar o paciente com DRC é a Avaliação da Taxa de Filtração Glomerular</p> <p>c) INCORRETA: a cistatina C é reabsorvida e metabolizada a nível tubular e sua excreção urinária é muito pequena</p> <p>d) INCORRETA: A determinação sérica da cistatina C começa a ser usada na prática clínica mas ainda tem alto custo e indicações limitadas a situações relacionadas a secreção tubular aumentada de creatinina.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il.</p>
33	A	<p>A. CORRETA. Os antagonistas de colinorreceptores muscarínicos com grupo de amina quaternária não penetram no SNC e, portanto, não são propensos a prejudicar a memória.</p> <p>B. INCORRETA. Um antagonista de colinorreceptor muscarínico causa o bloqueio do tônus parassimpático nos músculos dos cílios e íris o que poderia aumentar a pressão intraocular.</p> <p>C. INCORRETA. Ao bloquear a motilidade gastrointestinal, esses agentes podem causar aumento da retenção de organismos infectantes.</p> <p>D. INCORRETA. A bexiga urinária é relaxada e o esfíncter urinário contraído por esses agentes, o que resultaria em piora para esta paciente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 12ª edição. Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 2012, 2112 p. Rang, H. P.; Dale, M. M.; Ritter, J. M.; Flower, R. J.; Henderson G.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
34	C	<p>A) Nem todo caso de câncer do colo do útero é causado em consequência da infecção com HPV e nem todo HPV está associado ao câncer do colo do útero.</p> <p>B) Se a paciente tem um carcinoma ESCAMOCELULAR, a origem não ocorreu na glândula, mas sim no epitélio de revestimento.</p> <p>C) Resposta CORRETA</p> <p>D) Se o ciclo celular for interrompido a célula não prolifera.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: PIRES, V.S.; STROPARO, E. O HPV e os genes de supressão tumoral: uma revisão. <i>Biociências, Biotecnologia e Saúde</i>, 9(18), 2017. Disponível em: https://interin.utp.br/index.php/GR1/article/view/1477. Acesso em 20 de junho de 2021.</p>
35	D	<p>A neuroimagem deve ser obtida para todos os pacientes com suspeita de acidente vascular cerebral isquêmico agudo ou ataque isquêmico transitório.</p> <p>A imagem cerebral e neurovascular desempenha um papel essencial no AVC agudo por:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diferenciando isquemia de hemorragia• Excluindo imitações de acidente vascular cerebral, como tumor• Avaliação do status de grandes artérias cervicais e intracranianas• Determinação do volume central do infarto (ou seja, tecido cerebral que é irreversivelmente infartado)• Estimativa da extensão do tecido cerebral potencialmente recuperável com risco de infarto• Orientar intervenções agudas, incluindo a seleção de pacientes para terapias de reperfusão (ou seja, trombólise intravenosa e trombectomia mecânica) <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Diretrizes para o manejo precoce de pacientes com AVC isquêmico agudo: atualização de 2019 das Diretrizes para o manejo precoce de AVC isquêmico agudo de 2018: uma diretriz para profissionais de saúde da American Heart Association / American Stroke Association. <i>Curso</i> 2019; 50: e344.</p>
36	A	<p>Trata-se de um caso de Doença de Kawasaki, obedecendo os critérios de diagnóstico:</p> <p>Critério mandatório: febre por 5 dias ou mais</p> <p>Mais 4 dos seguintes critérios:</p> <p>Hiperemia conjuntival bilateral, não purulenta;</p> <p>Língua em framboesa, eritema e edema de orofaringe, fissuras e eritema labial;</p> <p>Eritema e edema de mãos e pés (fase aguda) ou descamação periungueal (na fase de convalescença); Exantema polimórfico, especialmente no tronco, não vesicular;</p> <p>Linfonodomegalia cervical, com. Pelo menos, um linfonodo > 1,5cm</p> <p>A conduta indicada para o tratamento inicial é gamaglobulina intravenosa (2g/ Kg) e ácido acetilsalicílico (em dose anti-inflamatória, para o controle da febre).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, 4ª ed. Capítulo 10, pág: 1825-1835. Editora Manole.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
37	B	<p>No processo de coagulação sanguínea, ocorre transformação da protrombina em trombina (com exigência de íons cálcio). A trombina atua sobre o fibrinogênio (produzido pelo fígado), transformando-o em fibrina. Essa proteína forma uma rede no ferimento, obstruindo e contendo assim a passagem do sangue.</p> <p>ALTERNATIVA A – INCORRETA coagulação consiste na conversão de uma proteína solúvel do plasma, o fibrinogênio em fibrina, por ação de uma enzima denominada trombina e não tromboplastina</p> <p>ALTERNATIVA B – CORRETA coagulação consiste na conversão de uma proteína solúvel do plasma, o fibrinogênio em fibrina, por ação de uma enzima denominada trombina.</p> <p>ALTERNATIVA C – INCORRETA coagulação consiste na conversão de uma proteína solúvel do plasma, o fibrinogênio em fibrina, E NÃO DE TRMBOPLASTINA EM FIBRINA</p> <p>ALTERNATIVA D – INCORRETA A coagulação consiste na conversão de uma proteína solúvel do plasma, o fibrinogênio em fibrina E NÃO DE PROTROMBINA E TROMBINA</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>KUMAR, V. Robbins & Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9 ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2016.</p> <p>FILHO, G. B. BOGLIOLO. PATOLOGIA. 8 ED. MINAS GERAIS. GUANABARA KOOGAN. 2012</p>
38	B	<p>A gravidez tubária é a forma mais comum (95% dos casos) de gravidez ectópica. Dentre os fatores de risco, podemos destacar dois presentes no enunciado, que são a idade (entre 25 e 34 anos) e infertilidade. O quadro clínico clássico é a dor abdominal associado a sangramento vaginal irregular e atraso menstrual (ocorre geralmente entre 6 e 8 semanas após a última menstruação), como apresentado na questão.</p> <p>O diagnóstico diferencial se faz com outras causas de abdome agudo. A diverticulite aguda (alternativa A) geralmente se desenvolve no lado esquerdo do abdome e vem acompanhado de sintomas associados ao trato gastrointestinal. A apendicite aguda (alternativa B) é um dos diagnósticos diferenciais mais relevantes nesta paciente, mas geralmente em fases mais iniciais, não vem acompanhado de queda do Hb/ Ht e nem sinais de choque hipovolêmico. O abortamento retido (alternativa C) costuma ser um quadro mais arrastado sendo os sintomas infecciosos mais pronunciados.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Pereira, Pedro Paulo; Cabar, Fábio Roberto; Zugaib, Marcel. Pronto socorro em Medicina de Urgência USP Gravidez Ectópica</p>
39	B	<p>O tendão do músculo supra espinhal é, em geral, danificado na lesão do manguito rotador em função do espaço estreito entre a cabeça do úmero e o acrômio.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>HEBERT, Sizínio K. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5.ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Capítulo 4</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
40	D	<p>A) INCORRETA – não se deve perder tempo para estabelecer o atendimento adequado, sendo assim como o ambiente já estava seguro, devemos solicitar serviço de emergência que trará o DEA e imediatamente iniciar massagem cardíaca na frequência de 30 compressões para 2 ventilações (se segurança para ventilar) visto estarem em dois socorristas (estudantes de medicina) e estarmos atendendo adulto jovem, como descrito.</p> <p>B) INCORRETA – não se deve perder tempo para estabelecer o atendimento adequado, sendo assim como o ambiente já estava seguro, devemos solicitar serviço de emergência que trará o DEA e imediatamente iniciar massagem cardíaca na frequência de 30 compressões para 2 ventilações (se segurança para ventilar) visto estarem em dois socorristas (estudantes de medicina) e estarmos atendendo adulto jovem, e não 15 compressões para 2 ventilações, frequência desejada quando atendemos crianças em 2 socorristas.</p> <p>C) INCORRETA - devemos solicitar imediatamente o serviço de emergência que trará o DEA, importante instrumento para verificar se o ritmo cardíaco é chocável ou não. Enquanto o Desfibrilador automático não chega, deve-se estabelecer imediatamente a massagem cardíaca na frequência de 30 compressões para 2 ventilações (se segurança em ventilar) e não 15 para 2, frequência utilizada para 2 socorristas atendendo uma criança.</p> <p>D) CORRETA – devemos solicitar imediatamente o serviço de emergência que trará o DEA, importante instrumento para verificar se o ritmo cardíaco é chocável ou não. Enquanto o Desfibrilador automático não chega, deve-se estabelecer imediatamente a massagem cardíaca na frequência de 30 compressões para 2 ventilações (se segurança em ventilar).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: protocolo da American Heart Association (AHA) DOI: 10.5935/abc.20190203 https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf</p>
41	A	<p>Este quadro está relacionado com a forma clássica de Hiperplasia. A característica do exame físico quanto à criptorquidia bilateral e hipospadia, colaboram para a hipótese de hiperplasia adrenal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Brasília, 2016.</p>
42	D	<p>Manifestação grave, com glicemia maior que 300, insulinização plena</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VILAR, L., Endocrinologia Clínica, 6 ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2016. WAJCHENBERG, BL. Diretriz Brasileira de DM 2020</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
43	B	<p>Na fase puberal ocorre novamente uma aceleração durante um período de 2 a 3 anos (VC de 10 cm/ ano) e, na fase final da puberdade, há uma desaceleração abrupta com VC entre 1 e 1,5 cm/ ano.</p> <p>A produção de androgênios pelas glândulas adrenais, controlada pelo ACTH, é anterior à produção de esteroides gonadais, ocorrendo entre 6 e 8 anos de idade (adrenarca). É responsável por modificações no odor das secreções, aumento da oleosidade da pele e aparecimento e manutenção da pilificação axilar e púbica durante a puberdade.</p> <p>Não há pelos pubianos no estágio I da classificação de Tanner</p> <p>Os hormônios tireoidianos são necessários para o crescimento desde a infância, por sua ação de estímulo à produção e secreção de GH, síntese de IGF-1 e ação direta sobre a placa epifisária</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. M. Nelson Princípios de Pediatria. Grupo GEN, 2016. 9788595155398.2. Pediatria, S.B. D. Tratado de Pediatria, Volume 1. Editora Manole, 2017. 9788520455869.



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
44	B	<p>A prova tuberculínica com resultado $PT \geq 5\text{mm}$ deve ser interpretada como infecção latente, de maneira semelhante em adultos e crianças.</p> <p>O tratamento da Infecção Latente pelo <i>M. tuberculosis</i> (ILTb) em crianças está indicado quando: $PT \geq 5\text{mm}$ ou IGRA positivo – em crianças, independentemente do tempo decorrido da vacinação por BCG (WHO, 2013b, 2014).</p> <p>Recém-nascidos (RN) expostos a casos de TB pulmonar ou laríngea podem ser infectados pelo <i>M. tuberculosis</i> (MTb) e desenvolver formas graves da doença.</p> <p>É importante salientar que antes de se efetuar o tratamento da ILTB deve-se sempre investigar sinais e sintomas clínicos sugestivos de tuberculose ativa e, na presença de qualquer suspeita, investigar a tuberculose ativa e não tratar a ILTB nesse momento.</p> <p>FIGURA 10 – Fluxograma prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos</p> <pre>graph TD; A[Recém-nascido coabitante de caso índice bacilífero] --> B[Iniciar QP primária (H ou R)]; B --> C[3 meses depois - fazer PT]; C --> D[PT ≥ 5mm]; C --> E[PT < 5mm]; D --> F[Manter o tratamento por mais três meses (H) ou um mês (R) e não vacinar com a BCG]; E --> G[Suspender o tratamento e vacinar para BCG];</pre> <p>Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p data-bbox="619 313 1212 336">FIGURA 12 – Fluxograma para investigação de crianças contato (< 10 anos de idade)</p> <p data-bbox="619 1025 805 1048">Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.</p> <p data-bbox="619 1055 826 1077">¹Empregar o quadro de pontuação.</p> <p data-bbox="619 1081 1189 1104">² PT (Prova tuberculínica) ≥ 5 mm em crianças contato independentemente da vacinação com BCG.</p> <p data-bbox="619 1108 1300 1160">³ Quando há um incremento de pelo menos 10 mm em relação a PT anterior. Vale lembrar que a PT estimula a resposta imune à BCG realizada ao nascimento, por isso a necessidade desse incremento na PT após uma avaliação inicial (MENZIES, 1999).</p> <p data-bbox="411 1211 853 1243">REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p data-bbox="411 1249 1468 1406">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, 2019. 364 p.: il</p>
45	D	<p data-bbox="411 1422 1468 1545">O usuário deve ser o protagonista de seu cuidado e o serviço deve atuar como fortalecedor de novas atitudes de vida, no qual o vínculo é encarado como estratégia primando à autonomia. A especificidade do cuidado requer uma via de mão dupla, ou seja, o usuário procurar o serviço e/ou o serviço realizar uma busca ativa no território.</p> <p data-bbox="411 1552 1468 1709">Consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou a recusa dada anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais.</p> <p data-bbox="411 1715 853 1747">REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p data-bbox="411 1753 1045 1785">https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016</p> <p data-bbox="411 1792 1468 1944">Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
46	A	<p>a) CORRETA. O músculo tríceps sural atua na flexão do joelho e flexão plantar do tornozelo.</p> <p>b) Errada. O músculo tríceps sural não atua na extensão do joelho (quadríceps femoral), nem na flexão dorsal do tornozelo (tibial anterior)</p> <p>c) Errada. O músculo tríceps sural não atua na extensão do joelho (quadríceps femoral), porém atua na flexão plantar do tornozelo.</p> <p>d) Errada. O músculo tríceps sural atua na flexão do joelho, mas não na flexão dorsal do tornozelo (tibial anterior)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Moore, K. L.; Dalley A. F.; Agur, A. M. R – Anatomia Orientada para a clínica – sexta edição – Guanabara Koogan – Rio de Janeiro - 2011</p>
47	D	<p>A), B), e C) INCORRETAS - A equipe deve trabalhar em conjunto para o bem da comunidade, assim todos os relatos que possam potencialmente colocar em risco a saúde da comunidade por ela assistida devem ser compartilhados com os membros da equipe e as condutas devem ser tomadas o mais precocemente possível diminuindo desta forma os riscos devido a inércia da equipe.</p> <p>D) CORRETA - A VISITA DOMICILIAR da paciente e o compartilhamento de responsabilidades com a equipe, irão se traduzir em ações imediatas que diminuirão significativamente os riscos para M.S</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VER NOVA PNAB DE 2017 - 4 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - 4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica: XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas; https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html</p>
48	A	<p>Trata-se de paciente no menacme (fase reprodutiva) apresentando mioma submucoso com repercussão clínica de sangramento uterino anormal e provável anemia. A conduta mais adequada seria ressecção histeroscópica do mioma e conservação do útero e da capacidade reprodutiva. O uso de anticoncepcional pode melhorar a sintomatologia, porém não resolve o problema da paciente. A inserção de SIU de levonorgestrel está contraindicada por conta da localização do tumor.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: HOFFMAN, B. L. Ginecologia de Williams. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.</p>
49	A	<p>a) CORRETA: O traçado do eletrocardiograma inicial revela taquicardia de QRS estreito, TSV com estabilidade hemodinâmica. Neste caso o medicamento antiarrítmico indicado é a adenosina e se não houver reversão do ritmo deve se aplicar a cardioversão.</p> <p>b) INCORRETA: O traçado do eletrocardiograma inicial revela taquicardia de QRS estreito com ritmo sinusal, ausência de irregularidade no intervalo R-R - taquicardia supraventricular.</p> <p>c) INCORRETA: O antiarrítmico indicado para TSV com estabilidade hemodinâmica é a adenosina.</p> <p>d) INCORRETA: O traçado do eletrocardiograma inicial revela taquicardia de QRS estreito com ritmo sinusal, ausência de irregularidade no intervalo R-R - taquicardia supraventricular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: -VELASCO, et al. Medicina de Emergência Abordagem Prática FMUSP. Edição: 13ª. Editora: Manole. Ano: 2019. - LOPES, et al. Manual de Clínica Médica da Escola Paulista de Medicina. Edição: 1ª. Editora: Guanabara Koogan. Ano: 2020.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
50	A	<p>Alternativa a: apesar da idade, Sr. Augusto tomou a decisão sobre a não autorização da amputação de sua perna quando se mostrava capaz civil e mentalmente. No Estatuto do Idoso no capítulo II Do direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, Artigo 10º, § 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.?</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil, Lei nº 1074/2003. Estatuto do idoso. Brasília: DF, outubro de 2003 Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução nº 2.217 de setembro de 2018, Brasília: CFM, 2019.</p>
51	D	<p>Trata-se de paciente com colelitíase e sintomatologia clássica, a qual poderia ser confirmada pela ecografia das vias biliares.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gama-Rodrigues, Joaquim José; Machado, Marcel Cerqueira Cesar; Rasslan, Samir. Clínica Cirúrgica. 1ª ed. Barueri, SP: Manole, 2008.</p>
52	C	<p>O diagnóstico da paciente é Hipotireoidismo primário subclínico. Esses casos são tratados somente em algumas situações. Dentre elas, a presença de anti TPO positivo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: SBEn. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/4</p>
53	B	<p>Trata-se de paciente com catarata, apresentando sinais e sintomas típicos. O tratamento indicado é a cirurgia de catarata (facoemulsificação), com o objetivo de substituir o cristalino opaco por uma lente intraocular transparente, melhorando a acuidade visual.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: ARIETA, CEL. Série Oftalmologia Brasileira - Cristalino e catarata. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2018.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
54	A	<p>A: CORRETA Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) É possível observar no caso clínico descrito, pelo menos 4 critérios da classificação proposta pela American College of Rheumatology (ACR) de 1983 para o diagnóstico de LES, que constam no PCDT de LES da CONITEC de 2018, os quais enumera-se:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Úlcera oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico.2) Pancitopenia (anemia + leucopenia + trombocitopenia)3) Alterações imunológicas a) presença de anti-DNA nativo, ou b) presença de anti-Sm4) FAN reagente em altos títulos. Títulos de FAN maior que 1:80 são significativos. <p>Há ainda lesões eritematosas com escamas queratóticas aderidas que constitui um 5º critério</p> <p>B: INCORRETA Conforme as recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia de 2013, os critérios CASPAR devem ser empregados para que se estabeleça o diagnóstico de artrite psoriásica por terem sensibilidade e a especificidade de 99,7% e 99,1%, respectivamente e no enunciado da questão não existem elementos que correspondam aos critérios de CASPAR.</p> <p>C: INCORRETA No texto da questão não há um só sinal ou sintoma descrito, que permita aventar a hipótese diagnóstica de esclerodermia em qualquer de suas formas clínicas como por exemplo, a morfeia, CREST e outras.</p> <p>D: INCORRETA No texto, exceto pela queixa de dor articular, não há um só critério dentre os 7 critérios que devem ser avaliados para fins de diagnóstico de Artrite Reumatoide (AR), conforme proposto pela American College of Rheumatology (ACR) em 1987, descrito no PCDT de AR da Conitec de 2017.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Lúpus Eritematoso Sistêmico, Ministério da Saúde Março de 2018, CONITEC-Relatório de Recomendação.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
55	C	<p>A. INCORRETA A miliária está associada ao acúmulo de suor, que escapa para o tecido circunjacente formando vesículas. Ocorre igualmente em meninos e meninas, com maior incidência nas primeiras semanas de vida. São fatores predisponentes a prematuridade, o uso de roupas em excesso, e o uso de sabões, cremes, produtos oclusivos e oleosos. As lesões clínicas variam de acordo com o nível da obstrução do ducto écrino na pele. As lesões caracterizam-se por pequenas pápulas, vesículas ou vesico pápulas, eritematosas e pruriginosa.</p> <p>B. INCORRETA O impetigo neonatal inicia-se geralmente ao redor de 2 a 3 dias de vida, sob a forma de lesões superficiais vesiculares, pustulosas ou bolhosas, sobre base eritematosa, as quais se rompem facilmente, formando crostas. Localizam-se habitualmente em áreas úmidas da pele, como área das fraldas, virilha, axilas e dobras do pescoço.</p> <p>C CORRETA O eritema tóxico do RN é uma erupção cutânea benigna, autolimitada e idiopática. Geralmente ocorre em RN a termo e deve ser reconhecido pelo pediatra geral. As lesões caracterizam-se por máculas, pápulas e pústulas eritematosas transitórias, que se iniciam em geral ao redor de 3 a 4 dias de vida e localizam-se em frente, face, tronco e membros, tendendo a poupar palmas das mãos e plantas dos pés. Habitualmente têm evolução rápida, desaparecendo de uma área e surgindo em outra em horas. O diagnóstico é na maioria das vezes clínico. Pode-se realizar biópsia nos casos duvidosos, a qual demonstrará acúmulo de eosinófilos no aparelho pilosebáceo. No sangue periférico pode ser encontrada eosinofilia. O tratamento é desnecessário, pois se trata de condição autolimitada.</p> <p>D. INCORRETA A melanose pustular transitória é uma dermatose benigna e autolimitada, de etiologia indefinida, mais frequente em negros e caracterizada por lesões vesico pustulosas superficiais que evoluem para máculas hiperpigmentadas. Localizam-se na porção inferior da face, mento, frente e regiões cervical, pré-tibial e lombar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) 4ª edição - 2017</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
56	C	<p>A) INCORRETA. O indicador de Swaroop-Uemura mede a participação dos óbitos na população com 50 anos ou mais, em relação ao total de óbitos, ou seja, quanto mais alto o seu valor, mais desenvolvido o município, pois a maior proporção de óbitos ocorre na população idosa. Porém, a taxa de mortalidade específica para pessoas com 60 anos ou mais, que estima o risco de morte na população idosa, é menor que em outros municípios (C e D), ou seja, quanto mais baixo o seu valor, menor o número de pessoas morrendo nesse grupo etário.</p> <p>B) INCORRETA. O indicador de Swaroop-Uemura mede a participação dos óbitos na população com 50 anos ou mais, em relação ao total de óbitos, ou seja, quanto mais baixo o seu valor, menos desenvolvido o município, pois menor proporção de óbitos ocorre na população idosa. Além disso, a taxa de mortalidade específica para pessoas com 60 anos ou mais, que estima o risco de morte na população idosa, é menor que em outros municípios (C e D), ou seja, quanto mais baixo o seu valor, menor o número de pessoas morrendo nesse grupo etário.</p> <p>C). CORRETA. O indicador de Swaroop-Uemura mede a participação dos óbitos na população com 50 anos ou mais, em relação ao total de óbitos, ou seja, quanto mais alto o seu valor, mais desenvolvido o município, pois a maior proporção de óbitos ocorre na população idosa. A taxa de mortalidade específica para pessoas com 60 anos ou mais estima o risco de morte na população idosa, ou seja, quanto mais alto o seu valor, maior o número de pessoas morrendo nesse grupo etário.</p> <p>D) INCORRETA. O indicador de Swaroop-Uemura mede a participação dos óbitos na população com 50 anos ou mais, em relação ao total de óbitos, ou seja, quanto mais baixo o seu valor, menos desenvolvido o município, pois a menor proporção de óbitos ocorre na população idosa. A taxa de mortalidade específica para pessoas com 60 anos ou mais estima o risco de morte na população idosa, ou seja, quanto mais alto o seu valor, maior o número de pessoas morrendo nesse grupo etário.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.</p>
57	A	<p>Como o enunciado sugere, na SGB o paciente apresenta um processo degenerativo transitório de origem imunitária que desmieliniza significativamente a bainha de mielina das fibras nervosas dos nervos periféricos, o que explica a severa redução da força motora, principalmente nos membros inferiores. Assim, os potenciais de ação (PA) gerados no motoneurônio inferior alfa terão uma dificuldade muito maior de chegar na placa motora, em função da grande redução na velocidade de propagação dos mesmos sobre as fibras nervosas. Isto resultará numa menor frequência e intensidade de despolarização da placa motora, conforme resposta CORRETA explicitada na alternativa "A". Nada acontecerá no sentido de se liberar mais cálcio do retículo, até porque este depende do estímulo maior, o que não é o caso. Com a menor despolarização da membrana, os canais de sódio se abrirão em menor frequência e, portanto, estarão muito mais no estado fechado que no inativado (alternativas B e C). Finalmente, na alternativa "D" ocorre uma inverdade contundente, pois os PAs sempre são classicamente estereotipados e de tamanho padrão, não ocorrendo redução de suas amplitudes, em situação normal de disparos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BERNE, R.M. & LEVY, M.N. Fisiologia. 7a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018 BORON, W.F. & BOULPAEP, E.L. Medical Physiology - A Cellular and Molecular Approach. 3rd Ed. Philadelphia: Elsevier, 2017 GUYTON, A.C. & HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 13a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017 KANDEL, E.R. et al. Principles of Neural Science. 5a Ed., New York: McGraw-Hill, 2013 TORTORA, G.J. & DERRICKSON, B. Principles of Anatomy & Physiology. 13th Ed. Hoboken, John Wiley & Sons, 2012.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
58	D	<p>a) A profilaxia primária de febre reumática se refere ao tratamento adequado das faringoamigdalites estreptocócicas para prevenir a ocorrência de febre reumática. No caso em questão, o paciente teve o tratamento inadequado para faringoamigdalite estreptocócica e desenvolveu febre reumática.</p> <p>b) A profilaxia primária de febre reumática se refere ao tratamento adequado das faringoamigdalites estreptocócicas para prevenir a ocorrência de febre reumática. No caso em questão, o paciente teve o tratamento inadequado para faringoamigdalite estreptocócica e desenvolveu febre reumática.</p> <p>c) A indicação somente de repouso não é a conduta mais adequada para o caso. Além disso, a profilaxia primária para febre reumática não foi realizada de forma adequada.</p> <p>d) A profilaxia secundária é a mais adequada para a prevenção da ocorrência de novos surtos em indivíduos que já apresentaram o primeiro surto da doença, como é o caso em questão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>1. Oliveira SKF, Magalhães CS, GoldensteinSchainberg C, Silva CCA, Paim L, Rodrigues MCF, Hilário MO, Hirschheimer SMS, Robazzi T, Vieira SE. Febre Reumática: prevenção e tratamento. Diretrizes Clínicas da Saúde Suplementar, AMB: 2011.</p> <p>2. Barbosa, PJB et al. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática. Arq Bras Cardiol 2009; 93(3 supl.4): 1-18.</p>
59	D	<p>a) Reabilitação vestibular não é indicada para disfagia, mas sim para quadros vertiginosos e/ou instabilidades posturais diversas.</p> <p>b) O uso de antidepressivo tricíclico deve ser evitado em pacientes com comprometimento cognitivo, pelo seu efeito anticolinérgico; além disso, a Trazodona não faz parte dessa classe de antidepressivo.</p> <p>c) O correto seria o uso de anticolinesterásico para a cognição; além disso, a quetiapina é um neuroléptico, sem indicação de uso nesse quadro.</p> <p>d) Trata-se de paciente com vários fatores de risco para doença cardiovascular, com descrição típica de quadro motor sequelar a um acidente vascular encefálico prévio, que evolui com comprometimento de sua funcionalidade e piora cognitiva, o que caracteriza um quadro demencial. O Baclofeno é um relaxante muscular que pode ser indicado para esse quadro motor sequelar descrito, assim como o médico fisiatra é um especialista que trata de reabilitação de doenças neurológicas e musculoesqueléticas, relacionadas ao movimento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Freitas, EV, Py, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 4ª edição, 2016.</p>
60	D	<p>O aumento da pressão intersticial leva ao colapso do vaso. As células endoteliais apresentam hiatos entre elas que permite o livre movimento de macromoléculas e de substâncias particuladas. Os hiatos são revestidos por células sobrepostas e fracamente aderidas que atuam como válvulas para impedir o fluxo retrógrado de líquido quando ele entra na luz.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Guyton, A., Hall.J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
61	C	<p>A redução de 50% na taxa de filtração glomerular aproximadamente dobraria a concentração de creatinina no plasma, porque a creatinina não é reabsorvida nem secretada e sua excreção depende amplamente da filtração glomerular. Portanto, quando a taxa de filtração glomerular diminui, a concentração plasmática de creatinina aumenta até que a excreção renal de creatinina volte ao normal. As concentrações de sódio, potássio e íons de hidrogênio são estritamente reguladas por múltiplos mecanismos que as mantêm relativamente constante, mesmo quando a taxa de filtração glomerular cai para níveis muito baixos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: John Hall, Michael Hall - Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology-Elsevier (2020).</p>
62	A	<p>Os bloqueadores alfa-1-adrenérgicos relaxam diretamente a musculatura lisa ureteral. Tais drogas conseguem diminuir o espasmo do trato urinário, facilitando a movimentação do cálculo de modo a aumentar a chance de eliminação espontânea. Evidentemente, eles reduzem a intensidade e as recidivas da cólica nefrética. A combinação AINE + alfabloqueador compõe a chamada Terapia Médica Expulsiva (TME). Pacientes com cálculos ureterais pequenos (= 10 mm), cujos sintomas conseguem ser bem controlados e que não apresentam indicações formais para uma abordagem urológica imediata (ex.: sepse, IRA), podem tentar a TME por um período de até 4-6 semanas. A droga de escolha na atualidade é o Tamsulosin (Secotex®) na dose de 0,4 mg/dia, via oral. Bloqueadores de canais de cálcio (ex.: nifedipina) também podem ser usados com o mesmo intuito, porém, são menos eficazes do que os alfabloqueadores e apresentam maior incidência de efeitos colaterais (ex.: hipotensão arterial).</p> <p>Para a questão proposta, estamos frente a um quadro de ureterolitíase aguda que respondeu adequadamente ao tratamento analgésico (paciente sem dor no momento). Trata-se de cálculo com diâmetro < 10 mm, que já migrou até a porção distal do trato urinário e não está causando nenhuma complicação (ex.: obstrução, IRA, infecção). Logo, estamos frente ao protótipo do paciente candidato à TME com tamsulosina, reavaliando o paciente com nova imagem a cada 7-14 dias e, caso não seja bem-sucedida, indica-se uma abordagem intervencionista.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Papadakis, M.A.; McPhee, S. J. Consenso Rinossinusites: evidências e experiências. Braz J Otorhinolaryngol. 2015. Capítulo 23, 975-978</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
63	B	<p>Resposta CORRETA: “Síndrome parkinsoniana. Prescrição de Biperideno e, na persistência do quadro, substituição do antipsicótico.” – Um dos principais efeitos adversos de antipsicóticos, especialmente antipsicóticos típicos como o Haloperidol, são os efeitos extrapiramidais. Entre esses efeitos, temos a síndrome parkinsoniana ou parkinsonismo medicamentoso, que ocorre devido ao antagonismo de receptores dopaminérgicos na via nigro-estriatal. Nessa via, a dopamina possui papel fundamental na ativação da via direta do movimento, bem como na inibição da via indireta, favorecendo o movimento. O antagonismo de receptores dopaminérgicos por fármacos antipsicóticos pode levar a sintomas motores semelhantes à Doença de Parkinson. Admite-se, ainda, que o parkinsonismo seja resultante de um desequilíbrio entre os sistemas colinérgico e dopaminérgico no corpo estriado. Assim, drogas anticolinérgicas de ação central, como o Biperideno, podem auxiliar no controle dos sintomas motores.</p> <p>a) distrator: “Insônia”. Antipsicóticos típicos são conhecidos pelos seus efeitos sedativos. Em alguns casos acabam sendo indicados inclusive para tentar manejar este transtorno. Sendo assim, insônia não é um efeito adverso associado aos antipsicóticos.</p> <p>c) distrator: “Síndrome serotoninérgica”. Os antipsicóticos não são fármacos serotoninérgicos, ou seja, não aumentam a disponibilidade de serotonina ou estimulam seus receptores. Essa característica é mais comum aos antidepressivos, por exemplo. A síndrome (relativamente rara) que pode ser causada com o uso de antipsicóticos é a síndrome neuroléptica maligna.</p> <p>d) distrator: “Hipoglicemia”. A maioria dos antipsicóticos pode causar algum efeito metabólico. Porém os efeitos mais comuns são: ganho de peso, hiperlipidemia e hiperglicemia. Hipoglicemia não é um efeito adverso associado aos antipsicóticos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brunton LL, Hilan-Dandan, R, Knollmann BC. As bases farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman. 13nd ed. Porto Alegre: AMGH; 2019.</p> <p>Stahl SM. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 4nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.</p> <p>Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº364/13 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia.</p>
64	D	<p>Os acidentes vasculares encefálicos isquêmicos de tronco cerebral ocorrem por oclusão parcial unilateral de ramos do sistema vértebro-basilar, caracterizando as síndromes alternas, nas quais observamos, de acordo com o nível da lesão: homolateralmente acometimento de nervos cranianos e contralateralmente acometimento da via piramidal e das vias sensitivas. Há predominância em idosos, no sexo masculino, associado à comorbidades como hipertensão arterial e diabetes melitus. Millard descreveu o primeiro caso em 1855.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Semiologia neurológica/Carlos Roberto Martins Jr.... (et al.). Semiologia neurológica; ilustração Danilo dos Santos Silva.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
65	A	<p>A) Essa família se encontra no estágio tardio de vida. As mudanças necessárias nesse estágio são: manter o funcionamento e interesses próprios e/ou do casal em face do declínio biológico; apoiar um papel mais central da geração do meio; abrir espaço para a sabedoria dos idosos, apoiando-a sem super funcionar por ela e lidar com as perdas.</p> <p>B) Essa é uma mudança necessária no estágio “Lançando” os filhos e seguindo em frente”.</p> <p>C) Essa é uma mudança necessária no estágio “Saindo de casa: jovens solteiros”</p> <p>D) Essa é uma mudança necessária no estágio “Famílias com filhos pequenos”</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Freeman, TR. Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.</p> <p>Gusso, G; Lopes, JMC; Dias, LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.</p>
66	D	<p>A deficiência de vitamina B12 causa anemia perniciosa, o que, além dos sintomas anêmicos, pode levar a diversos sintomas psicóticos. Além disso, a falta de vitamina B12 também pode provocar déficit de memória e depressão</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Syed EU, Wasay M, Awan S. Vitamin B12 supplementation in treating major depressive disorder: a randomized controlled trial. Open Neurol J. 2013; 7: 44-8.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
67	B	<p>A. INCORRETA - É uma dificuldade persistente para adquirir e desenvolver a fala e a linguagem. Aparentemente a criança possuiu todas as condições para falar, mas ela não consegue ou apresenta muita dificuldade neste processo. Houve recentemente, uma mudança na terminologia e o DEL passou a ser nomeado como TDL - Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem. O atraso no aparecimento da linguagem oral pode, muitas vezes, ser o sinal de problemas auditivos, ou falta de estímulos ou ainda pode ser o sinal de transtornos mais globais no desenvolvimento como o Autismo e a Deficiência Intelectual. No entanto, esse atraso pode ser o indício de um quadro denominado de Distúrbio Específico de Linguagem/Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem (Specific Language Impairment, SLI / Developmental Language Disorder / DLD), ou seja, aparentemente a criança possui todas as condições de desenvolver a linguagem e a fala, mas este desenvolvimento não ocorre conforme o esperado. O diagnóstico inicial é feito por exclusão, ou seja, primeiramente tem que ser investigado se existe algum problema auditivo, se a dificuldade é específica da área da linguagem ou se outros aspectos do desenvolvimento da criança também estão alterados, se existe algum problema emocional grave, se em casa está faltando estímulos para o desenvolvimento da fala e da linguagem.</p> <p>B. CORRETA - O Transtorno do Espectro Autista (TEA) está evidenciado pelo atraso da linguagem social, caracterizado pela falta de interação social desde o momento em que a criança entra no consultório sem olhar para o pediatra que o chama pelo nome, bem como pela falta da fala expressiva e das intenções de comunicação. O comportamento estereotipado e repetitivo neste caso foi visto na brincadeira não funcional com a manipulação de partes de objetos e na rigidez de comportamento relatada pela mãe. Completa-se os critérios diagnósticos para o TEA</p> <p>C. INCORRETA - Transtorno infantil caracterizado por comportamento desafiador e desobediente a figuras de autoridade. A causa do transtorno desafiador de oposição é desconhecida, mas provavelmente envolve uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Os sintomas geralmente começam antes de uma criança completar oito anos de idade. Eles incluem humor irritável, comportamento argumentativo e desafiador, agressividade e índole vingativa que duram mais de seis meses e causam problemas significativos em casa ou na escola. O tratamento envolve terapia individual e familiar.</p> <p>D. INCORRETA - Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) a forma mais simples é desatenta, que se manifesta pela diminuição da capacidade de manter o foco da atenção por períodos prolongados; a forma impulsiva, com inquietude motora ou fala em demasia; e a forma combinada com presença de desatenção, hiperatividade e impulsividade em vários graus.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) 4ª edição - 2017</p>
68	A	<p>a) Sarcoidose – CORRETA – a patologia da Sarcoidose revela processo mononuclear granulomatoso não caseoso.</p> <p>b) Tuberculose – INCORRETA – a patologia revelaria lesão granulomatosa caseosa e pesquisa de BAAR positiva.</p> <p>c) Artrite Reumatoide- INCORRETA – apresenta nódulos reumatoides caracterizam-se por área central de necrose fibroide, envolvida por uma camada de células mononucleares em paliçada entre uma zona vascular de tecido de granulação, plasmócitos e fibroblastos.</p> <p>d) Amiloidose – INCORRETA – na patologia haveria presença de material amiloide exibindo birrefringência com tom esverdeado sob microscopia polarizada após coloração com vermelho Congo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: -CARDOSO RIBEIRO, et al. Manual de Reumatologia. 2.ed. Editora: Guanabara Koogan, ano: 2020. - LOPES, ANTONIO CARLOS et al. Manual de Clínica Médica. Edição: 1a. Editora: Guanabara Koogan. Ano: 2020.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
69	A	<p>A Demência frontotemporal caracteriza-se por significativa alteração da personalidade e do comportamento, com relativa preservação das funções cognitivas praxia, gnosis e memória. As habilidades visuoespaciais também se encontram intactas. A linguagem, por sua vez, é progressivamente afetada, podendo ocorrer dificuldades na compreensão e na expressão verbal, com redução da fluência ou mesmo mutismo. Além disso a imagem mostra plena atrofia cortical em região frontotemporal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: HARRISON, Tinsley Randolph; KASPER, Dennis L.; FONSECA, Ademar Valadares; FINKELSZTEJN, Alessandro. Medicina interna de Harrison - 19. ed. / 2017.</p>
70	C	<p>Considerando as informações apresentadas, como: eco endometrial de 2 mm, colpocitologia com padrão normal e idade da paciente, o diagnóstico mais provável é atrofia do endométrio.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Conduas em Infectologia. Sérgio Cimerman e Benjamin Cimerman. Editora Atheneu. São Paulo. 2005. Capítulo 8, 16, 26 e 58. Tratado de Ginecologia FEBRASGO / editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Agnaldo Lopes da Silva Filho. [et al]. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.</p>
71	C	<p>Os objetivos da avaliação inicial são: identificar a síndrome cerebrovascular, garantir a estabilidade clínica, realizar o exame neurológico abreviado ex: escala NIH e transportar rapidamente o paciente para realização de Tomografia de crânio ou Ressonância Nuclear Magnética craniocervical sem contraste. A apresentação clínica do paciente sugere que a topografia seja na região irrigada pela artéria cerebral anterior.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BMJ Best Practice. Acidente vascular encefálico isquêmico. Última revisão em 06 de dezembro de 2018.</p>
72	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. Quando existe MHC com Eclâmpsia concomitante observa-se associação de fatores de risco para TTG e, como consequência, incidência elevada de malignização. Neste caso o mais provável é o Tumor trofoblástico gestacional (Coriocarcinoma) é uma forma maligna de doença trofoblástica gestacional. É muito mais provável que outros tipos de doença trofoblástica gestacional cresçam rapidamente e se disseminem para outros órgãos.</p> <p>Na maioria das vezes o coriocarcinoma se desenvolve a partir de uma mola hidatiforme completa, mas também pode ocorrer a partir de uma parcial, de uma gravidez normal ou da interrupção da gravidez.</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 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
73	C	<p>O objetivo principal da questão é apresentar um diagnóstico de dor mecânica que frequentemente dispensa exames complementares e cuja primeira abordagem seja não farmacológica.</p> <p>a) Artrite inflamatória de evolução crônica. Analisar o líquido sinovial obtido por punção guiada por ultrassom em joelho direito.</p> <p>Justificativa: a resposta é INCORRETA, os dados de anamnese (fatores epidemiológicos) e o exame físico apontam para ritmo mecânico de dor, não há descrição de presença de líquido articular ao exame físico (sinal da tecla) ou abaulamento em superfície poplíteia, sugerindo um acúmulo como cisto poplíteo (cisto de Baker).</p> <p>b) Poliartrite. Aguardar a evolução até seis semanas e avaliar raio x, provas inflamatórias e fator reumatoide.</p> <p>Justificativa: a resposta é INCORRETA. A anamnese, o exame físico e o tempo de evolução, apontam envolvimento de duas articulações e o ritmo da dor é fortemente sugestivo de osteoartrite, sendo o exame físico e anamnese, geralmente suficientes para o diagnóstico.</p> <p>c) Oligoartrite. Realizar analgesia, reforço muscular e alívio da carga, podendo ocorrer dissociação clínico-radiográfica ao exame complementar.</p> <p>Justificativa: resposta CORRETA. Os dados epidemiológicos obtidos na anamnese e no exame físico justificam o raciocínio clínico e a conduta.</p> <p>d) Espondiloartrite. Avaliar o eixo axial com raio x de articulações sacro-ilíacas e buscar uveíte anterior e aftas orais ao exame físico.</p> <p>Justificativa: a resposta está INCORRETA, a anamnese e o exame clínico apontam para osteoartrite, especialmente, sem a rigidez matinal e a dor lombar intensa que são mais frequentes na espondilite anquilosante, adicionalmente o aparecimento de dor em idades superiores a 45 anos, não é característico das espondiloartrites.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <ol style="list-style-type: none">Bonfá E, Fuller R, Pereira RMR. No Title Manual do Médico Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo- Reumatologia 2a edição. 2021. 202–214 p.Bonfá E, Fuller R, Pereira RMR. No Title Manual do Médico Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo- Reumatologia 2a edição. 2021. 202–214 p.
74	B	<p>A) INCORRETA – O mecanismo de ação da varfarina não está relacionado com a inibição da produção de tromboxanos.</p> <p>B) CORRETA – Os AINEs deslocam a varfarina de sua ligação as proteínas plasmáticas, o que aumenta a concentração de varfarina livre e potencializa o efeito anticoagulante desse fármaco e favorece o aparecimento de quadros hemorrágicos.</p> <p>C) INCORRETA – A inibição seletiva da enzima ciclooxigenase-2 (COX-2), além de não ser o mecanismo central dessa interação, ainda não se relaciona com o processo de coagulação sanguínea.</p> <p>D) INCORRETA – Os AINEs não possuem a capacidade de inibir a absorção de vitamina K.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Vais AA, Cunha EPS, Sucupira JA, Labbado JNT. Intoxicação por varfarina: relato de caso. Braz. J. Surg. Clin. Res. 13(1): 43-45, 2015.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
75	C	<p>Alternativa CORRETA letra C, visto que se tratar de um prematuro precoce, com risco de desenvolver a SDR devido à deficiência de surfactante alveolar associado à imaturidade pulmonar. Como fator de risco ainda identificamos um bebê do sexo masculino, com evolução de desconforto respiratório progressivo. Na descrição do raio X, temos um típico comprometimento de SDR grau II.</p> <p>No caso da pneumonia por Estreptococo do grupo B ou sepse precoce, o RN pode evoluir com desconforto respiratório, RX similar ao descrito, porém costumam ter outros sinais de sepse associados e o risco de infecção no recém-nascido aumenta em filhos de mães colonizada pelo GBS, prematuridade, corioamnionite, rotura das membranas acima de 18h, mãe com bacteriúria pelo GBS, idade menor que 20 anos, raça negra, RN previamente infectados; o que não observamos no caso acima.</p> <p>E no caso da Taquipneia transitória do RN ocorre um retardo na absorção do líquido pulmonar, mais comum em prematuros tardios.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>1- Segre, Conceição A. M.; Costa, Helenilce de Paula Fiod; Lippi, Umberto Gazi. Perinatologia fundamentos e prática; 3.ed. ampl. e atual- São Paulo: SARVIER, 2015.</p> <p>2- Http://paulomargotto.com.br/documentos/8526</p>
76	D	<p>Trata-se de paciente com histórico de dor epigástrica crônica (provável doença péptica) que evolui para dor abdominal de forte intensidade em região epigástrica e posteriormente generalizada associada a descompressão brusca positiva em todo abdome (sinal de peritonite difusa). Além disso, a paciente está fazendo tratamento para dor lombar, provavelmente utilizando anti-inflamatórios que aumentam a chance de úlcera péptica e suas complicações. Trata-se, portanto, de quadro clínico bastante sugestivo de úlcera péptica perfurada, causa mais comum de abdome agudo perfurativo. Neste caso, o exame mais indicado é o RX de tórax PA que identificará pneumoperitônio.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>SABISTON, D.C. – Tratado de Cirurgia – 19ª edição. ED. ELSEVIER – RIO DE JANEIRO</p>
77	B	<p>O paciente em questão apresenta várias características clínicas compatíveis com um quadro depressivo, tais como: apatia, avolição, apragmatismo, anedonia, isolamento social, alteração no padrão sono-vigília, perda de apetite, sentimento íntimo de vazio existencial e desesperança, por tempo prolongado. O quadro é de natureza grave pois há relato de tentativa de suicídio prévia e recente, com elementos que indicam alta intencionalidade suicida, uma vez que ele ainda expressa claramente o desejo de morrer. Por isso, a indicação pela internação hospitalar ou domiciliar é a conduta clínica apropriada para o momento. O fato de não haver alteração na sensopercepção (como delírios e alucinações), permite que descartemos os diagnósticos de transtorno esquizoafetivo; a gravidade clínica do quadro, marcada fortemente pelo risco e ideação suicidas, permitem, também, que descartemos os demais diagnósticos diferenciais mencionados nos outros itens formulados, ou seja, transtorno depressivo leve e transtorno depressivo moderado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. Emergências Psiquiátricas (4 edição). Porto Alegre: Artmed, 2015.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
78	D	<p>A) INCORRETA. A não solicitação do exame não configura em uma medida de prevenção primária porque não se trata de promoção da saúde (ações intersectoriais com o intuito de melhorar as condições de vida de uma pessoa ou comunidade) e nem de proteção específica (imunização).</p> <p>B) INCORRETA. A prevenção secundária é toda medida que busca o diagnóstico precoce da doença, ainda na ausência ou início de sinais e sintomas, mas que somente se justificam em caso de histórico familiar ou suspeita clínica da doença, o que não é a situação da usuária descrita no caso.</p> <p>C) INCORRETA. A prevenção terciária são as medidas que buscam a reabilitação física e social de usuários afetados por agravo que deixou alguma incapacidade, o que não é o caso descrito na questão.</p> <p>D) CORRETA. A Resposta CORRETA, porque o médico considerou desnecessário o exame devido a ausência de qualquer sintoma ou histórico familiar, tratando-se, portanto, de uma medida de prevenção quaternária com o objetivo de evitar um sobrediagnóstico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Melo E, Mattos R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa de vida? In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. orgs. Atenção Primária à Saúde no Brasil – Conceitos, Práticas e Pesquisa. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p. 95-116.</p>
79	B	<p>Paciente adulto jovem atleta, apresenta resposta fisiológica muito eficiente, compensando situações de choque hipovolêmico.</p> <p>O mecanismo de trauma, a confusão mental, taquipneia são indicativos de trauma abdominal, mesmo com a frequência cardíaca e PA dentro da faixa de normalidade podendo sugerir perdas sanguíneas. Realizar o exame primário do ATLS (Advanced Trauma Life Support) e utilizar o ultrassom focado para trauma (FAST) é de fundamental importância para auxílio nas tomadas de decisão pela equipe médica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Manual do Curso ATLS para aluno, Advanced Trauma Life Support, 10ª Edição, 2018.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
80	C	<p>O médico, em nível ético, deve contar sim aos pais do paciente adolescente que ele tentou suicídio, caso contrário estaria infringindo o Artigo 74 do Código de Ética Médica, no seu Capítulo IX sobre sigilo profissional, onde diz que é vedado ao médico: “Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.</p> <p>Neste caso, há a possibilidade de o adolescente vir a tentar novamente contra a sua própria vida, pois uma tentativa de suicídio pode ser seguida de outras, quando não seja esclarecida e tratada adequadamente, com uma terapêutica multidisciplinar que envolva o paciente, a família/cuidadores, a escola, entre outros setores que estejam relacionados à vida do paciente. As estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes.</p> <p>Em nível epidemiológico, as tentativas de suicídios devem ter a notificação do tipo compulsória e imediata, primeiramente em nível municipal, a fim de se instituírem programas preventivos o mais rápido possível. De acordo com a LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019: É imprescindível articular a notificação do caso de tentativa de suicídio à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento, seja via ficha de notificação imediata da tentativa de suicídio, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação) com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde. Isso inclui acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso.</p> <p>Nos casos que envolverem criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá receber a notificação, nos termos de regulamento. Todos os órgãos deverão manter o sigilo do nome do paciente.</p> <p>No caso em questão, o adolescente poderia ser encaminhado para o Centro de Atendimento Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi), o qual faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).</p> <p>Outro aspecto epidemiológico relevante é que o suicídio é a segunda causa de morte entre os adolescentes, atrás apenas dos acidentes de trânsito.</p> <p>COMENTÁRIOS SOBRE OS DISTRADORES:</p> <p>Resposta INCORRETA A: Pelo Código de Ética Médica o médico deve contar aos pais que o adolescente tentou suicídio (Artigo 74 do Código de Ética Médica, no seu Capítulo IX sobre sigilo profissional). A notificação da tentativa de suicídio deve ser feita de forma compulsória e imediata, não até 48 horas depois da entrada do paciente na UPA; e, primeiramente, à Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Resposta INCORRETA B: Na atitude parassuicida a pessoa pratica atos que poderiam levar à sua morte; porém a sua intenção não é se matar. O parassuicídio inclui ferimentos contra si mesmo (incluindo automutilação e queimaduras) com pouca ou sem intenção de causar morte. Já a notificação de atitudes parassuicidas e de tentativa de suicídio deve ser feita em nível municipal.</p> <p>Resposta INCORRETA D: No caso não houve uma atitude parassuicida, mas sim uma tentativa de suicídio, assumida ao médico pelo paciente adolescente. E o médico deve sim contar aos pais que o paciente tentou suicídio (Artigo 74 do Código de Ética Médica, no seu Capítulo IX sobre sigilo profissional).</p> <p>O paciente não necessita de cuidados intensivos em uma Unidade de Terapia Intensiva hospitalar. O adolescente está conversando com o médico que já tomou os primeiros cuidados emergenciais, devendo mantê-lo com os sinais vitais monitorados e em observação na UPA. Além disto, a dosagem de benzodiazepínico ingerida não é fatal.</p> <p>Quanto ao matriciamento, não seria o caso neste momento para o adolescente em questão.</p> <p>De acordo com o Guia prático de matriciamento (ou apoio matricial) em saúde mental do Ministério da Saúde (2011): na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. E a equipe de apoio matricial, no caso específico deste caso, seria a equipe de saúde mental. Este apoio matricial deve ser solicitado quando:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família.- Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais.- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).- Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Dulce Helena Chiaverini (organizadora). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.</p> <p>Sadock, Benjamin J. Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.</p> <p>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm acessado 21/04/2020</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
81	D	<p>a) Transtorno Relacionado à Abstinência de Estimulantes: A característica essencial da abstinência de estimulantes é a presença de uma síndrome de abstinência típica que se desenvolve no prazo de algumas horas a vários dias após a interrupção (ou redução acentuada) do uso de estimulantes (geralmente de altas doses) prolongado. A síndrome de abstinência caracteriza-se pelo desenvolvimento de humor disfórico acompanhado por duas ou mais das seguintes alterações fisiológicas: fadiga, sonhos vívidos e desagradáveis, insônia ou hipersonia, aumento do apetite e retardo ou agitação psicomotora.</p> <p>b) Transtorno Depressivo Induzido por Substância: Uma perturbação proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico, caracterizada por humor depressivo ou diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades. As características diagnósticas do transtorno depressivo induzido por substância/medicamento incluem os sintomas de um transtorno depressivo, como o transtorno depressivo maior; entretanto, abstinência está associada a ingestão, injeção ou inalação de uma substância (p. ex., droga de abuso, exposição a uma toxina, medicamento psicotrópico, outro medicamento) e persiste além da duração esperada dos efeitos fisiológicos, da intoxicação ou do período de abstinência.</p> <p>c) Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância: As características essenciais do transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento são sintomas proeminentes de pânico ou ansiedade que são considerados como decorrentes dos efeitos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina). Os sintomas de pânico ou ansiedade devem ter-se desenvolvido durante ou logo após a intoxicação ou abstinência da substância ou após a exposição a um medicamento, e as substâncias ou medicamentos devem ser capazes de produzir os sintomas.</p> <p>d) Transtorno Depressivo Não Especificado, com início no periparto: Este especificador pode ser aplicado ao episódio atual ou, se atualmente não são satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior, ao episódio mais recente de depressão maior se o início dos sintomas de humor ocorre durante a gravidez ou nas quatro semanas seguintes ao parto.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.</p> <p>2. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
82	B	<p>A) INCORRETA. O quadro clínico apresenta na descrição do exame físico a presença de pulsos femorais, poplíteos, pediosos e tibiais posteriores palpáveis, amplos e simétricos, excluindo a hipótese diagnóstica de oclusão arterial aguda, cujo tratamento deverá ser cirúrgico com embolectomia das artérias dos membros inferiores.</p> <p>B) CORRETA. O quadro clínico apresenta sintomas (dor e edema), sinais (edema, dor a palpação da musculatura da panturrilha, dor a dorsiflexão passiva do pé), bem como a presença de fatores de risco (infecção prévia pelo coronavírus SARS-CoV-2, uso de anticoncepcional oral) que possibilitam o estabelecimento da hipótese diagnóstica de trombose venosa profunda, cujo plano terapêutico deverá ser o tratamento farmacológico com medicações anticoagulantes, como a enoxaparina.</p> <p>C) INCORRETA. O quadro clínico apresenta na descrição do exame físico a presença de pulsos femorais, poplíteos, pediosos e tibiais posteriores palpáveis, amplos e simétricos, excluindo a hipótese diagnóstica de oclusão arterial aguda.</p> <p>D) INCORRETA. O quadro clínico apresenta sinais, sintomas e presença de fatores de risco que possibilitam o estabelecimento da hipótese diagnóstica de trombose venosa profunda, entretanto o tratamento deverá ser farmacológico com medicações anticoagulantes.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Jameson, JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo, DL, Loscalzo J. Medicina Interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: Artmed McGraw Hill; 2020. p. 404-10. Ibidem, p. 843-58. Ibidem, p. 1909-15.</p>
83	C	<p>De acordo com o Suporte Avançado de Vida em Pediatria, aplica-se o algoritmo de Choque Séptico em Pediatria, modificado por Brierley J et al (2008), no qual preconiza-se que na fase inicial (0 a 5 minutos) de atendimento na sala de emergência seja reconhecido o mais rápido possível o estado alterado de consciência e sinais de perfusão inadequada, oferecendo O₂ em alto fluxo e obtendo acesso venoso ou intraósseo para ressuscitação volumétrica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: American Heart Association. AHA - Pediatrics Advanced Life Support Manual. Capítulo Cap 9 - Tratamento do Choque, 220-221.</p>
84	C	<p>Letra C. Trata-se de um quadro de pancreatite aguda com descompensação aguda da glicemia (evidenciada por normalidade da hemoglobina glicosilada). A pancreatite aguda ocorre por ativação precoce dos zimogênios intra pancreáticos levando à destruição local com acometimento colateral das células beta pancreáticas. A hiperglicemia se explica ainda devido à ativação de hormônios contra insulínicos devido à resposta inflamatória sistêmica desencadeada pela pancreatite aguda grave.</p> <p>Letra A é INCORRETA, pois as células acinares são responsáveis pela secreção de enzimas digestivas e outros componentes enzimáticos no pâncreas.</p> <p>Letra B é INCORRETA, pois às células alfa secretam glugacon.</p> <p>Letra D é INCORRETA, pois às células delta secretam somatostatina.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Guyton, A., Hall. J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
85	B	<p>a) INCORRETA: O nó sinoatrial (SA) é o marcapasso normal do coração. Ele dispara a uma frequência de 60 a 100 batimentos por minuto.</p> <p>b) CORRETA: Quando o nó atrioventricular que é irrigado pela artéria coronária direita está comprometido, as fibras de Purkinje assumem o marcapasso cardíaco com frequência de disparo de 20 a 40 batimentos por minuto.</p> <p>c) INCORRETA: neste caso há um bloqueio atrioventricular Mobitz II, revelando lesão abaixo do nó atrioventricular, com acometimento intrínseco do sistema de condução. O trato internodal está acima do nó atrioventricular.</p> <p>d) INCORRETA: Quando o nó atrioventricular (AV) assume o marcapasso cardíaco dispara a uma frequência de 40 a 60 batimentos por minuto.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VELASCO, et al. Medicina de Emergência Abordagem Prática FMUSP. Edição: 13ª. Editora: Manole. Ano: 2019.</p>
86	A	<p>A febre amarela (FA) é uma doença sistêmica, de alta morbimortalidade, típica de áreas tropicais, ocasionada pelo vírus Flavivírus e transmitida por mosquitos, como <i>Aedes aegypti</i> (no ciclo urbano) e <i>Haemagogus</i> (no ciclo silvestre).</p> <p>A ampliação da imunização em larga escala contra o vírus da FA tornou-se necessária no território nacional. Este fato, associado às características própria da vacina contra FA (VCFA), ocasionou considerável aumento do risco de ocorrência de reações adversas (RA) à vacina.</p> <p>A VCFA tem sido administrada em humanos com segurança desde 1937. Em geral, é bem tolerada e muito eficaz. Entretanto, ela pode levar à RA graves, como as doenças viscerotrópica e neurotrópica. Neste caso, um lactente previamente hígido desenvolveu sinais e sintomas da doença neurotrópica associada à VCFA após 20 dias da administração. O risco de desenvolvimento de doença neurotrópica pós-VCFA é de 1:8.000, sendo mais prevalente em grupos vulneráveis, como recém-nascidos, lactentes e indivíduos imunocomprometidos. Cabe salientar que a literatura mostra tempo médio de RA após a VCFA entre 7 e 27 dias, evidenciando que o lactente deste caso esteve próximo ao limite da faixa de tempo esperada para a referida manifestação clínica.</p> <p>No caso descrito, existiam evidências claras de que o vírus vacinal da FA foi causador da doença neurotrópica, visto que as reações encontradas, apesar de tardias, ocorreram dentro do tempo descrito na literatura, os testes para outros possíveis agentes causadores de meningoencefalites foram descartados, e ocorreu a positividade da IgM específica para o vírus da FA no LCR do paciente. Importante ressaltar que, apesar de ocorrer aumento da IgM sérica após a VCFA, seria improvável que ela ultrapassasse a barreira hematoliquórica, pelo fato de a molécula de IgM ser de grande peso molecular, reforçando o diagnóstico.</p> <p>B) INCORRETA. As vacinas estão em dia. A BCG protege contra as formas graves de tuberculose, que inclui a meningoencefalite tuberculosa.</p> <p>C) INCORRETA. Os exames realizados no líquor foram negativos para esta bactéria.</p> <p>D) INCORRETA. Não foram encontradas alterações neurológicas na TC. A TC do cérebro pode mostrar anormalidades específicas (redução da atenuação em um ou ambos os lobos temporais ou áreas de hiperintensidade) sugestivas de HSV em até 80% dos pacientes na apresentação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Febre Amarela: Guia para profissionais da Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2018 Mai 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_amarela_guia_profissionais_saude.pdf 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano estratégico de vacinação contra febre amarela [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2018 Mai 21]. Disponível em:</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		https://infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2018/01/42b172f7b18f2ddb1424cb17e1e6cb24f6fa03023d459d48116f95db7edf21ef.pdf .
87	A	Trata-se de paciente com edema agudo de pulmão com fatores de risco para coronariopatia, sem sinais de baixa perfusão, mas com nítidos sinais de congestão, o que justifica o uso de nitroglicerina e da manutenção do betabloqueador. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Barbisan, Juarez Neuhaus. Edema Agudo de Pulmão. PROURGEN – Programa de Atualização em Medicina de Urgência e Emergência. Capítulo Ciclo 4, vol 2., 75-98.
88	C	O paciente em questão apresenta alto risco cardiovascular (diabético), com dislipidemia secundária à elevação do LDL (hipercolesterolemia isolada). Neste caso, a droga de primeira escolha é o uso de estatina, cujo mecanismo de ação é inibir a HMG-CoA redutase (inibição da síntese hepática do colesterol). Entre elas, devemos dar preferência às de maior potência, por ser paciente de alto risco (Atorvastatina e Rosuvastatina). Seu efeito colateral mais frequente é a miopatia e o mais grave, insuficiência hepática. Devemos avaliar TGO/ TGP antes do uso e marcador de lesão muscular caso haja sintoma de mialgia. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq Bras Cardiol. 109(2Supl.1), 1-76
89	B	A fibrilação atrial é a arritmia sustentada mais comum e representa um grande problema de saúde pública. A prevalência aumenta com a idade, e mais de 95% dos pacientes com FA têm mais de 60 anos de idade. A fibrilação atrial (FA) caracteriza-se por ativação atrial desorganizada, rápida e irregular com perda de contração atrial e frequência ventricular irregular. Na ausência de contração atrial, como ocorre na fibrilação atrial, a quarta bulha não está presente. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: HARRISON, Medicina Interna de Harrison. Capítulo 276, 2111-2177
90	B	A) INCORRETA: Trata-se de uma medicação imunobiológica utilizada nos casos de Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva e não na forma Remitente-recorrente; o mecanismo de ação está descrito corretamente. B) CORRETA: Trata-se de uma medicação imunobiológica considerada primeira escolha em pacientes com Esclerose Múltipla na forma Recorrente-remitente, estando o mecanismo de ação corretamente descrito C) INCORRETA: Trata-se de um medicamento considerado um imunizante passivo que, embora prescrito na Esclerose Múltipla, seu uso ocorre durante os surtos da doença e não em tratamento a longo prazo; o mecanismo de ação está descrito corretamente. D) INCORRETA: Trata-se de um anti-inflamatório hormonal utilizado durante os surtos de Esclerose Múltipla; o mecanismo está descrito corretamente. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Departamento Científico de Neuroimunologia da Academia Brasileira de Neurologia. Orientações para tratamento da esclerose múltipla no Brasil: Consenso do Departamento Científico de Neuroimunologia da Academia Brasileira de Neurologia. Arq Neuropsiquiatr 2017;75(1):57-65. Rang, H.P.; Dale, M.M.; Ritter, J.M. Farmacologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
91	C	<p>Atualmente considera-se o início da Terapia antirretroviral necessário em qualquer nível de contagem de linfócitos TCD4+ ou níveis de Carga Viral, visto os benefícios da terapia precoce na prevenção de doenças oportunistas e outras patologias excedem em muito os riscos de reações adversas das medicações empregadas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de diretrizes clínicas e terapêuticas HIV/AIDS Adulto. Brasília-DF: 2018</p>
92	C	<p>A – INCORRETA: alimentos ricos em potássio podem induzir a natriurese e reduzir a PA. B – INCORRETA: dieta DASH não é baseada em azeite de oliva. D – INCORRETA: cálcio ingerido auxilia em não acúmulo de cálcio intracelular e favorece a vasodilatação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Klein, MRST. Terapia nutricional na hipertensão. Revista HUPE 2015; 14(3): 34-40.</p>
93	A	<p>A. CORRETA Em um escolar com dor abdominal forte, vômitos incoercíveis e típica posição antálgica, com história de uso de ácido valproico, a pancreatite deve ser sempre lembrada. Dentre os principais medicamentos causadores de pancreatite aguda na criança encontra-se o ácido valproico. Considerando esta hipótese, a dosagem de lípase sérica é considerada atualmente como de escolha para seu diagnóstico laboratorial, sendo mais específica que a amilase já que aumenta em 4 a 8 horas com pico entre 24 e 48 horas, mantendo-se elevada por 8 a 14 dias a mais que a amilase (que se mantém elevada por cerca de 4 dias).</p> <p>B. INCORRETA O aumento da glicemia pode ser causa de pancreatite, mas por si não ajuda no diagnóstico, assim como a hipertrigliceridemia.</p> <p>C. INCORRETA A amilase é menos específica, eleva-se em 2- 12 horas, porém mantém-se elevada por cerca de 4 dias.</p> <p>D. INCORRETA A hipertrigliceridemia pode ser causa de pancreatite, mas por si não ajuda no diagnóstico, assim como a hiperglicemia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) 4ª edição - 2017.</p>
94	B	<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- 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 da síntese 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>C-A albumina é de síntese hepática, entretanto sua meia vida é longa e, portanto, não é um bom indicativo de doença aguda.</p> <p>D- A FA e GGT são enzimas canaliculares que aumentam primariamente em lesões celulares dos hepatócitos. Não tendo relação com a estrutura lobular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LONG, Dan L. et al. Avaliação da Função Hepática. Medicina Interna de Harrison, p2527-31.</p>
95	A	<p>O OR não tocou a nulidade – valor 1 (OR: 2,85, IC95%: 1,35-6,05)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, Xiang J, Wang Y, Song B, Gu X, Guan L. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet. 2020. Capítulo Mar 28;395(10229), 1054-1062.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
96	D	<p>O canal dos adutores ou canal de Hunter é um túnel intermuscular que ocupa os dois terços distais da face medial da coxa. Contém a artéria femoral, veia femoral, nervo safeno e vasto medial. Lesões perforantes nesta região constitui emergência com ameaça ao membro inferior com reparo imediato da lesão e continuidade do fluxo. O músculo Adutor Magno é um músculo triangular com aberturas ósteo-aponeuróticas que na porção inferior possui grande abertura permitindo a passagem dos vasos femorais para a parte posterior poplítea.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Susan Standring. Gray's anatomy. 40 ed. Capítulo 80 – cintura pélvica, região glútea e membro inferior. Rio de Janeiro. Elsevier, 2008.</p>
97	B	<p>a. INCORRETA. O quadro clínico, o ECG e o cateterismo mostram lesão na artéria coronária direita, com infarto de parede inferior e dorsal. Por ser identificada lesão única em coronária direita, que tem aspecto anatômico característico nessa projeção. A artéria coronária esquerda, anatomicamente, é diferente deste aspecto (tronco e trifurcação anatômica normalmente).</p> <p>b. CORRETA. O quadro clínico, o ECG e o cateterismo mostram lesão na artéria coronária direita, com infarto de parede inferior e dorsal. Por ser identificada lesão única em coronária direita, que tem aspecto anatômico característico nessa projeção. A artéria coronária esquerda, anatomicamente, é diferente deste aspecto (tronco e trifurcação anatômica normalmente). O tratamento imposto é o cateterismo com implante de dispositivo endovascular farmacológico.</p> <p>c. INCORRETA. Não é a artéria circunflexa, ramos da coronária esquerda. Não se indica operação aberta para lesão única, regular, em vaso único. O tratamento de escolha é o cateterismo com implante de dispositivo endovascular.</p> <p>d. INCORRETA. Não se indica operação aberta para lesão única, regular, em vaso único. O tratamento de escolha é o cateterismo com implante de dispositivo endovascular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Goldman, Lee. Cecil Medicina – Lee Goldman, Dennis Ausiello. Elsevier, 2009. ISBN 978-352-2660-7 pag. 349-361</p>
98	D	<p>Trata-se de paciente que apresenta mamografia altamente suspeita para malignidade, Birads V, que deve ser submetida imediatamente a biópsia/punção de nódulo de mama.</p>  <p>Aqui estão incluídos os nódulos espiculados e as calcificações pleomórficas, ou seja, de formas irregulares e tamanhos e densidade variadas. A conduta de ordem é a biópsia de mama.</p> <p>Acessível em: https://clinicaviver.com/birads-laudos-de-exames-de-mama/</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Goldman, Lee. Cecil Medicina – Lee Goldman, Dennis Ausiello. Elsevier, 2009. ISBN 978-352-2660-7 pag. 1725</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
99	C	<p>ALTERNATIVA A – INCORRETA. Divalproato de sódio não se enquadra como de primeira escolha para tratamento de cefaleias além de ser receituário branco 2 vias C1. Já o propranolol pode ser prescrito em 1 via e receituário simples.</p> <p>ALTERNATIVA B – INCORRETA. Divalproato de sódio não se enquadra como de primeira escolha para tratamento de cefaleias. ser receituário branco 2 vias C1</p> <p>ALTERNATIVA C – CORRETA Amitriptilina é uma medicação profilática para enxaqueca. É primeira linha de tratamento pelo protocolo da Sociedade Brasileira de cefaleia. Por ser um antidepressivo é uma medicação de controle especial e, portanto, a receita precisa ser feita em duas vias.</p> <p>O Ibuprofeno é uma medicação abortiva de dor, ou seja, deve ser utilizada apenas quando há episódio ou crise algica. Também é considerada droga de escolha pelo protocolo da Sociedade Brasileira de cefaleia, medicação sem controle específico e, pode ser prescrito no receituário simples, 1 via.</p> <p>ALTERNATIVA D – INCORRETA. Amitriptilina receituário em duas vias e ibuprofeno e receituário simples 1 via.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde/SNVS. Portaria n°344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dez. de 1998.</p> <p>Bordini CA, Roesler C, Carvalho D de, Macedo DD, Piovesan É, Melhado EM, Dach F, Kowacs F, Silva Júnior HM, Souza JA, Maciel JA Jr, Carvalho JJ, Speciali JG, Barea LM, Queiroz LP, Ciciarelli MC, Valença MM, Lima MM, Vincent MB. Recommendations for the treatment of migraine attacks - a Brazilian consensus. Arq Neuropsiquiatr. 2016. 74:262-7.</p>
100	A	<p>A) CORRETA: Sim, a razão de prevalência de 1,6 demonstra que a COVID -19 elevou em 60% a prevalência de depressão</p> <p>B) INCORRETA. Não, a razão de prevalência 1,6 demonstra aumento depressão por COVID-19 de 60% portanto, não desprezível.</p> <p>C) INCORRETA: Não, a associação foi positiva porque foi > 1</p> <p>D) INCORRETA: A razão de prevalência calculada permitiu conclusões e a amostra foi válida.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Rouquayrol, Maria Zélia – Epidemiologia & Saúde. 8ª edição. Medbook, 2017.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
1	C	<p>As partes das vertebrae C8 e T1 da parte inferior do plexo braquial formam a maior parte do nervo ulnar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sabiston Textbook of Surgery, 20ª edição, Townsend and Beauchamp. Clínica Cirúrgica USP, editora manole, 2 volumes.</p>
2	C	<p>Em um paciente, portador de pneumopatia crônica que cursa com quadro súbito de choque e cianose após crise de tosse, considerando as imagens do exame prévio, a suspeita diagnóstica de pneumotórax hipertensivo deve ser fortemente considerada. Devido à condição clínica e por se tratar de risco iminente de morte, a confirmação diagnóstica com exame de imagem é dispensável. Em casos em que não é possível, pelo exame físico, identificar o hemitórax envolvido, a descompressão bilateral está indicada. Somente após a descompressão torácica, o paciente será encaminhado para o centro cirúrgico, para ser submetido à drenagem de ambos os HT's.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Velasco, IT; Brandão Neto, RA; Souza, HP; Marino; LO Alencar, JCG. Medicina de Emergência – Abordagem Prática. Editora Manole. 15ª Edição – ISBN 10: 6555764015</p>
3	D	<p>A) B) e C) INCORRETAS. A Neurocisticercose ocorre por ingestão de alimentos contaminados ou água por ovos de <i>Taenia solium</i> e não por larvas. Os estágios evolutivos da Neurocisticercose vistos em exames de imagem ocorrem de I a IV. O estágio I é denominado vesicular – o cisticercosoma está vivo e a larva invaginada, o II vesicular coloidal – a larva está necrosa e sua vesícula mais espessa, III granular nodular – vesícula reduz seu volume e partes da larva em degeneração podem ser visualizadas e IV é considerado nodular calcificado. No caso descrito, a doença está no Estágio IV.</p> <p>D) CORRETA. A forma do contágio e a descrição do estágio da doença são compatíveis com o descrito na assertiva.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Kumar V, Abbas A, Fausto N. Robbins e Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.</p>
4	B	<p>Trata-se de um caso de cirurgia classificada como contaminada. Por isso, devido risco de deiscência e abscessos deve-se preferir suturas descontínuas (alternativa B e D) e fios monofilamentares sintéticos (alternativa B, A e C).</p> <p>Portanto a alternativa B é a única CORRETA.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Machado YC, Cordeiro TM, Rodrigues BDS. Suturas. 2ª edição. Belo horizonte: Editora Coopmed, 2018.</p>
5	C	<p>Letra a – não se trata de síndrome nefrótica (edema, proteinúria > 3,5 g/ urina de 24 horas e dislipidemia) e sim nefrítica (INCORRETA).</p> <p>Letra b – não se trata de síndrome nefrótica (INCORRETA).</p> <p>Letra c – Síndrome nefrítica (edema/ hipertensão e hematuria); pelo caso descrito, pós infecciosa – GN pós estreptocócica (GNPE) também denominada glomerulonefrite difusa aguda (GNDA). Assertiva CORRETA</p> <p>Letra d – síndrome nefrítica – certo, porém, não é esse o quadro clínico. A elevação das escórias é muito mais lenta, assim como o edema, hipertensão imunidade celular, não humoral, além disso, não é relacionada com infecção (INCORRETA).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Riella, MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidreletrolíticos. Ed. Guanabara Koogan. 5 ed. 2018</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
6	D	<p>A) INCORRETA - Não há indicação colposcopia, pois os achados são considerados normais.</p> <p>B) INCORRETA - Não há indicação para biópsia, pois os achados não são sugestivos de malignidade.</p> <p>C) INCORRETA - Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico com 12 meses.</p> <p>D) CORRETA - Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico. Presença de Lactobacillus sp., Cocos e outros bacilos são considerados achados normais, pois fazem parte da microbiota normal da vagina. Na ausência de sinais e sintomas, a presença desses microrganismos não caracteriza infecção que necessite tratamento (evidência alta).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.</p>
7	B	<p>Estudo com intervenção e divisão dos grupos de forma intencional.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Herce ME, Morse J, Luhanga D, Harris J, Smith HJ, Samungole G, Kancheya N, Muyoyeta M, Reid SE. Integrating HIV care and treatment into tuberculosis clinics in Lusaka, Zambia: results from a before-after quasi-experimental study. BMC infectious diseases. 2018. Dec;18(1), 536-</p> <p>Schweizer ML, Braun BI, Milstone AM. Research methods in healthcare epidemiology and antimicrobial stewardship—quasi-experimental designs. Infection control & hospital epidemiology. 2016. Oct;37(10), 1135-1140.</p>
8	A	<p>Os sintomas que o paciente apresenta de dor ocular, olho arranhando e lacrimejamento intenso demonstram que a causa da injúria encontra-se nas estruturas oculares externas. Como o início dos sintomas surgiu após andar de motocicleta SEM CAPACETE, é muito provável que ele esteja com um corpo estranho ocular. O principal achado do exame físico levanta a hipótese diagnóstica de que este corpo estranho possa estar localizado na conjuntiva tarsal superior, porque toda vez que o paciente pisca o olho, este corpo estranho “risca”, “arranha” a córnea, produzindo estas abrasões lineares verticais. Diante deste quadro, a conduta imediata do médico plantonista deve ser evertir a pálpebra superior direita para procurar corpo estranho em conjuntiva tarsal superior. Uma vez encontrado o corpo estranho, o médico plantonista deverá removê-lo com cotonete, após instilar colírio anestésico. Sendo assim: Procurar corpo estranho em conjuntiva tarsal após eversão da pálpebra superior direita, removendo o mesmo, caso encontrado, é a conduta CORRETA que o médico plantonista deverá ter.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Adam T. Gerstenblith, Michael P. Rabinowitz. Manual de Doenças Oculares do Wills Eye Hospital: (recurso eletrônico) diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência, 6ª edição – Dados eletrônicos - Porto Alegre: Artmed, 2015.</p>
9	D	<p>GN difusa ativa ou inativa, segmentar ou global, endo ou extra capilar envolvendo= 50% de todos os glomérulos, tipicamente com depósitos imunes subendoteliais com ou sem alterações mesangiais. É dividida em difusa segmentar (IV-S) na qual= 50% dos glomérulos envolvidos apresentam lesões segmentares (que envolvem menos da metade do tufo) e difusa global (IV-G) na qual= 50% dos glomérulos envolvidos apresentam lesões globais. Nesses casos o anticorpo anti-DNA encontra-se presente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Klumb EM, Silva CA, Lanna CC, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o diagnóstico, manejo e tratamento da nefrite lúpica, 2015.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
10	A	<p>CORRETA. Se o paciente tem sua capacidade de decisão preservada e consegue dimensionar as consequências de sua decisão, então a equipe deveria respeitar a autonomia do paciente no processo de decisão. Um dos pilares do respeito à dignidade é o reconhecimento do direito à personalidade que nossa constituição busca garantir e que o cuidado paliativo tanto defende. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. [Internet]. 28 nov 2006 [acesso 14 nov 2017]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm</p> <p>B. INCORRETA. Na visão beneficente a equipe toma decisões que os especialistas indicam sem levar em consideração os desejos do paciente. Essa decisão contraria a CEM e as orientações dos cuidados paliativos.</p> <p>C. INCORRETA. Na visão contratualista, se busca meios para justificar a legalidade dos atos do profissional. Indicar a elaboração do termo de consentimento nesse caso, não implica em que todas as ações da equipe seriam justificáveis do ponto de vista ético-legal.</p> <p>D. INCORRETA. Considerar os desejos do paciente, sim, mas não sob qualquer circunstância. O exercício da autonomia pressupõe que há capacidade para tomada de decisão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. [Internet]. 28 nov 2006 [acesso 14 nov 2017]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [Internet]. (acesso em 17 nov. 2017). Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf</p> <p>LIMA, Maria de Lourdes Feitosa; REGO, Sérgio Tavares de Almeida; SIQUEIRABATISTA, Rodrigo. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Rev. Bioét., Brasília, v. 23, n. 1, p. 31-39, abr. 2015. Disponível em. acesso em 15 nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231043</p> <p>Ana Lucia Coradazzi (Autor), Marcella Tardeli E. A. Santana (Autor), Ricardo Caponero (Autor). Cuidados paliativos; diretrizes para melhores práticas. MG Editores, 2019.</p> <p>KOVACS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev. Bioét., Brasília, v. 22, n. 1, p. 94-104, Apr. 2014. Available from. access on 17 Nov. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011.</p>
11	D	<p>Orientações sobre vantagens, desvantagens e riscos associados à contracepção escolhida devem ser sempre realizadas na atenção primária, ou seja, a escolha do método deve contemplar a satisfação da paciente, efetividade e segurança do método e a aderência em longo prazo. Incluir sempre na consulta sobre contracepção uma orientação sobre prevenção de IST's.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed Editora LTDA; 2019. 7106 p. 2 vol. ISBN: 978-85-8271-540-6.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
12	A	<p>A letra “a” é a alternativa CORRETA, pois a fissura horizontal, que separa o lobo superior direito do lobo médio, acompanha a quarta costela na face anterior do tórax, e a fissura oblíqua, que separa o lobo médio do lobo inferior, acompanha na face anterior do tórax a sexta costela. Dessa forma, o lobo médio, na face anterior do tórax corresponde ao quarto e quinto espaço intercostais. Portanto, a estertoração fina à direita ocorre na topografia do lobo médio. Como a esquerda só há dois lobos pulmonares (superior e inferior) e as estertorações finas ocorrem superiormente a sexta costela (terceiro, quarto e quinto espaços intercostais), elas estão na topografia do lobo superior esquerdo.</p> <p>A letra “b” está INCORRETA, pois o lobo superior direito na face anterior do tórax corresponde do primeiro ao terceiro espaços intercostais à direita e a projeção do lobo inferior esquerdo na face anterior do tórax ocorre a partir do sexto espaço intercostal.</p> <p>A letra “c” está INCORRETA, pois a projeção do lobo inferior direito na face anterior do tórax ocorre a partir do sexto espaço intercostal.</p> <p>A letra “d” está INCORRETA, pois as projeções dos lobos inferiores na face anterior do tórax ocorrem a partir do sexto espaço intercostal à direita e à esquerda.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Porto CC. Semiologia médica. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2019.</p>
13	C	<p>O processo de Aconselhamento Genético (AG) envolve as seguintes etapas: definição e/ou confirmação do diagnóstico, estimativa de risco, comunicação e tomada de decisão. A entrevista e a avaliação de uma pessoa ou de uma família para uma condição genética em potencial requer uma anamnese detalhada, exame minucioso físico e histórico, o que é realizado na fase pré-teste (primeira etapa ou primeira fase). A informação de histórico familiar pode guiar a estimativa de risco de recorrência por determinar se uma doença foi transmitida por um dos genitores ou se é decorrente de mutação nova. O exame físico deve focalizar variações físicas ou pequenas anomalias que forneçam informações para o diagnóstico. Membros adicionais da família podem precisar de avaliação para a presença ou ausência da doença genética. Após estabelecimento e/ou confirmação do diagnóstico clínico e etiológico e da determinação dos riscos, entra-se na fase de interagir com a família para que ela entenda o que ocorreu, ou seja, comunicar os fatos médicos (diagnósticos, tratamento, prognóstico, causas da doença) sobre a criança ou paciente e os riscos genéticos. A família terá que tomar muitas decisões a partir deste ponto, mas essas irão ocorrer ao longo da vida em resposta a dinâmica da família, e assim o AG deve ser contínuo.</p> <p>No campo da oncologia, a ação do profissional que realiza AG é alertar sobre o desenvolvimento de determinados cânceres com base no seu histórico pessoal e familiar, discutir testes genéticos, opções terapêuticas e diagnósticas para o indivíduo, assim como orientar o paciente sobre as consequências emocionais, psicológicas e sociais do conhecimento de ser portador de uma mutação que confere maior suscetibilidade a uma doença neoplásica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Agnese DM, Pollock RE. Breast cancer genetic counseling: A surgeon’s perspective. Fron Surg.2016;28(3):4. Sales LAP, Lajus TBP. Aconselhamento genético em oncologia no Brasil: realidade e perspectivas. Rev Med (São Paulo). 2018 set.-out.;97(5):448-53.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
14	D	<p>Durante a PCR, as alterações fisiológicas da gravidez somadas a tendência à hipóxia, tornam mais difícil a ressuscitação. Além disso, os mecanismos compensatórios diminuem o fluxo placentário, levando à acidose fetal. Na 2ª metade da gravidez, a massagem cardíaca é menos efetiva em virtude das alterações causadas pela compressão aorto-cava pelo útero aumentado. A resposta alterada da grávida às drogas e as alterações do trato gastrointestinal também afetam a ressuscitação. Cuidados de emergência nas gestantes para reverter a Parada Cardiorrespiratória. Lateralizar o útero para esquerda. Corrigir acidose metabólica. Rapidamente obter via aérea livre e mantê-la. Esvaziamento uterino em 5 minutos se o feto for viável continuar manobras de ressuscitação durante e após a cesárea.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição. 119p. 1. Gravidez de alto risco. 2. Puerpério. 3. Urgências médicas. I. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde</p>
15	B	<p>A alternativa CORRETA indica que os sintomas só aparecem com a produção ácida de novas bombas formadas, o que demora pelo menos 18h, pois o medicamento, apesar da meia vida curta, inativou irreversivelmente as bombas de prótons disponíveis anteriormente.</p> <p>O tempo de exposição ácida do esôfago para dar início aos sintomas é variável para cada paciente, e não é determinado farmacologicamente.</p> <p>A meia vida do Pantoprazol é menor que 2 horas, não havendo dados sobre afinidade ou acoplamento que justifique a duração da ação, o que determina a longa ação é o bloqueio irreversível de cada bomba.</p> <p>No caso do Pantoprazol, não há metabólitos relevantes ativos ou de meia vida mais longa para explicar a duração da ação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Goodman e Gilman. As bases farmacológicas da terapêutica.</p>
16	A	<p>O quadro clínico descrito refere-se a Mononucleose infecciosa (o período prodrômico inicia-se com sintomas gerais - adinamia, febre baixa, mialgia e hiporexia com duração de 2 a 5 dias. Após evolui com febre alta, odinofagia e os achados descritos no exame físico: edema pálpebra- 30% dos casos, linfadenomegalia, esplenomegalia discreta - 50 a 80% dos casos, exsudato amigdaliano, petéquias em palato - 30%). O hemograma inicialmente, na primeira semana da doença, evidencia leucopenia, que evolui posteriormente, na segunda semana (como solicitado na questão) com leucocitose com linfocitose. A faringoamigdalite bacteriana não tem esse período prodrômico de 5 dias, nem apresentaria hepatoesplenomegalia, portanto exclui-se a leucocitose com neutrofilia. A neutropenia na segunda semana de uma doença viral, causada pelo Epstein Barr não ocorre.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>FREIRE, L. M. S.; VASCONCELLOS, M. C. de; ANDRADE, G. M. Q.; FERNANDES, R. A. F. Diagnóstico diferencial das adenomegalias. In: LEÃO, E.; CORRÊA, E. J.; MOTA, J. A. C. Pediatria ambulatorial. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. Capítulo 24, 373-391</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
17	C	<p>Letra A. INCORRETA. Na Leucemia Mieloide Aguda encontra-se blastos mieloides.</p> <p>Letra B. INCORRETA. Nas Leucemias Mieloides Crônica (LMC) encontramos a presença de toda a linhagem granulocítica, de mieloblastos a segmentados, podendo ter eosinofilia e basofilia.</p> <p>Letra C. CORRETA. Indivíduo de mais de 60 anos de idade com linfócitos maior que $5.000/\text{mm}^3$ (no caso com $34.000/\text{mm}^3$), a primeira hipótese deve ser Leucemia Linfóide Crônica (LLC). E ainda tem as Manchas de Gumprecht.</p> <p>Letra D. INCORRETA. Nas LLA normalmente encontramos pancitopenia e/ou Linfoblastos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Baiocchi, Otávio Cesar Carvalho Guimarães e Penna, Adriana Marques Damasco. Guia de Bolso de Hematologia. 2a ed. Atheneu.2019- Hoffbrand, A. Victor e Moss, Paul A.H., e outros. Fundamentos em Hematologia de Hoffbrand.6a ed. ARTMED.2017-- Failace, Renato e Fernandes, Flavo. Hemograma. Manual de Interpretação. 6ª Ed. Artmed.2015
18	D	<p>Por se tratar de uma insuficiência ventilatória obstrutiva (enfisema) os volumes e capacidades pulmonares que se espera que estejam diminuídos são VRE, VRI e CI.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Guyton, A., Hall. J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.</p>
19	A	<p>A. Lateral a artéria carótídea</p> <p>B. Antero-medial ao nervo acessório</p> <p>C. Lateral ao nervo vago</p> <p>D. Medial ao nervo frênico</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. AGUR, A. N. Anatomia orientada para a clínica. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
20	A	<p>a) Córtex cerebral – CORRETA - Alguns comandos do córtex cerebral podem, em alguns momentos, sobrepor-se aos comandos automáticos do tronco encefálico. Esses comandos são os ditos voluntários, podendo a pessoa escolher hiperventilar (aumentando a frequência e volume respiratórios, gerando uma redução da PaCO₂, o que causa aumento do pH arterial.</p> <p>b) Centro apneustico - INCORRETA – Comando involuntário. Sua ativação produz um padrão respiratório de apneuse, que é um padrão anormal com longas pausas inspiratórias seguidas de um breve movimento expiratório.</p> <p>c) Centro pneumotáxico - INCORRETA – Comando involuntário. Desativa a inspiração, limitando a salva de potenciais de ação no nervo frênico.</p> <p>d) Quimiorreceptores centrais – INCORRETA – Comando involuntário. Comunicam-se diretamente com o centro inspiratório. Eles são muito sensíveis às do pH do líquido cerebrospinal (LCE). Caso esse pH esteja muito baixo, esses quimiorreceptores atuam provocando o aumento da frequência respiratória (hiperventilação) e elevações no pH geram reduções na frequência respiratória (hipoventilação).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>VELASCO, et al. Medicina de Emergência Abordagem Prática FMUSP. Edição: 13ª. Editora: Manole. Ano: 2019.</p> <p>AMBATI, et al. Residents Manual of Medicine. Edição: 1ª. Editora: REVINTER Ltda. Ano: 2010.</p> <p>KOEPPE, Bruce M.; STANTON, Bruce A. Berne e Levy Fisiologia. Edição: 7ª. Editora: Elsevier. Ano: 2018.</p> <p>LOPES, Antonio Carlos et al. Tratado de Clínica Médica Lopes. Edição: 3a. Editora: Roca. Ano: 2016</p> <p>HARRISON, Longo; FAUCI, Kasper; HAUSER, Jameson; Loscalzo. Medicina Interna Harrison 2 Volumes. Edição: 18º. Editora: McGraw Hill. Ano: 2013. Páginas: 2996.</p> <p>LOPES, Antonio Carlos et al. Manual de Clínica Médica. Edição: 1a. Editora: Guanabara Koogan. Ano: 2020.</p>
21	A	<p>Trata-se de paciente sem comorbidades, previamente sadio, sem uso de antibióticos recentes que evoluiu com sintomas e sinais clínicos de consolidação pneumonia. Também, por se tratar de pneumonia comunitária sem sinais de gravidade indica-se tratamento ambulatorial e com macrolídeo em monoterapia. Caso houvesse comorbidades e uso de antibioticoterapia recente poderia optar por Macrolídeo + betalactâmico ou Monoterapia com quinolona respiratória. E se houvesse indicações de possibilidade de aspiração aí seria indicado uso de Betalactâmico com inibidor de betalactamase.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Gusso, Gustavo. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípio, formação e prática. 2019. Infecções de Vias Aéreas Inferiores. Capítulo 155, 1304-1309</p>
22	D	<p>Presença de RHA no tórax à ausculta pulmonar, MV diminuído, sinais clínicos e radiológicos de compressão cardíaca e pulmonar e RX com bolha gástrica no tórax.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Mallory Williams, MD, MPH, FACS. UPTODATE Recognition and management of diaphragmatic injury in adults.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
23	D	<p>O quadro clínico descrito é de um tabagista portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica que apresentou recentemente piora clínica, indicando que uma outra enfermidade está associada à doença crônica.</p> <p>A alternativa “a” está INCORRETA, já que a consolidação de grande monta, por facilitar a propagação das vibrações provenientes da laringe, aumentaria o frêmito na região acometida.</p> <p>A alternativa “b” está INCORRETA, pois o pneumotórax se apresenta com redução do frêmito toracovocal, mas não com macicez à percussão. Devido a maior quantidade de ar no hemitórax haveria hipersonoridade à percussão.</p> <p>A alternativa “c” está INCORRETA, já que um volumoso derrame pleural causaria redução do frêmito toraco vocal e macicez, mas não causaria retração dos espaços intercostais, e sim o contrário (um abaulamento no fim da expiração - sinal de Lemos Torres). Do mesmo modo o desvio do ictus cordis seria para a esquerda, não para direita por efeito de massa.</p> <p>A alternativa “d” apresenta uma condição que causa redução volumétrica do pulmão direito, tracionando o coração para direita e os espaços intercostais em sua direção. Com a redução da quantidade de ar que penetra no hemitórax direito há redução do murmúrio vesicular e mudança do som claro pulmonar para maciço. Na atelectasia por obstrução brônquica o frêmito toracovocal não se propaga para a superfície do tórax.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Porto CC. Semiologia médica. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2019.</p>
24	D	<p>A. INCORRETA. A radiografia mostra a linha de fratura epifisária do rádio, após queda sobre o membro superior, provavelmente como apoio.</p> <p>B. INCORRETA. Não se trata de entorse e sim de fratura. Entorses não são habitualmente elegíveis para o tratamento cirúrgico ou cruento.</p> <p>C. INCORRETA. A fratura é apenas na linha epifisária do rádio e a imobilização dos ossos fraturados do antebraço deve considerar duas articulações, para a imobilização.</p> <p>D. CORRETA. Trata-se de fratura epifisária do rádio após queda e apoio sobre o membro acometido. Considerando-se o antebraço como unidade funcional complexa, deve-se imobilizar as duas articulações: punho e cotovelo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Goldman, Lee. Cecil Medicina – Lee Goldman, Dennis Ausiello. Elsevier, 2009. ISBN 978-352-2660-7 pag. 2163</p>
25	B	<p>A. INCORRETA. O sinal de Kernig caracteriza-se por dor referida na região dorsal, ao elevar-se o membro do paciente com irritação meníngea. Os resultados do exame do líquido não são compatíveis com meningite viral, onde há predomínio de linfócitos e proteínas, com relativa baixa neutrofilia.</p> <p>B. CORRETA. O sinal de Brudzinski é verificado quando ao fletir a cabeça do paciente, o mesmo flete uma ou ambas as pernas sobre as coxas. O quadro laboratorial é compatível com meningite bacteriana.</p> <p>C. INCORRETA. O achado ao exame físico não caracteriza o sinal de Kernig.</p> <p>D. INCORRETA. Não se trata de meningite eosinofílica, comum em infestações parasitárias e crônicas do SNC, pelo quadro clínico e pelo resultado do exame do líquido, característico de infecção meníngea bacteriana.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Goldman, Lee. Cecil Medicina – Lee Goldman, Dennis Ausiello. Elsevier, 2009. ISBN 978-352-2660-7 pag. 3185</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
26	C	<p>A trissomia do 18 ou Síndrome de Edwards, geralmente está associada à deficiência intelectual, pequenez ao nascimento e muitas anomalias congênicas, incluindo microcefalia grave (é típico), cardiopatias (de 75% a 100% dos casos), occipício proeminente, implantação baixa de orelhas malformadas e aspecto facial afilado. É comum na síndrome de Edwards a presença de pé torto congênito, além de apresentar calcanhar proeminente, sendo o pé em formato de mata-borrão.</p> <p>Punhos cerrados, com o segundo dedo sobre o médio e o quinto sobre o quarto são características das Trissomias do 18 e do 13 também.</p> <p>Na Trissomia do X, anomalias físicas são raras nos recém-nascidos. Casualmente ocorrem irregularidades menstruais; e infertilidade podem ser observados em mulheres afetadas, bem como podem ter intelectualidade ligeiramente diminuída.</p> <p>A Trissomia do 13 ou Síndrome de Patau leva um retardo no crescimento do feto em relação a idade gestacional. Apresenta anomalias na linha mediana como, holopresencefalia (falha na divisão adequada do prosencéfalo) e anomalias faciais como lábio leporino e fenda palatina, microftalmia, colobomas (fissuras) da íris e displasia da retina. As cristas supraorbitárias são planas e as fissuras palpebrais quase sempre são inclinadas. As orelhas são malformadas e geralmente com implantação baixa. Perda auditiva é comum. Defeitos no couro cabeludo e seios dérmicos também são comuns. Muitas vezes há pregas lisas de pele na nuca. Apesar de compartilhar algumas anomalias físicas com a Trissomia do 18, no caso clínico acima o recém-nascido não apresenta holopresencefalia; desta forma descartando o cariótipo com Trissomiano 13.</p> <p>A Trissomia do 21 ou Síndrome de Down geralmente causa hipotonia muscular, ponte nasal achatada, occipício achatado, microcefalia e pescoço curto com pele redundante na nuca. Os olhos são inclinados para cima e geralmente há pregas do epicanto no canto interno dos olhos. A boca geralmente permanece aberta com a língua saliente e enrugada. As orelhas são, muitas vezes, pequenas e arredondadas, as mãos são curtas e largas e costumam ter uma única prega palmar transversa. Os dedos costumam ser curtos, com clinodactilia (curvatura) do 5º dedo, quase sempre com apenas 2 falanges. Os pés podem ter um amplo espaço entre o 1º e o 2º pododáctilos, com um sulco plantar que frequentemente estende-se dorsalmente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Thompson &Thompson. Genética médica. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
27	B	<p>A – Iniciar tratamento de SG – Síndrome Gripal com Oseltamivir e observação na UBS. INCORRETA - Aluno deverá distinguir os critérios de evolução de SG para SRAG, conhecendo critérios de pneumonia severa por SARS-CoV-2 segundo a Organização Mundial de Saúde², conduzindo o caso com referenciamento para maior complexidade e não o deixar em observação na unidade.</p> <p>B – Indicar a internação hospitalar imediata, com suporte de oxigênio terapia. CORRETA por características de uma SRAG. Aluno deverá analisar o quadro apresentado e classificá-lo com SRAG e não como SG;</p> <p>C – Solicitar tomografia de tórax de alta resolução quantificar o comprometimento pulmonar e dar o diagnóstico do quadro. INCORRETA – Aluno deverá discernir sobre o referenciamento do paciente e não avançar na propedêutica, não indicando exames de imagem na propedêutica da pneumonia por SARS-CoV-2, conforme a Recomendação da OMS³.</p> <p>D – Indicar dexametasona, oxigênio terapia domiciliar, exames para cálculo do escore CURB-65. INCORRETA – Aluno deverá referenciar o paciente, não prescrevendo dexametasona, e não indicando oxigenioterapia domiciliar e nem avançar na propedêutica no nível primário.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <ol style="list-style-type: none">BRASIL/MS/SAPS. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde, Versão 9. (maio de 2020). Brasília, D.F.: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); 2020.WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance (13 March 2020).OPAS/OMS. Uso de exames de imagem de tórax na COVID-19: Guia de aconselhamento rápido. (11 de junho de 2020). Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.SHAH S, MAJMUDAR K, STEIN A, et al. Novel Use of Home Pulse Oximetry Monitoring in COVID-19 Patients Discharged From the Emergency Department Identifies Need for Hospitalization [publicado online ahead of print, 2020 Jun 17]. Acad Emerg Med. 2020;10.1111/acem.14053.THE WHO RAPID EVIDENCE APPRAISAL FOR COVID-19 THERAPIES (REACT) WORKING GROUP. Association Between Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19. JAMA. 2020; 324 (13): 1330–1341. doi: 10.1001 / jama.2020.17023CORRÊA RA, A, COSTA AN, B, LUNDGREN CF, MICHELIM L, et al. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. J Bras Pneumol. 2018;44(5):405-423.



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
28	A	<p>A alternativa CORRETA é a Clortalidona + Valsartana, pois combina duas das 3 classes recomendadas para o tratamento inicial da hipertensão arterial, são 2 classes com efeitos sinérgicos entre si e sem contraindicações para o caso em questão. Tanto a Furosemida quanto o Atenolol não estão indicados para o tratamento inicial da hipertensão arterial. O diurético de alça só é indicado em casos de edema refratário, insuficiência renal ou franca insuficiência cardíaca, o que não é o caso, e atenolol não melhorou os desfechos cardiovasculares quando utilizado para tratamento da hipertensão arterial. A associação Inibidor de ECA e Bloqueador do receptor de angiotensina não é indicada, pois os dois atuam no sistema renina-angiotensina e sua combinação é deletéria. A Anlodipina e Hidralazina são 2 vasodilatadores e sua combinação, na ausência de um diurético e um simpatolítico associados, terá o efeito secundário de causar retenção hídrica com edema, taquicardia reflexa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Goodman e Gilman. As bases farmacológicas da terapêutica, 13ª edição, Capítulo 28</p>
29	C	<p>Trata-se de um lactente, portanto, idade compatível com quadro clínico de bronquiolite. A criança iniciou com quadro respiratório alto, inespecífico, febre baixa de rápida resolução, com piora do quadro respiratório no 4º dia de doença, típico da evolução natural da doença na bronquiolite viral aguda. A criança apresenta desconforto respiratório leve, com SpO₂ normal, mas apresenta imagem radiológica compatível com atelectasia, além de frequência respiratória maior que 60 irpm e diminuição da aceitação alimentar, o que requer internação hospitalar para tratamento, incluindo fisioterapia respiratória (controvérsia seu uso rotineiro na bronquiolite, mas indicada para presença de complicações do quadro, como atelectasia). Não há evidência clara de uso de corticoide e broncodilatador de ação rápida na bronquiolite, não sendo consenso na literatura. Recomenda-se, até o presente momento, de forma consensual, controle de oximetria de pulso, para início de oferta de oxigênio caso SpO₂ ≤ 92%, além de considerar uso de solução salina hipertônica a 3% inalatória e vigilância na hidratação pelo aumento do gasto energético pela taquipneia/desconforto associado a baixa ingestão de leite materno.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR). Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico, 2017. Baraldi, et al. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. Italian Journal of Pediatrics 2014, 40:65.</p>
30	C	<p>O diagnóstico de Rinossinusite aguda bacteriana (RSAB) é baseado em evidências clínicas e na duração da sintomatologia. No curso de uma infecção viral de vias aéreas superiores, devemos suspeitar de uma infecção bacteriana sinusal quando a sintomatologia de um resfriado comum persistir por mais de 10 dias sem evidência de melhora, ou quando houver piora clínica após curto período de melhora (“dupla piora”) e/ou após o quinto dia caracterizado por rinorreia purulenta abundante e obstrução nasal de início súbito, podendo haver associação com edema periorbitário ou dor facial.</p> <p>A duração de 7 dias apenas sem piora clínica não preenche os critérios de RSAB.</p> <p>Quadros virais também podem cursar com febre no início.</p> <p>O simples fato de encontrar velamento de cavidades paranasais não significa que o quadro seja bacteriano. Quadros virais também podem apresentar essa alteração. Realço ainda o fato de que o diagnóstico de Rinossinusite aguda é clínico, não radiológico. O valor diagnóstico do raio X simples dos seios paranasais é controverso e discutível.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Anselmo-Lima WT, Sakano E. Consenso Rinossinusites: evidências e experiências. Braz J Otorhinolaryngol. 2015. Capítulo 81, 1-49</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
31	B	<p>A) O carcinoma sebáceo tem sua origem em glândulas sebáceas, ou seja, células que se assemelham aos sebócitos em diferentes estágios de maturação e não possuem conexão com a epiderme, já que apresentam origem em anexo cutâneo dérmico.</p> <p>B) O carcinoma basocelular é uma das neoplasias mais frequentes da pele. Corresponde a uma proliferação celular que apresenta lento crescimento, conexão com a epiderme, paliçada periférica e fendas com relação ao estroma.</p> <p>C) O carcinoma epidermoide in situ é uma lesão pré-maligna, contendo alterações displásicas em toda a espessura do epitélio.</p> <p>D) O carcinoma epidermoide invasor se caracteriza por ser uma neoplasia maligna com características histopatológicas diferentes do carcinoma basocelular não formando paliçada, fendas e possui uma diferenciação escamosa mais evidente, na maioria dos casos, com queratina e pontes intercelulares (sendo pelo menos uma destas duas características obrigatórias no carcinoma epidermoide, independentemente da localização- pele, pulmão, colo uterino etc. Ou seja, se não tiver queratina ou pontes intercelulares não pode chamar de carcinoma epidermoide, exceto através de estudos adicionais como imuno-histoquímica). Lembrando ainda que podemos ter o carcinoma basocelular com diferenciação escamosa, neste caso temos as características dos dois tumores associadas, o que não é o caso da questão acima.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Robbins patologia básica 9ª edição.</p>
32	B	<p>a) INCORRETA: deve-se evitar o uso da depuração de creatinina medida através da coleta de urina de 24 horas, pelo potencial de erro de coleta, além dos inconvenientes da coleta temporal</p> <p>b) CORRETA: Os recursos diagnósticos utilizado para identificar o paciente com DRC é a Avaliação da Taxa de Filtração Glomerular</p> <p>c) INCORRETA: a cistatina C é reabsorvida e metabolizada a nível tubular e sua excreção urinária é muito pequena</p> <p>d) INCORRETA: A determinação sérica da cistatina C começa a ser usada na prática clínica mas ainda tem alto custo e indicações limitadas a situações relacionadas a secreção tubular aumentada de creatinina.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il.</p>
33	A	<p>A. CORRETA. Os antagonistas de colinorreceptores muscarínicos com grupo de amina quaternária não penetram no SNC e, portanto, não são propensos a prejudicar a memória.</p> <p>B. INCORRETA. Um antagonista de colinorreceptor muscarínico causa o bloqueio do tônus parassimpático nos músculos dos cílios e íris o que poderia aumentar a pressão intraocular.</p> <p>C. INCORRETA. Ao bloquear a motilidade gastrointestinal, esses agentes podem causar aumento da retenção de organismos infectantes.</p> <p>D. INCORRETA. A bexiga urinária é relaxada e o esfíncter urinário contraído por esses agentes, o que resultaria em piora para esta paciente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 12ª edição. Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 2012, 2112 p. Rang, H. P.; Dale, M. M.; Ritter, J. M.; Flower, R. J.; Henderson G.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
34	C	<p>A) Nem todo caso de câncer do colo do útero é causado em consequência da infecção com HPV e nem todo HPV está associado ao câncer do colo do útero.</p> <p>B) Se a paciente tem um carcinoma ESCAMOCELULAR, a origem não ocorreu na glândula, mas sim no epitélio de revestimento.</p> <p>C) Resposta CORRETA</p> <p>D) Se o ciclo celular for interrompido a célula não prolifera.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>PIRES, V.S; STROPARO, E. O HPV e os genes de supressão tumoral: uma revisão. <i>Biociências, Biotecnologia e Saúde</i>, 9(18), 2017. Disponível em: https://interin.utp.br/index.php/GR1/article/view/1477. Acesso em 20 de junho de 2021.</p>
35	D	<p>A neuroimagem deve ser obtida para todos os pacientes com suspeita de acidente vascular cerebral isquêmico agudo ou ataque isquêmico transitório.</p> <p>A imagem cerebral e neurovascular desempenha um papel essencial no AVC agudo por:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diferenciando isquemia de hemorragia• Excluindo imitações de acidente vascular cerebral, como tumor• Avaliação do status de grandes artérias cervicais e intracranianas• Determinação do volume central do infarto (ou seja, tecido cerebral que é irreversivelmente infartado)• Estimativa da extensão do tecido cerebral potencialmente recuperável com risco de infarto• Orientar intervenções agudas, incluindo a seleção de pacientes para terapias de reperfusão (ou seja, trombólise intravenosa e trombectomia mecânica) <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Diretrizes para o manejo precoce de pacientes com AVC isquêmico agudo: atualização de 2019 das Diretrizes para o manejo precoce de AVC isquêmico agudo de 2018: uma diretriz para profissionais de saúde da American Heart Association / American Stroke Association. <i>Curso</i> 2019; 50: e344.</p>
36	A	<p>Trata-se de um caso de Doença de Kawasaki, obedecendo os critérios de diagnóstico:</p> <p>Critério mandatório: febre por 5 dias ou mais</p> <p>Mais 4 dos seguintes critérios:</p> <p>Hiperemia conjuntival bilateral, não purulenta;</p> <p>Língua em framboesa, eritema e edema de orofaringe, fissuras e eritema labial;</p> <p>Eritema e edema de mãos e pés (fase aguda) ou descamação periungueal (na fase de convalescença); Exantema polimórfico, especialmente no tronco, não vesicular;</p> <p>Linfonodomegalia cervical, com. Pelo menos, um linfonodo > 1,5cm</p> <p>A conduta indicada para o tratamento inicial é gamaglobulina intravenosa (2g/ Kg) e ácido acetilsalicílico (em dose anti-inflamatória, para o controle da febre).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, 4ª ed. Capítulo 10, pág: 1825-1835. Editora Manole.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
37	B	<p>No processo de coagulação sanguínea, ocorre transformação da protrombina em trombina (com exigência de íons cálcio). A trombina atua sobre o fibrinogênio (produzido pelo fígado), transformando-o em fibrina. Essa proteína forma uma rede no ferimento, obstruindo e contendo assim a passagem do sangue.</p> <p>ALTERNATIVA A – INCORRETA coagulação consiste na conversão de uma proteína solúvel do plasma, o fibrinogênio em fibrina, por ação de uma enzima denominada trombina e não tromboplastina</p> <p>ALTERNATIVA B – CORRETA coagulação consiste na conversão de uma proteína solúvel do plasma, o fibrinogênio em fibrina, por ação de uma enzima denominada trombina.</p> <p>ALTERNATIVA C – INCORRETA coagulação consiste na conversão de uma proteína solúvel do plasma, o fibrinogênio em fibrina, E NÃO DE TRMBOPLASTINA EM FIBRINA</p> <p>ALTERNATIVA D – INCORRETA A coagulação consiste na conversão de uma proteína solúvel do plasma, o fibrinogênio em fibrina E NÃO DE PROTROMBINA E TROMBINA</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>KUMAR, V. Robbins & Cotran, patologia: bases patológicas das doenças. 9 ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2016.</p> <p>FILHO, G. B. BOGLIOLO. PATOLOGIA. 8 ED. MINAS GERAIS. GUANABARA KOOGAN. 2012</p>
38	B	<p>A gravidez tubária é a forma mais comum (95% dos casos) de gravidez ectópica. Dentre os fatores de risco, podemos destacar dois presentes no enunciado, que são a idade (entre 25 e 34 anos) e infertilidade. O quadro clínico clássico é a dor abdominal associado a sangramento vaginal irregular e atraso menstrual (ocorre geralmente entre 6 e 8 semanas após a última menstruação), como apresentado na questão.</p> <p>O diagnóstico diferencial se faz com outras causas de abdome agudo. A diverticulite aguda (alternativa A) geralmente se desenvolve no lado esquerdo do abdome e vem acompanhado de sintomas associados ao trato gastrointestinal. A apendicite aguda (alternativa B) é um dos diagnósticos diferenciais mais relevantes nesta paciente, mas geralmente em fases mais iniciais, não vem acompanhado de queda do Hb/ Ht e nem sinais de choque hipovolêmico. O abortamento retido (alternativa C) costuma ser um quadro mais arrastado sendo os sintomas infecciosos mais pronunciados.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Pereira, Pedro Paulo; Cabar, Fábio Roberto; Zugaib, Marcel. Pronto socorro em Medicina de Urgência USP Gravidez Ectópica</p>
39	B	<p>O tendão do músculo supra espinhal é, em geral, danificado na lesão do manguito rotador em função do espaço estreito entre a cabeça do úmero e o acrômio.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>HEBERT, Sizínio K. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5.ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Capítulo 4</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
40	D	<p>A) INCORRETA – não se deve perder tempo para estabelecer o atendimento adequado, sendo assim como o ambiente já estava seguro, devemos solicitar serviço de emergência que trará o DEA e imediatamente iniciar massagem cardíaca na frequência de 30 compressões para 2 ventilações (se segurança para ventilar) visto estarem em dois socorristas (estudantes de medicina) e estarmos atendendo adulto jovem, como descrito.</p> <p>B) INCORRETA – não se deve perder tempo para estabelecer o atendimento adequado, sendo assim como o ambiente já estava seguro, devemos solicitar serviço de emergência que trará o DEA e imediatamente iniciar massagem cardíaca na frequência de 30 compressões para 2 ventilações (se segurança para ventilar) visto estarem em dois socorristas (estudantes de medicina) e estarmos atendendo adulto jovem, e não 15 compressões para 2 ventilações, frequência desejada quando atendemos crianças em 2 socorristas.</p> <p>C) INCORRETA - devemos solicitar imediatamente o serviço de emergência que trará o DEA, importante instrumento para verificar se o ritmo cardíaco é chocável ou não. Enquanto o Desfibrilador automático não chega, deve-se estabelecer imediatamente a massagem cardíaca na frequência de 30 compressões para 2 ventilações (se segurança em ventilar) e não 15 para 2, frequência utilizada para 2 socorristas atendendo uma criança.</p> <p>D) CORRETA – devemos solicitar imediatamente o serviço de emergência que trará o DEA, importante instrumento para verificar se o ritmo cardíaco é chocável ou não. Enquanto o Desfibrilador automático não chega, deve-se estabelecer imediatamente a massagem cardíaca na frequência de 30 compressões para 2 ventilações (se segurança em ventilar).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: protocolo da American Heart Association (AHA) DOI: 10.5935/abc.20190203 https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf</p>
41	A	<p>Este quadro está relacionado com a forma clássica de Hiperplasia. A característica do exame físico quanto à criptorquidia bilateral e hipospadia, colaboram para a hipótese de hiperplasia adrenal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Brasília, 2016.</p>
42	D	<p>Manifestação grave, com glicemia maior que 300, insulinização plena</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VILAR, L., Endocrinologia Clínica, 6 ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2016. WAJCHENBERG, BL. Diretriz Brasileira de DM 2020</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
43	B	<p>Na fase puberal ocorre novamente uma aceleração durante um período de 2 a 3 anos (VC de 10 cm/ ano) e, na fase final da puberdade, há uma desaceleração abrupta com VC entre 1 e 1,5 cm/ ano.</p> <p>A produção de androgênios pelas glândulas adrenais, controlada pelo ACTH, é anterior à produção de esteroides gonadais, ocorrendo entre 6 e 8 anos de idade (adrenarca). É responsável por modificações no odor das secreções, aumento da oleosidade da pele e aparecimento e manutenção da pilificação axilar e púbica durante a puberdade.</p> <p>Não há pelos pubianos no estágio I da classificação de Tanner</p> <p>Os hormônios tireoidianos são necessários para o crescimento desde a infância, por sua ação de estímulo à produção e secreção de GH, síntese de IGF-1 e ação direta sobre a placa epifisária</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. M. Nelson Princípios de Pediatria. Grupo GEN, 2016. 9788595155398.2. Pediatria, S.B. D. Tratado de Pediatria, Volume 1. Editora Manole, 2017. 9788520455869.



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
44	B	<p>A prova tuberculínica com resultado $PT \geq 5\text{mm}$ deve ser interpretada como infecção latente, de maneira semelhante em adultos e crianças.</p> <p>O tratamento da Infecção Latente pelo <i>M. tuberculosis</i> (ILTb) em crianças está indicado quando: $PT \geq 5\text{mm}$ ou IGRA positivo – em crianças, independentemente do tempo decorrido da vacinação por BCG (WHO, 2013b, 2014).</p> <p>Recém-nascidos (RN) expostos a casos de TB pulmonar ou laríngea podem ser infectados pelo <i>M. tuberculosis</i> (MTb) e desenvolver formas graves da doença.</p> <p>É importante salientar que antes de se efetuar o tratamento da ILTB deve-se sempre investigar sinais e sintomas clínicos sugestivos de tuberculose ativa e, na presença de qualquer suspeita, investigar a tuberculose ativa e não tratar a ILTB nesse momento.</p> <p>FIGURA 10 – Fluxograma prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos</p> <pre>graph TD; A[Recém-nascido coabitante de caso índice bacilífero] --> B[Iniciar QP primária (H ou R)]; B --> C[3 meses depois - fazer PT]; C --> D[PT ≥ 5mm]; C --> E[PT < 5mm]; D --> F[Manter o tratamento por mais três meses (H) ou um mês (R) e não vacinar com a BCG]; E --> G[Suspender o tratamento e vacinar para BCG];</pre> <p>Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p data-bbox="619 313 1212 336">FIGURA 12 – Fluxograma para investigação de crianças contato (< 10 anos de idade)</p> <p data-bbox="619 1025 805 1048">Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.</p> <p data-bbox="619 1055 826 1077">¹Empregar o quadro de pontuação.</p> <p data-bbox="619 1081 1189 1104">² PT (Prova tuberculínica) \geq 5 mm em crianças contato independentemente da vacinação com BCG.</p> <p data-bbox="619 1108 1300 1160">³ Quando há um incremento de pelo menos 10 mm em relação a PT anterior. Vale lembrar que a PT estimula a resposta imune à BCG realizada ao nascimento, por isso a necessidade desse incremento na PT após uma avaliação inicial (MENZIES, 1999).</p> <p data-bbox="411 1211 853 1243">REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p data-bbox="411 1249 1468 1406">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, 2019. 364 p.: il</p>
45	D	<p data-bbox="411 1422 1468 1545">O usuário deve ser o protagonista de seu cuidado e o serviço deve atuar como fortalecedor de novas atitudes de vida, no qual o vínculo é encarado como estratégia primando à autonomia. A especificidade do cuidado requer uma via de mão dupla, ou seja, o usuário procurar o serviço e/ou o serviço realizar uma busca ativa no território.</p> <p data-bbox="411 1552 1468 1709">Consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou a recusa dada anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais.</p> <p data-bbox="411 1715 853 1747">REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p data-bbox="411 1753 1045 1785">https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016</p> <p data-bbox="411 1792 1468 1944">Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
46	A	<p>a) CORRETA. O músculo tríceps sural atua na flexão do joelho e flexão plantar do tornozelo.</p> <p>b) Errada. O músculo tríceps sural não atua na extensão do joelho (quadríceps femoral), nem na flexão dorsal do tornozelo (tibial anterior)</p> <p>c) Errada. O músculo tríceps sural não atua na extensão do joelho (quadríceps femoral), porém atua na flexão plantar do tornozelo.</p> <p>d) Errada. O músculo tríceps sural atua na flexão do joelho, mas não na flexão dorsal do tornozelo (tibial anterior)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Moore, K. L.; Dalley A. F.; Agur, A. M. R – Anatomia Orientada para a clínica – sexta edição – Guanabara Koogan – Rio de Janeiro - 2011</p>
47	D	<p>A), B), e C) INCORRETAS - A equipe deve trabalhar em conjunto para o bem da comunidade, assim todos os relatos que possam potencialmente colocar em risco a saúde da comunidade por ela assistida devem ser compartilhados com os membros da equipe e as condutas devem ser tomadas o mas precocemente possível diminuído desta forma os riscos devido a inercia da equipe.</p> <p>D) CORRETA - A VISITA DOMICILIAR da paciente e o compartilhamento de responsabilidades com a equipe, irão se traduzir em ações imediatas que diminuirão significativamente os riscos para M.S</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VER NOVA PNAB DE 2017 - 4 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA - 4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica: XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas; https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html</p>
48	A	<p>Trata-se de paciente no menacme (fase reprodutiva) apresentando mioma submucoso com repercussão clínica de sangramento uterino anormal e provável anemia. A conduta mais adequada seria ressecção histeroscópica do mioma e conservação do útero e da capacidade reprodutiva. O uso de anticoncepcional pode melhorar a sintomatologia, porém não resolve o problema da paciente. A inserção de SIU de levonorgestrel está contraindicada por conta da localização do tumor.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: HOFFMAN, B. L. Ginecologia de Williams. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH,2014.</p>
49	A	<p>a) CORRETA: O traçado do eletrocardiograma inicial revela taquicardia de QRS estreito, TSV com estabilidade hemodinâmica. Neste caso o medicamento antiarrítmico indicado é a adenosina e se não houver reversão do ritmo deve se aplicar a cardioversão.</p> <p>b) INCORRETA: O traçado do eletrocardiograma inicial revela taquicardia de QRS estreito com ritmo sinusal, ausência de irregularidade no intervalo R-R - taquicardia supraventricular.</p> <p>c) INCORRETA: O antiarrítmico indicado para TSV com estabilidade hemodinâmica é a adenosina.</p> <p>d) INCORRETA: O traçado do eletrocardiograma inicial revela taquicardia de QRS estreito com ritmo sinusal, ausência de irregularidade no intervalo R-R - taquicardia supraventricular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: -VELASCO, et al. Medicina de Emergência Abordagem Prática FMUSP. Edição: 13ª. Editora: Manole. Ano: 2019. - LOPES, et al. Manual de Clínica Médica da Escola Paulista de Medicina. Edição: 1ª. Editora: Guanabara Koogan. Ano: 2020.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
50	A	<p>Alternativa a: apesar da idade, Sr. Augusto tomou a decisão sobre a não autorização da amputação de sua perna quando se mostrava capaz civil e mentalmente. No Estatuto do Idoso no capítulo II Do direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, Artigo 10º, § 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.?</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil, Lei nº 1074/2003. Estatuto do idoso. Brasília: DF, outubro de 2003 Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução nº 2.217 de setembro de 2018, Brasília: CFM, 2019.</p>
51	D	<p>Trata-se de paciente com colelitíase e sintomatologia clássica, a qual poderia ser confirmada pela ecografia das vias biliares.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gama-Rodrigues, Joaquim José; Machado, Marcel Cerqueira Cesar; Rasslan, Samir. Clínica Cirúrgica. 1ª ed. Barueri, SP: Manole, 2008.</p>
52	C	<p>O diagnóstico da paciente é Hipotireoidismo primário subclínico. Esses casos são tratados somente em algumas situações. Dentre elas, a presença de anti TPO positivo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: SBEn. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/4</p>
53	B	<p>Trata-se de paciente com catarata, apresentando sinais e sintomas típicos. O tratamento indicado é a cirurgia de catarata (facoemulsificação), com o objetivo de substituir o cristalino opaco por uma lente intraocular transparente, melhorando a acuidade visual.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: ARIETA, CEL. Série Oftalmologia Brasileira - Cristalino e catarata. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2018.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
54	A	<p>A: CORRETA Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) É possível observar no caso clínico descrito, pelo menos 4 critérios da classificação proposta pela American College of Rheumatology (ACR) de 1983 para o diagnóstico de LES, que constam no PCDT de LES da CONITEC de 2018, os quais enumera-se:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Úlcera oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico.2) Pancitopenia (anemia + leucopenia + trombocitopenia)3) Alterações imunológicas a) presença de anti-DNA nativo, ou b) presença de anti-Sm4) FAN reagente em altos títulos. Títulos de FAN maior que 1:80 são significativos. <p>Há ainda lesões eritematosas com escamas queratóticas aderidas que constitui um 5º critério</p> <p>B: INCORRETA Conforme as recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia de 2013, os critérios CASPAR devem ser empregados para que se estabeleça o diagnóstico de artrite psoriásica por terem sensibilidade e a especificidade de 99,7% e 99,1%, respectivamente e no enunciado da questão não existem elementos que correspondam aos critérios de CASPAR.</p> <p>C: INCORRETA No texto da questão não há um só sinal ou sintoma descrito, que permita aventar a hipótese diagnóstica de esclerodermia em qualquer de suas formas clínicas como por exemplo, a morfeia, CREST e outras.</p> <p>D: INCORRETA No texto, exceto pela queixa de dor articular, não há um só critério dentre os 7 critérios que devem ser avaliados para fins de diagnóstico de Artrite Reumatoide (AR), conforme proposto pela American College of Rheumatology (ACR) em 1987, descrito no PCDT de AR da Conitec de 2017.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Lúpus Eritematoso Sistêmico, Ministério da Saúde Março de 2018, CONITEC-Relatório de Recomendação.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
55	C	<p>A. INCORRETA A miliária está associada ao acúmulo de suor, que escapa para o tecido circunjacente formando vesículas. Ocorre igualmente em meninos e meninas, com maior incidência nas primeiras semanas de vida. São fatores predisponentes a prematuridade, o uso de roupas em excesso, e o uso de sabões, cremes, produtos oclusivos e oleosos. As lesões clínicas variam de acordo com o nível da obstrução do ducto écrino na pele. As lesões caracterizam-se por pequenas pápulas, vesículas ou vesico pápulas, eritematosas e pruriginosa.</p> <p>B. INCORRETA O impetigo neonatal inicia-se geralmente ao redor de 2 a 3 dias de vida, sob a forma de lesões superficiais vesiculares, pustulosas ou bolhosas, sobre base eritematosa, as quais se rompem facilmente, formando crostas. Localizam-se habitualmente em áreas úmidas da pele, como área das fraldas, virilha, axilas e dobras do pescoço.</p> <p>C CORRETA O eritema tóxico do RN é uma erupção cutânea benigna, autolimitada e idiopática. Geralmente ocorre em RN a termo e deve ser reconhecido pelo pediatra geral. As lesões caracterizam-se por máculas, pápulas e pústulas eritematosas transitórias, que se iniciam em geral ao redor de 3 a 4 dias de vida e localizam-se em frente, face, tronco e membros, tendendo a poupar palmas das mãos e plantas dos pés. Habitualmente têm evolução rápida, desaparecendo de uma área e surgindo em outra em horas. O diagnóstico é na maioria das vezes clínico. Pode-se realizar biópsia nos casos duvidosos, a qual demonstrará acúmulo de eosinófilos no aparelho pilosebáceo. No sangue periférico pode ser encontrada eosinofilia. O tratamento é desnecessário, pois se trata de condição autolimitada.</p> <p>D. INCORRETA A melanose pustular transitória é uma dermatose benigna e autolimitada, de etiologia indefinida, mais frequente em negros e caracterizada por lesões vesico pustulosas superficiais que evoluem para máculas hiperpigmentadas. Localizam-se na porção inferior da face, mento, frente e regiões cervical, pré-tibial e lombar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) 4ª edição - 2017</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
56	C	<p>A) INCORRETA. O indicador de Swaroop-Uemura mede a participação dos óbitos na população com 50 anos ou mais, em relação ao total de óbitos, ou seja, quanto mais alto o seu valor, mais desenvolvido o município, pois a maior proporção de óbitos ocorre na população idosa. Porém, a taxa de mortalidade específica para pessoas com 60 anos ou mais, que estima o risco de morte na população idosa, é menor que em outros municípios (C e D), ou seja, quanto mais baixo o seu valor, menor o número de pessoas morrendo nesse grupo etário.</p> <p>B) INCORRETA. O indicador de Swaroop-Uemura mede a participação dos óbitos na população com 50 anos ou mais, em relação ao total de óbitos, ou seja, quanto mais baixo o seu valor, menos desenvolvido o município, pois menor proporção de óbitos ocorre na população idosa. Além disso, a taxa de mortalidade específica para pessoas com 60 anos ou mais, que estima o risco de morte na população idosa, é menor que em outros municípios (C e D), ou seja, quanto mais baixo o seu valor, menor o número de pessoas morrendo nesse grupo etário.</p> <p>C). CORRETA. O indicador de Swaroop-Uemura mede a participação dos óbitos na população com 50 anos ou mais, em relação ao total de óbitos, ou seja, quanto mais alto o seu valor, mais desenvolvido o município, pois a maior proporção de óbitos ocorre na população idosa. A taxa de mortalidade específica para pessoas com 60 anos ou mais estima o risco de morte na população idosa, ou seja, quanto mais alto o seu valor, maior o número de pessoas morrendo nesse grupo etário.</p> <p>D) INCORRETA. O indicador de Swaroop-Uemura mede a participação dos óbitos na população com 50 anos ou mais, em relação ao total de óbitos, ou seja, quanto mais baixo o seu valor, menos desenvolvido o município, pois a menor proporção de óbitos ocorre na população idosa. A taxa de mortalidade específica para pessoas com 60 anos ou mais estima o risco de morte na população idosa, ou seja, quanto mais alto o seu valor, maior o número de pessoas morrendo nesse grupo etário.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.</p>
57	A	<p>Como o enunciado sugere, na SGB o paciente apresenta um processo degenerativo transitório de origem imunitária que desmieliniza significativamente a bainha de mielina das fibras nervosas dos nervos periféricos, o que explica a severa redução da força motora, principalmente nos membros inferiores. Assim, os potenciais de ação (PA) gerados no motoneurônio inferior alfa terão uma dificuldade muito maior de chegar na placa motora, em função da grande redução na velocidade de propagação dos mesmos sobre as fibras nervosas. Isto resultará numa menor frequência e intensidade de despolarização da placa motora, conforme resposta CORRETA explicitada na alternativa "A". Nada acontecerá no sentido de se liberar mais cálcio do retículo, até porque este depende do estímulo maior, o que não é o caso. Com a menor despolarização da membrana, os canais de sódio se abrirão em menor frequência e, portanto, estarão muito mais no estado fechado que no inativado (alternativas B e C). Finalmente, na alternativa "D" ocorre uma inverdade contundente, pois os PAs sempre são classicamente estereotipados e de tamanho padrão, não ocorrendo redução de suas amplitudes, em situação normal de disparos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BERNE, R.M. & LEVY, M.N. Fisiologia. 7a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018 BORON, W.F. & BOULPAEP, E.L. Medical Physiology - A Cellular and Molecular Approach. 3rd Ed. Philadelphia: Elsevier, 2017 GUYTON, A.C. & HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 13a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017 KANDEL, E.R. et al. Principles of Neural Science. 5a Ed., New York: McGraw-Hill, 2013 TORTORA, G.J. & DERRICKSON, B. Principles of Anatomy & Physiology. 13th Ed. Hoboken, John Wiley & Sons, 2012.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
58	D	<p>a) A profilaxia primária de febre reumática se refere ao tratamento adequado das faringoamigdalites estreptocócicas para prevenir a ocorrência de febre reumática. No caso em questão, o paciente teve o tratamento inadequado para faringoamigdalite estreptocócica e desenvolveu febre reumática.</p> <p>b) A profilaxia primária de febre reumática se refere ao tratamento adequado das faringoamigdalites estreptocócicas para prevenir a ocorrência de febre reumática. No caso em questão, o paciente teve o tratamento inadequado para faringoamigdalite estreptocócica e desenvolveu febre reumática.</p> <p>c) A indicação somente de repouso não é a conduta mais adequada para o caso. Além disso, a profilaxia primária para febre reumática não foi realizada de forma adequada.</p> <p>d) A profilaxia secundária é a mais adequada para à prevenção da ocorrência de novos surtos em indivíduos que já apresentaram o primeiro surto da doença, como é o caso em questão.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>1. Oliveira SKF, Magalhães CS, GoldensteinSchainberg C, Silva CCA, Paim L, Rodrigues MCF, Hilário MO, Hirschheimer SMS, Robazzi T, Vieira SE. Febre Reumática: prevenção e tratamento. Diretrizes Clínicas da Saúde Suplementar, AMB: 2011.</p> <p>2. Barbosa, PJB et al. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática. Arq Bras Cardiol 2009; 93(3 supl.4): 1-18.</p>
59	D	<p>a) Reabilitação vestibular não é indicada para disfagia, mas sim para quadros vertiginosos e/ou instabilidades posturais diversas.</p> <p>b) O uso de antidepressivo tricíclico deve ser evitado em pacientes com comprometimento cognitivo, pelo seu efeito anticolinérgico; além disso, a Trazodona não faz parte dessa classe de antidepressivo.</p> <p>c) O correto seria o uso de anticolinesterásico para a cognição; além disso, a quetiapina é um neuroléptico, sem indicação de uso nesse quadro.</p> <p>d) Trata-se de paciente com vários fatores de risco para doença cardiovascular, com descrição típica de quadro motor sequelar a um acidente vascular encefálico prévio, que evolui com comprometimento de sua funcionalidade e piora cognitiva, o que caracteriza um quadro demencial. O Baclofeno é um relaxante muscular que pode ser indicado para esse quadro motor sequelar descrito, assim como o médico fisiatra é um especialista que trata de reabilitação de doenças neurológicas e musculoesqueléticas, relacionadas ao movimento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Freitas, EV, Py, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 4ª edição, 2016.</p>
60	D	<p>O aumento da pressão intersticial leva ao colapso do vaso. As células endoteliais apresentam hiatos entre elas que permite o livre movimento de macromoléculas e de substâncias particuladas. Os hiatos são revestidos por células sobrepostas e fracamente aderidas que atuam como válvulas para impedir o fluxo retrógrado de líquido quando ele entra na luz.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Guyton, A., Hall.J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
61	C	<p>A redução de 50% na taxa de filtração glomerular aproximadamente dobraria a concentração de creatinina no plasma, porque a creatinina não é reabsorvida nem secretada e sua excreção depende amplamente da filtração glomerular. Portanto, quando a taxa de filtração glomerular diminui, a concentração plasmática de creatinina aumenta até que a excreção renal de creatinina volte ao normal. As concentrações de sódio, potássio e íons de hidrogênio são estritamente reguladas por múltiplos mecanismos que as mantêm relativamente constante, mesmo quando a taxa de filtração glomerular cai para níveis muito baixos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: John Hall, Michael Hall - Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology-Elsevier (2020).</p>
62	A	<p>Os bloqueadores alfa-1-adrenérgicos relaxam diretamente a musculatura lisa ureteral. Tais drogas conseguem diminuir o espasmo do trato urinário, facilitando a movimentação do cálculo de modo a aumentar a chance de eliminação espontânea. Evidentemente, eles reduzem a intensidade e as recidivas da cólica nefrética. A combinação AINE + alfabloqueador compõe a chamada Terapia Médica Expulsiva (TME). Pacientes com cálculos ureterais pequenos (= 10 mm), cujos sintomas conseguem ser bem controlados e que não apresentam indicações formais para uma abordagem urológica imediata (ex.: sepse, IRA), podem tentar a TME por um período de até 4-6 semanas. A droga de escolha na atualidade é o Tamsulosin (Secotex®) na dose de 0,4 mg/dia, via oral. Bloqueadores de canais de cálcio (ex.: nifedipina) também podem ser usados com o mesmo intuito, porém, são menos eficazes do que os alfabloqueadores e apresentam maior incidência de efeitos colaterais (ex.: hipotensão arterial).</p> <p>Para a questão proposta, estamos frente a um quadro de ureterolitíase aguda que respondeu adequadamente ao tratamento analgésico (paciente sem dor no momento). Trata-se de cálculo com diâmetro < 10 mm, que já migrou até a porção distal do trato urinário e não está causando nenhuma complicação (ex.: obstrução, IRA, infecção). Logo, estamos frente ao protótipo do paciente candidato à TME com tamsulosina, reavaliando o paciente com nova imagem a cada 7-14 dias e, caso não seja bem-sucedida, indica-se uma abordagem intervencionista.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Papadakis, M.A.; McPhee, S. J. Consenso Rinossinusites: evidências e experiências. Braz J Otorhinolaryngol. 2015. Capítulo 23, 975-978</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
63	B	<p>Resposta CORRETA: “Síndrome parkinsoniana. Prescrição de Biperideno e, na persistência do quadro, substituição do antipsicótico.” – Um dos principais efeitos adversos de antipsicóticos, especialmente antipsicóticos típicos como o Haloperidol, são os efeitos extrapiramidais. Entre esses efeitos, temos a síndrome parkinsoniana ou parkinsonismo medicamentoso, que ocorre devido ao antagonismo de receptores dopaminérgicos na via nigro-estriatal. Nessa via, a dopamina possui papel fundamental na ativação da via direta do movimento, bem como na inibição da via indireta, favorecendo o movimento. O antagonismo de receptores dopaminérgicos por fármacos antipsicóticos pode levar a sintomas motores semelhantes à Doença de Parkinson. Admite-se, ainda, que o parkinsonismo seja resultante de um desequilíbrio entre os sistemas colinérgico e dopaminérgico no corpo estriado. Assim, drogas anticolinérgicas de ação central, como o Biperideno, podem auxiliar no controle dos sintomas motores.</p> <p>a) distrator: “Insônia”. Antipsicóticos típicos são conhecidos pelos seus efeitos sedativos. Em alguns casos acabam sendo indicados inclusive para tentar manejar este transtorno. Sendo assim, insônia não é um efeito adverso associado aos antipsicóticos.</p> <p>c) distrator: “Síndrome serotoninérgica”. Os antipsicóticos não são fármacos serotoninérgicos, ou seja, não aumentam a disponibilidade de serotonina ou estimulam seus receptores. Essa característica é mais comum aos antidepressivos, por exemplo. A síndrome (relativamente rara) que pode ser causada com o uso de antipsicóticos é a síndrome neuroléptica maligna.</p> <p>d) distrator: “Hipoglicemia”. A maioria dos antipsicóticos pode causar algum efeito metabólico. Porém os efeitos mais comuns são: ganho de peso, hiperlipidemia e hiperglicemia. Hipoglicemia não é um efeito adverso associado aos antipsicóticos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brunton LL, Hilan-Dandan, R, Knollmann BC. As bases farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman. 13nd ed. Porto Alegre: AMGH; 2019.</p> <p>Stahl SM. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 4nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.</p> <p>Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº364/13 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia.</p>
64	D	<p>Os acidentes vasculares encefálicos isquêmicos de tronco cerebral ocorrem por oclusão parcial unilateral de ramos do sistema vértebro-basilar, caracterizando as síndromes alternas, nas quais observamos, de acordo com o nível da lesão: homolateralmente acometimento de nervos cranianos e contralateralmente acometimento da via piramidal e das vias sensitivas. Há predominância em idosos, no sexo masculino, associado à comorbidades como hipertensão arterial e diabetes melitus. Millard descreveu o primeiro caso em 1855.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Semiologia neurológica/Carlos Roberto Martins Jr.... (et al.). Semiologia neurológica; ilustração Danilo dos Santos Silva.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
65	A	<p>A) Essa família se encontra no estágio tardio de vida. As mudanças necessárias nesse estágio são: manter o funcionamento e interesses próprios e/ou do casal em face do declínio biológico; apoiar um papel mais central da geração do meio; abrir espaço para a sabedoria dos idosos, apoiando-a sem super funcionar por ela e lidar com as perdas.</p> <p>B) Essa é uma mudança necessária no estágio “Lançando” os filhos e seguindo em frente”.</p> <p>C) Essa é uma mudança necessária no estágio “Saindo de casa: jovens solteiros”</p> <p>D) Essa é uma mudança necessária no estágio “Famílias com filhos pequenos”</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Freeman, TR. Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.</p> <p>Gusso, G; Lopes, JMC; Dias, LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.</p>
66	D	<p>A deficiência de vitamina B12 causa anemia perniciosa, o que, além dos sintomas anêmicos, pode levar a diversos sintomas psicóticos. Além disso, a falta de vitamina B12 também pode provocar déficit de memória e depressão</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Syed EU, Wasay M, Awan S. Vitamin B12 supplementation in treating major depressive disorder: a randomized controlled trial. Open Neurol J. 2013; 7: 44-8.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
67	B	<p>A. INCORRETA - É uma dificuldade persistente para adquirir e desenvolver a fala e a linguagem. Aparentemente a criança possuiu todas as condições para falar, mas ela não consegue ou apresenta muita dificuldade neste processo. Houve recentemente, uma mudança na terminologia e o DEL passou a ser nomeado como TDL - Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem. O atraso no aparecimento da linguagem oral pode, muitas vezes, ser o sinal de problemas auditivos, ou falta de estímulos ou ainda pode ser o sinal de transtornos mais globais no desenvolvimento como o Autismo e a Deficiência Intelectual. No entanto, esse atraso pode ser o indício de um quadro denominado de Distúrbio Específico de Linguagem/Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem (Specific Language Impairment, SLI / Developmental Language Disorder / DLD), ou seja, aparentemente a criança possui todas as condições de desenvolver a linguagem e a fala, mas este desenvolvimento não ocorre conforme o esperado. O diagnóstico inicial é feito por exclusão, ou seja, primeiramente tem que ser investigado se existe algum problema auditivo, se a dificuldade é específica da área da linguagem ou se outros aspectos do desenvolvimento da criança também estão alterados, se existe algum problema emocional grave, se em casa está faltando estímulos para o desenvolvimento da fala e da linguagem.</p> <p>B. CORRETA - O Transtorno do Espectro Autista (TEA) está evidenciado pelo atraso da linguagem social, caracterizado pela falta de interação social desde o momento em que a criança entra no consultório sem olhar para o pediatra que o chama pelo nome, bem como pela falta da fala expressiva e das intenções de comunicação. O comportamento estereotipado e repetitivo neste caso foi visto na brincadeira não funcional com a manipulação de partes de objetos e na rigidez de comportamento relatada pela mãe. Completa-se os critérios diagnósticos para o TEA</p> <p>C. INCORRETA - Transtorno infantil caracterizado por comportamento desafiador e desobediente a figuras de autoridade. A causa do transtorno desafiador de oposição é desconhecida, mas provavelmente envolve uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Os sintomas geralmente começam antes de uma criança completar oito anos de idade. Eles incluem humor irritável, comportamento argumentativo e desafiador, agressividade e índole vingativa que duram mais de seis meses e causam problemas significativos em casa ou na escola. O tratamento envolve terapia individual e familiar.</p> <p>D. INCORRETA - Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) a forma mais simples é desatenta, que se manifesta pela diminuição da capacidade de manter o foco da atenção por períodos prolongados; a forma impulsiva, com inquietude motora ou fala em demasia; e a forma combinada com presença de desatenção, hiperatividade e impulsividade em vários graus.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) 4ª edição - 2017</p>
68	A	<p>a) Sarcoidose – CORRETA – a patologia da Sarcoidose revela processo mononuclear granulomatoso não caseoso.</p> <p>b) Tuberculose – INCORRETA – a patologia revelaria lesão granulomatosa caseosa e pesquisa de BAAR positiva.</p> <p>c) Artrite Reumatoide- INCORRETA – apresenta nódulos reumatoides caracterizam-se por área central de necrose fibroide, envolvida por uma camada de células mononucleares em paliçada entre uma zona vascular de tecido de granulação, plasmócitos e fibroblastos.</p> <p>d) Amiloidose – INCORRETA – na patologia haveria presença de material amiloide exibindo birrefringência com tom esverdeado sob microscopia polarizada após coloração com vermelho Congo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: -CARDOSO RIBEIRO, et al. Manual de Reumatologia. 2.ed. Editora: Guanabara Koogan, ano: 2020. - LOPES, ANTONIO CARLOS et al. Manual de Clínica Médica. Edição: 1a. Editora: Guanabara Koogan. Ano: 2020.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
69	A	<p>A Demência frontotemporal caracteriza-se por significativa alteração da personalidade e do comportamento, com relativa preservação das funções cognitivas praxia, gnose e memória. As habilidades visuoespaciais também se encontram intactas. A linguagem, por sua vez, é progressivamente afetada, podendo ocorrer dificuldades na compreensão e na expressão verbal, com redução da fluência ou mesmo mutismo. Além disso a imagem mostra plena atrofia cortical em região frontotemporal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: HARRISON, Tinsley Randolph; KASPER, Dennis L.; FONSECA, Ademar Valadares; FINKELSZTEJN, Alessandro. Medicina interna de Harrison - 19. ed. / 2017.</p>
70	C	<p>Considerando as informações apresentadas, como: eco endometrial de 2 mm, colpocitologia com padrão normal e idade da paciente, o diagnóstico mais provável é atrofia do endométrio.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Conduas em Infectologia. Sérgio Cimerman e Benjamin Cimerman. Editora Atheneu. São Paulo. 2005. Capítulo 8, 16, 26 e 58. Tratado de Ginecologia FEBRASGO / editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Agnaldo Lopes da Silva Filho. [et al]. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.</p>
71	C	<p>Os objetivos da avaliação inicial são: identificar a síndrome cerebrovascular, garantir a estabilidade clínica, realizar o exame neurológico abreviado ex: escala NIH e transportar rapidamente o paciente para realização de Tomografia de crânio ou Ressonância Nuclear Magnética craniocervical sem contraste. A apresentação clínica do paciente sugere que a topografia seja na região irrigada pela artéria cerebral anterior.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BMJ Best Practice. Acidente vascular encefálico isquêmico. Última revisão em 06 de dezembro de 2018.</p>
72	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. Quando existe MHC com Eclâmpsia concomitante observa-se associação de fatores de risco para TTG e, como consequência, incidência elevada de malignização. Neste caso o mais provável é o Tumor trofoblástico gestacional (Coriocarcinoma) é uma forma maligna de doença trofoblástica gestacional. É muito mais provável que outros tipos de doença trofoblástica gestacional cresçam rapidamente e se disseminem para outros órgãos.</p> <p>Na maioria das vezes o coriocarcinoma se desenvolve a partir de uma mola hidatiforme completa, mas também pode ocorrer a partir de uma parcial, de uma gravidez normal ou da interrupção da gravidez.</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 – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
73	C	<p>O objetivo principal da questão é apresentar um diagnóstico de dor mecânica que frequentemente dispensa exames complementares e cuja primeira abordagem seja não farmacológica.</p> <p>a) Artrite inflamatória de evolução crônica. Analisar o líquido sinovial obtido por punção guiada por ultrassom em joelho direito. Justificativa: a resposta é INCORRETA, os dados de anamnese (fatores epidemiológicos) e o exame físico apontam para ritmo mecânico de dor, não há descrição de presença de líquido articular ao exame físico (sinal da tecla) ou abaulamento em superfície poplítea, sugerindo um acúmulo como cisto poplíteo (cisto de Baker).</p> <p>b) Poliartrite. Aguardar a evolução até seis semanas e avaliar raio x, provas inflamatórias e fator reumatoide. Justificativa: a resposta é INCORRETA. A anamnese, o exame físico e o tempo de evolução, apontam envolvimento de duas articulações e o ritmo da dor é fortemente sugestivo de osteoartrite, sendo o exame físico e anamnese, geralmente suficientes para o diagnóstico.</p> <p>c) Oligoartrite. Realizar analgesia, reforço muscular e alívio da carga, podendo ocorrer dissociação clínico-radiográfica ao exame complementar. Justificativa: resposta CORRETA. Os dados epidemiológicos obtidos na anamnese e no exame físico justificam o raciocínio clínico e a conduta.</p> <p>d) Espondiloartrite. Avaliar o eixo axial com raio x de articulações sacro-ilíacas e buscar uveíte anterior e aftas orais ao exame físico. Justificativa: a resposta está INCORRETA, a anamnese e o exame clínico apontam para osteoartrite, especialmente, sem a rigidez matinal e a dor lombar intensa que são mais frequentes na espondilite anquilosante, adicionalmente o aparecimento de dor em idades superiores a 45 anos, não é característico das espondiloartrites.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <ol style="list-style-type: none">Bonfá E, Fuller R, Pereira RMR. No Title Manual do Médico Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo- Reumatologia 2a edição. 2021. 202–214 p.Bonfá E, Fuller R, Pereira RMR. No Title Manual do Médico Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo- Reumatologia 2a edição. 2021. 202–214 p.
74	B	<p>A) INCORRETA – O mecanismo de ação da varfarina não está relacionado com a inibição da produção de tromboxanos.</p> <p>B) CORRETA – Os AINEs deslocam a varfarina de sua ligação as proteínas plasmáticas, o que aumenta a concentração de varfarina livre e potencializa o efeito anticoagulante desse fármaco e favorece o aparecimento de quadros hemorrágicos.</p> <p>C) INCORRETA – A inibição seletiva da enzima ciclooxigenase-2 (COX-2), além de não ser o mecanismo central dessa interação, ainda não se relaciona com o processo de coagulação sanguínea.</p> <p>D) INCORRETA – Os AINEs não possuem a capacidade de inibir a absorção de vitamina K.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Vais AA, Cunha EPS, Sucupira JA, Labbado JNT. Intoxicação por varfarina: relato de caso. Braz. J. Surg. Clin. Res. 13(1): 43-45, 2015.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
75	C	<p>Alternativa CORRETA letra C, visto que se tratar de um prematuro precoce, com risco de desenvolver a SDR devido à deficiência de surfactante alveolar associado à imaturidade pulmonar. Como fator de risco ainda identificamos um bebê do sexo masculino, com evolução de desconforto respiratório progressivo. Na descrição do raio X, temos um típico comprometimento de SDR grau II.</p> <p>No caso da pneumonia por Estreptococo do grupo B ou sepse precoce, o RN pode evoluir com desconforto respiratório, RX similar ao descrito, porém costumam ter outros sinais de sepse associados e o risco de infecção no recém-nascido aumenta em filhos de mães colonizada pelo GBS, prematuridade, corioamnionite, rotura das membranas acima de 18h, mãe com bacteriúria pelo GBS, idade menor que 20 anos, raça negra, RN previamente infectados; o que não observamos no caso acima.</p> <p>E no caso da Taquipneia transitória do RN ocorre um retardo na absorção do líquido pulmonar, mais comum em prematuros tardios.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>1- Segre, Conceição A. M.; Costa, Helenilce de Paula Fiod; Lippi, Umberto Gazi. Perinatologia fundamentos e prática; 3.ed. ampl. e atual- São Paulo: SARVIER, 2015.</p> <p>2- Http://paulomargotto.com.br/documentos/8526</p>
76	D	<p>Trata-se de paciente com histórico de dor epigástrica crônica (provável doença péptica) que evolui para dor abdominal de forte intensidade em região epigástrica e posteriormente generalizada associada a descompressão brusca positiva em todo abdome (sinal de peritonite difusa). Além disso, a paciente está fazendo tratamento para dor lombar, provavelmente utilizando anti-inflamatórios que aumentam a chance de úlcera péptica e suas complicações. Trata-se, portanto, de quadro clínico bastante sugestivo de úlcera péptica perfurada, causa mais comum de abdome agudo perfurativo. Neste caso, o exame mais indicado é o RX de tórax PA que identificará pneumoperitônio.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>SABISTON, D.C. – Tratado de Cirurgia – 19ª edição. ED. ELSEVIER – RIO DE JANEIRO</p>
77	B	<p>O paciente em questão apresenta várias características clínicas compatíveis com um quadro depressivo, tais como: apatia, avolição, apragmatismo, anedonia, isolamento social, alteração no padrão sono-vigília, perda de apetite, sentimento íntimo de vazio existencial e desesperança, por tempo prolongado. O quadro é de natureza grave pois há relato de tentativa de suicídio prévia e recente, com elementos que indicam alta intencionalidade suicida, uma vez que ele ainda expressa claramente o desejo de morrer. Por isso, a indicação pela internação hospitalar ou domiciliar é a conduta clínica apropriada para o momento. O fato de não haver alteração na sensopercepção (como delírios e alucinações), permite que descartemos os diagnósticos de transtorno esquizoafetivo; a gravidade clínica do quadro, marcada fortemente pelo risco e ideação suicidas, permitem, também, que descartemos os demais diagnósticos diferenciais mencionados nos outros itens formulados, ou seja, transtorno depressivo leve e transtorno depressivo moderado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. Emergências Psiquiátricas (4 edição). Porto Alegre: Artmed, 2015.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
78	D	<p>A) INCORRETA. A não solicitação do exame não configura em uma medida de prevenção primária porque não se trata de promoção da saúde (ações intersetoriais com o intuito de melhorar as condições de vida de uma pessoa ou comunidade) e nem de proteção específica (imunização).</p> <p>B) INCORRETA. A prevenção secundária é toda medida que busca o diagnóstico precoce da doença, ainda na ausência ou início de sinais e sintomas, mas que somente se justificam em caso de histórico familiar ou suspeita clínica da doença, o que não é a situação da usuária descrita no caso.</p> <p>C) INCORRETA. A prevenção terciária são as medidas que buscam a reabilitação física e social de usuários afetados por agravo que deixou alguma incapacidade, o que não é o caso descrito na questão.</p> <p>D) CORRETA. A Resposta CORRETA, porque o médico considerou desnecessário o exame devido a ausência de qualquer sintoma ou histórico familiar, tratando-se, portanto, de uma medida de prevenção quaternária com o objetivo de evitar um sobrediagnóstico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Melo E, Mattos R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa de vida? In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. orgs. Atenção Primária à Saúde no Brasil – Conceitos, Práticas e Pesquisa. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p. 95-116.</p>
79	B	<p>Paciente adulto jovem atleta, apresenta resposta fisiológica muito eficiente, compensando situações de choque hipovolêmico.</p> <p>O mecanismo de trauma, a confusão mental, taquipneia são indicativos de trauma abdominal, mesmo com a frequência cardíaca e PA dentro da faixa de normalidade podendo sugerir perdas sanguíneas. Realizar o exame primário do ATLS (Advanced Trauma Life Support) e utilizar o ultrassom focado para trauma (FAST) é de fundamental importância para auxílio nas tomadas de decisão pela equipe médica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Manual do Curso ATLS para aluno, Advanced Trauma Life Support, 10ª Edição, 2018.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
80	C	<p>O médico, em nível ético, deve contar sim aos pais do paciente adolescente que ele tentou suicídio, caso contrário estaria infringindo o Artigo 74 do Código de Ética Médica, no seu Capítulo IX sobre sigilo profissional, onde diz que é vedado ao médico: “Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.</p> <p>Neste caso, há a possibilidade de o adolescente vir a tentar novamente contra a sua própria vida, pois uma tentativa de suicídio pode ser seguida de outras, quando não seja esclarecida e tratada adequadamente, com uma terapêutica multidisciplinar que envolva o paciente, a família/cuidadores, a escola, entre outros setores que estejam relacionados à vida do paciente. As estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes.</p> <p>Em nível epidemiológico, as tentativas de suicídios devem ter a notificação do tipo compulsória e imediata, primeiramente em nível municipal, a fim de se instituírem programas preventivos o mais rápido possível. De acordo com a LEI N° 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019: É imprescindível articular a notificação do caso de tentativa de suicídio à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento, seja via ficha de notificação imediata da tentativa de suicídio, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação) com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde. Isso inclui acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso.</p> <p>Nos casos que envolverem criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá receber a notificação, nos termos de regulamento. Todos os órgãos deverão manter o sigilo do nome do paciente.</p> <p>No caso em questão, o adolescente poderia ser encaminhado para o Centro de Atendimento Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi), o qual faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).</p> <p>Outro aspecto epidemiológico relevante é que o suicídio é a segunda causa de morte entre os adolescentes, atrás apenas dos acidentes de trânsito.</p> <p>COMENTÁRIOS SOBRE OS DISTRATORES:</p> <p>Resposta INCORRETA A: Pelo Código de Ética Médica o médico deve contar aos pais que o adolescente tentou suicídio (Artigo 74 do Código de Ética Médica, no seu Capítulo IX sobre sigilo profissional). A notificação da tentativa de suicídio deve ser feita de forma compulsória e imediata, não até 48 horas depois da entrada do paciente na UPA; e, primeiramente, à Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Resposta INCORRETA B: Na atitude parassuicida a pessoa pratica atos que poderiam levar à sua morte; porém a sua intenção não é se matar. O parassuicídio inclui ferimentos contra si mesmo (incluindo automutilação e queimaduras) com pouca ou sem intenção de causar morte. Já a notificação de atitudes parassuicidas e de tentativa de suicídio deve ser feita em nível municipal.</p> <p>Resposta INCORRETA D: No caso não houve uma atitude parassuicida, mas sim uma tentativa de suicídio, assumida ao médico pelo paciente adolescente. E o médico deve sim contar aos pais que o paciente tentou suicídio (Artigo 74 do Código de Ética Médica, no seu Capítulo IX sobre sigilo profissional).</p> <p>O paciente não necessita de cuidados intensivos em uma Unidade de Terapia Intensiva hospitalar. O adolescente está conversando com o médico que já tomou os primeiros cuidados emergenciais, devendo mantê-lo com os sinais vitais monitorados e em observação na UPA. Além disto, a dosagem de benzodiazepínico ingerida não é fatal.</p> <p>Quanto ao matriciamento, não seria o caso neste momento para o adolescente em questão.</p> <p>De acordo com o Guia prático de matriciamento (ou apoio matricial) em saúde mental do Ministério da Saúde (2011): na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. E a equipe de apoio matricial, no caso específico deste caso, seria a equipe de saúde mental. Este apoio matricial deve ser solicitado quando:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família.- Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais.- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).- Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Dulce Helena Chiaverini (organizadora). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.</p> <p>Sadock, Benjamin J. Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.</p> <p>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm acessado 21/04/2020</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
81	D	<p>a) Transtorno Relacionado à Abstinência de Estimulantes: A característica essencial da abstinência de estimulantes é a presença de uma síndrome de abstinência típica que se desenvolve no prazo de algumas horas a vários dias após a interrupção (ou redução acentuada) do uso de estimulantes (geralmente de altas doses) prolongado. A síndrome de abstinência caracteriza-se pelo desenvolvimento de humor disfórico acompanhado por duas ou mais das seguintes alterações fisiológicas: fadiga, sonhos vívidos e desagradáveis, insônia ou hipersonia, aumento do apetite e retardo ou agitação psicomotora.</p> <p>b) Transtorno Depressivo Induzido por Substância: Uma perturbação proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico, caracterizada por humor depressivo ou diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades. As características diagnósticas do transtorno depressivo induzido por substância/medicamento incluem os sintomas de um transtorno depressivo, como o transtorno depressivo maior; entretanto, abstinência está associada a ingestão, injeção ou inalação de uma substância (p. ex., droga de abuso, exposição a uma toxina, medicamento psicotrópico, outro medicamento) e persiste além da duração esperada dos efeitos fisiológicos, da intoxicação ou do período de abstinência.</p> <p>c) Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância: As características essenciais do transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento são sintomas proeminentes de pânico ou ansiedade que são considerados como decorrentes dos efeitos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina). Os sintomas de pânico ou ansiedade devem ter-se desenvolvido durante ou logo após a intoxicação ou abstinência da substância ou após a exposição a um medicamento, e as substâncias ou medicamentos devem ser capazes de produzir os sintomas.</p> <p>d) Transtorno Depressivo Não Especificado, com início no periparto: Este especificador pode ser aplicado ao episódio atual ou, se atualmente não são satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior, ao episódio mais recente de depressão maior se o início dos sintomas de humor ocorre durante a gravidez ou nas quatro semanas seguintes ao parto.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.</p> <p>2. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
82	B	<p>A) INCORRETA. O quadro clínico apresenta na descrição do exame físico a presença de pulsos femorais, poplíteos, pediosos e tibiais posteriores palpáveis, amplos e simétricos, excluindo a hipótese diagnóstica de oclusão arterial aguda, cujo tratamento deverá ser cirúrgico com embolectomia das artérias dos membros inferiores.</p> <p>B) CORRETA. O quadro clínico apresenta sintomas (dor e edema), sinais (edema, dor a palpação da musculatura da panturrilha, dor a dorsiflexão passiva do pé), bem como a presença de fatores de risco (infecção prévia pelo coronavírus SARS-CoV-2, uso de anticoncepcional oral) que possibilitam o estabelecimento da hipótese diagnóstica de trombose venosa profunda, cujo plano terapêutico deverá ser o tratamento farmacológico com medicações anticoagulantes, como a enoxaparina.</p> <p>C) INCORRETA. O quadro clínico apresenta na descrição do exame físico a presença de pulsos femorais, poplíteos, pediosos e tibiais posteriores palpáveis, amplos e simétricos, excluindo a hipótese diagnóstica de oclusão arterial aguda.</p> <p>D) INCORRETA. O quadro clínico apresenta sinais, sintomas e presença de fatores de risco que possibilitam o estabelecimento da hipótese diagnóstica de trombose venosa profunda, entretanto o tratamento deverá ser farmacológico com medicações anticoagulantes.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Jameson, JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo, DL, Loscalzo J. Medicina Interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: Artmed McGraw Hill; 2020. p. 404-10. Ibidem, p. 843-58. Ibidem, p. 1909-15.</p>
83	C	<p>De acordo com o Suporte Avançado de Vida em Pediatria, aplica-se o algoritmo de Choque Séptico em Pediatria, modificado por Brierley J et al (2008), no qual preconiza-se que na fase inicial (0 a 5 minutos) de atendimento na sala de emergência seja reconhecido o mais rápido possível o estado alterado de consciência e sinais de perfusão inadequada, oferecendo O₂ em alto fluxo e obtendo acesso venoso ou intraósseo para ressuscitação volumétrica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: American Heart Association. AHA - Pediatrics Advanced Life Support Manual. Capítulo Cap 9 - Tratamento do Choque, 220-221.</p>
84	C	<p>Letra C. Trata-se de um quadro de pancreatite aguda com descompensação aguda da glicemia (evidenciada por normalidade da hemoglobina glicosilada). A pancreatite aguda ocorre por ativação precoce dos zimogênios intra pancreáticos levando à destruição local com acometimento colateral das células beta pancreáticas. A hiperglicemia se explica ainda devido à ativação de hormônios contra insulínicos devido à resposta inflamatória sistêmica desencadeada pela pancreatite aguda grave.</p> <p>Letra A é INCORRETA, pois as células acinares são responsáveis pela secreção de enzimas digestivas e outros componentes enzimáticos no pâncreas.</p> <p>Letra B é INCORRETA, pois às células alfa secretam glugacon.</p> <p>Letra D é INCORRETA, pois às células delta secretam somatostatina.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Guyton, A., Hall. J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
85	B	<p>a) INCORRETA: O nó sinoatrial (SA) é o marcapasso normal do coração. Ele dispara a uma frequência de 60 a 100 batimentos por minuto.</p> <p>b) CORRETA: Quando o nó atrioventricular que é irrigado pela artéria coronária direita está comprometido, as fibras de Purkinje assumem o marcapasso cardíaco com frequência de disparo de 20 a 40 batimentos por minuto.</p> <p>c) INCORRETA: neste caso há um bloqueio atrioventricular Mobitz II, revelando lesão abaixo do nó atrioventricular, com acometimento intrínseco do sistema de condução. O trato internodal está acima do nó atrioventricular.</p> <p>d) INCORRETA: Quando o nó atrioventricular (AV) assume o marcapasso cardíaco dispara a uma frequência de 40 a 60 batimentos por minuto.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: VELASCO, et al. Medicina de Emergência Abordagem Prática FMUSP. Edição: 13ª. Editora: Manole. Ano: 2019.</p>
86	A	<p>A febre amarela (FA) é uma doença sistêmica, de alta morbimortalidade, típica de áreas tropicais, ocasionada pelo vírus Flavivírus e transmitida por mosquitos, como <i>Aedes aegypti</i> (no ciclo urbano) e <i>Haemagogus</i> (no ciclo silvestre).</p> <p>A ampliação da imunização em larga escala contra o vírus da FA tornou-se necessária no território nacional. Este fato, associado às características própria da vacina contra FA (VCFA), ocasionou considerável aumento do risco de ocorrência de reações adversas (RA) à vacina.</p> <p>A VCFA tem sido administrada em humanos com segurança desde 1937. Em geral, é bem tolerada e muito eficaz. Entretanto, ela pode levar à RA graves, como as doenças viscerotrópica e neurotrópica. Neste caso, um lactente previamente hígido desenvolveu sinais e sintomas da doença neurotrópica associada à VCFA após 20 dias da administração. O risco de desenvolvimento de doença neurotrópica pós-VCFA é de 1:8.000, sendo mais prevalente em grupos vulneráveis, como recém-nascidos, lactentes e indivíduos imunocomprometidos. Cabe salientar que a literatura mostra tempo médio de RA após a VCFA entre 7 e 27 dias, evidenciando que o lactente deste caso esteve próximo ao limite da faixa de tempo esperada para a referida manifestação clínica.</p> <p>No caso descrito, existiam evidências claras de que o vírus vacinal da FA foi causador da doença neurotrópica, visto que as reações encontradas, apesar de tardias, ocorreram dentro do tempo descrito na literatura, os testes para outros possíveis agentes causadores de meningoencefalites foram descartados, e ocorreu a positividade da IgM específica para o vírus da FA no LCR do paciente. Importante ressaltar que, apesar de ocorrer aumento da IgM sérica após a VCFA, seria improvável que ela ultrapassasse a barreira hematoliquórica, pelo fato de a molécula de IgM ser de grande peso molecular, reforçando o diagnóstico.</p> <p>B) INCORRETA. As vacinas estão em dia. A BCG protege contra as formas graves de tuberculose, que inclui a meningoencefalite tuberculosa.</p> <p>C) INCORRETA. Os exames realizados no líquido foram negativos para esta bactéria.</p> <p>D) INCORRETA. Não foram encontradas alterações neurológicas na TC. A TC do cérebro pode mostrar anormalidades específicas (redução da atenuação em um ou ambos os lobos temporais ou áreas de hiperintensidade) sugestivas de HSV em até 80% dos pacientes na apresentação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Febre Amarela: Guia para profissionais da Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2018 Mai 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_amarela_guia_profissionais_saude.pdf 4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano estratégico de vacinação contra febre amarela [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2018 Mai 21]. Disponível em:</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		https://infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2018/01/42b172f7b18f2ddb1424cb17e1e6cb24f6fa03023d459d48116f95db7edf21ef.pdf .
87	A	Trata-se de paciente com edema agudo de pulmão com fatores de risco para coronariopatia, sem sinais de baixa perfusão, mas com nítidos sinais de congestão, o que justifica o uso de nitroglicerina e da manutenção do betabloqueador. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Barbisan, Juarez Neuhaus. Edema Agudo de Pulmão. PROURGEN – Programa de Atualização em Medicina de Urgência e Emergência. Capítulo Ciclo 4, vol 2., 75-98.
88	C	O paciente em questão apresenta alto risco cardiovascular (diabético), com dislipidemia secundária à elevação do LDL (hipercolesterolemia isolada). Neste caso, a droga de primeira escolha é o uso de estatina, cujo mecanismo de ação é inibir a HMG-CoA redutase (inibição da síntese hepática do colesterol). Entre elas, devemos dar preferência às de maior potência, por ser paciente de alto risco (Atorvastatina e Rosuvastatina). Seu efeito colateral mais frequente é a miopatia e o mais grave, insuficiência hepática. Devemos avaliar TGO/ TGP antes do uso e marcador de lesão muscular caso haja sintoma de mialgia. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq Bras Cardiol. 109(2Supl.1), 1-76
89	B	A fibrilação atrial é a arritmia sustentada mais comum e representa um grande problema de saúde pública. A prevalência aumenta com a idade, e mais de 95% dos pacientes com FA têm mais de 60 anos de idade. A fibrilação atrial (FA) caracteriza-se por ativação atrial desorganizada, rápida e irregular com perda de contração atrial e frequência ventricular irregular. Na ausência de contração atrial, como ocorre na fibrilação atrial, a quarta bulha não está presente. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: HARRISON, Medicina Interna de Harrison. Capítulo 276, 2111-2177
90	B	A) INCORRETA: Trata-se de uma medicação imunobiológica utilizada nos casos de Esclerose Múltipla Primariamente Progressiva e não na forma Remitente-recorrente; o mecanismo de ação está descrito corretamente. B) CORRETA: Trata-se de uma medicação imunobiológica considerada primeira escolha em pacientes com Esclerose Múltipla na forma Recorrente-remitente, estando o mecanismo de ação corretamente descrito C) INCORRETA: Trata-se de um medicamento considerado um imunizante passivo que, embora prescrito na Esclerose Múltipla, seu uso ocorre durante os surtos da doença e não em tratamento a longo prazo; o mecanismo de ação está descrito corretamente. D) INCORRETA: Trata-se de um anti-inflamatório hormonal utilizado durante os surtos de Esclerose Múltipla; o mecanismo está descrito corretamente. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Departamento Científico de Neuroimunologia da Academia Brasileira de Neurologia. Orientações para tratamento da esclerose múltipla no Brasil: Consenso do Departamento Científico de Neuroimunologia da Academia Brasileira de Neurologia. Arq Neuropsiquiatr 2017;75(1):57-65. Rang, H.P.; Dale, M.M.; Ritter, J.M. Farmacologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

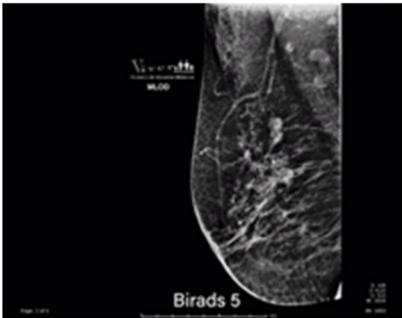


CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
91	C	<p>Atualmente considera-se o início da Terapia antirretroviral necessário em qualquer nível de contagem de linfócitos TCD4+ ou níveis de Carga Viral, visto os benefícios da terapia precoce na prevenção de doenças oportunistas e outras patologias excedem em muito os riscos de reações adversas das medicações empregadas.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de diretrizes clínicas e terapêuticas HIV/AIDS Adulto. Brasília-DF: 2018</p>
92	C	<p>A – INCORRETA: alimentos ricos em potássio podem induzir a natriurese e reduzir a PA. B – INCORRETA: dieta DASH não é baseada em azeite de oliva. D – INCORRETA: cálcio ingerido auxilia em não acúmulo de cálcio intracelular e favorece a vasodilatação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Klein, MRST. Terapia nutricional na hipertensão. Revista HUPE 2015; 14(3): 34-40.</p>
93	A	<p>A. CORRETA Em um escolar com dor abdominal forte, vômitos incoercíveis e típica posição antálgica, com história de uso de ácido valproico, a pancreatite deve ser sempre lembrada. Dentre os principais medicamentos causadores de pancreatite aguda na criança encontra-se o ácido valproico. Considerando esta hipótese, a dosagem de lípase sérica é considerada atualmente como de escolha para seu diagnóstico laboratorial, sendo mais específica que a amilase já que aumenta em 4 a 8 horas com pico entre 24 e 48 horas, mantendo-se elevada por 8 a 14 dias a mais que a amilase (que se mantém elevada por cerca de 4 dias).</p> <p>B. INCORRETA O aumento da glicemia pode ser causa de pancreatite, mas por si não ajuda no diagnóstico, assim como a hipertrigliceridemia.</p> <p>C. INCORRETA A amilase é menos específica, eleva-se em 2- 12 horas, porém mantém-se elevada por cerca de 4 dias.</p> <p>D. INCORRETA A hipertrigliceridemia pode ser causa de pancreatite, mas por si não ajuda no diagnóstico, assim como a hiperglicemia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) 4ª edição - 2017.</p>
94	B	<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- 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 da síntese 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>C-A albumina é de síntese hepática, entretanto sua meia vida é longa e, portanto, não é um bom indicativo de doença aguda.</p> <p>D- A FA e GGT são enzimas canaliculares que aumentam primariamente em lesões celulares dos hepatócitos. Não tendo relação com a estrutura lobular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LONG, Dan L. et al. Avaliação da Função Hepática. Medicina Interna de Harrison, p2527-31.</p>
95	A	<p>O OR não tocou a nulidade – valor 1 (OR: 2,85, IC95%: 1,35-6,05)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, Xiang J, Wang Y, Song B, Gu X, Guan L. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet. 2020. Capítulo Mar 28;395(10229), 1054-1062.</p>



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
96	D	<p>O canal dos adutores ou canal de Hunter é um túnel intermuscular que ocupa os dois terços distais da face medial da coxa. Contém a artéria femoral, veia femoral, nervo safeno e vasto medial. Lesões perforantes nesta região constitui emergência com ameaça ao membro inferior com reparo imediato da lesão e continuidade do fluxo. O músculo Adutor Magno é um músculo triangular com aberturas ósteo-aponeuróticas que na porção inferior possui grande abertura permitindo a passagem dos vasos femorais para a parte posterior poplítea.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Susan Standring. Gray's anatomy. 40 ed. Capítulo 80 – cintura pélvica, região glútea e membro inferior. Rio de Janeiro. Elsevier, 2008.</p>
97	B	<p>a. INCORRETA. O quadro clínico, o ECG e o cateterismo mostram lesão na artéria coronária direita, com infarto de parede inferior e dorsal. Por ser identificada lesão única em coronária direita, que tem aspecto anatômico característico nessa projeção. A artéria coronária esquerda, anatomicamente, é diferente deste aspecto (tronco e trifurcação anatômica normalmente).</p> <p>b. CORRETA. O quadro clínico, o ECG e o cateterismo mostram lesão na artéria coronária direita, com infarto de parede inferior e dorsal. Por ser identificada lesão única em coronária direita, que tem aspecto anatômico característico nessa projeção. A artéria coronária esquerda, anatomicamente, é diferente deste aspecto (tronco e trifurcação anatômica normalmente). O tratamento imposto é o cateterismo com implante de dispositivo endovascular farmacológico.</p> <p>c. INCORRETA. Não é a artéria circunflexa, ramos da coronária esquerda. Não se indica operação aberta para lesão única, regular, em vaso único. O tratamento de escolha é o cateterismo com implante de dispositivo endovascular.</p> <p>d. INCORRETA. Não se indica operação aberta para lesão única, regular, em vaso único. O tratamento de escolha é o cateterismo com implante de dispositivo endovascular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Goldman, Lee. Cecil Medicina – Lee Goldman, Dennis Ausiello. Elsevier, 2009. ISBN 978-352-2660-7 pag. 349-361</p>
98	D	<p>Trata-se de paciente que apresenta mamografia altamente suspeita para malignidade, Birads V, que deve ser submetida imediatamente a biópsia/punção de nódulo de mama.</p>  <p>Aqui estão incluídos os nódulos espiculados e as calcificações pleomórficas, ou seja, de formas irregulares e tamanhos e densidade variadas. A conduta de ordem é a biópsia de mama.</p> <p>Acessível em: https://clinicaviver.com/birads-laudos-de-exames-de-mama/</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Goldman, Lee. Cecil Medicina – Lee Goldman, Dennis Ausiello. Elsevier, 2009. ISBN 978-352-2660-7 pag. 1725</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA DA REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO – EDIÇÃO 2021
GABARITO COMENTADO



QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
99	C	<p>ALTERNATIVA A – INCORRETA. Divalproato de sódio não se enquadra como de primeira escolha para tratamento de cefaleias além de ser receituário branco 2 vias C1. Já o propranolol pode ser prescrito em 1 via e receituário simples.</p> <p>ALTERNATIVA B – INCORRETA. Divalproato de sódio não se enquadra como de primeira escolha para tratamento de cefaleias. ser receituário branco 2 vias C1</p> <p>ALTERNATIVA C – CORRETA Amitriptilina é uma medicação profilática para enxaqueca. É primeira linha de tratamento pelo protocolo da Sociedade Brasileira de cefaleia. Por ser um antidepressivo é uma medicação de controle especial e, portanto, a receita precisa ser feita em duas vias.</p> <p>O Ibuprofeno é uma medicação abortiva de dor, ou seja, deve ser utilizada apenas quando há episódio ou crise algica. Também é considerada droga de escolha pelo protocolo da Sociedade Brasileira de cefaleia, medicação sem controle específico e, pode ser prescrito no receituário simples, 1 via.</p> <p>ALTERNATIVA D – INCORRETA. Amitriptilina receituário em duas vias e ibuprofeno e receituário simples 1 via.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde/SNVS. Portaria n°344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dez. de 1998.</p> <p>Bordini CA, Roesler C, Carvalho D de, Macedo DD, Piovesan É, Melhado EM, Dach F, Kowacs F, Silva Júnior HM, Souza JA, Maciel JA Jr, Carvalho JJ, Speciali JG, Barea LM, Queiroz LP, Ciciarelli MC, Valença MM, Lima MM, Vincent MB. Recommendations for the treatment of migraine attacks - a Brazilian consensus. Arq Neuropsiquiatr. 2016. 74:262-7.</p>
100	A	<p>A) CORRETA: Sim, a razão de prevalência de 1,6 demonstra que a COVID -19 elevou em 60% a prevalência de depressão</p> <p>B) INCORRETA. Não, a razão de prevalência 1,6 demonstra aumento depressão por COVID-19 de 60% portanto, não desprezível.</p> <p>C) INCORRETA: Não, a associação foi positiva porque foi > 1</p> <p>D) INCORRETA: A razão de prevalência calculada permitiu conclusões e a amostra foi válida.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Rouquayrol, Maria Zélia – Epidemiologia & Saúde. 8ª edição. Medbook, 2017.</p>