



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
1	C	<p>Este quadro clínico corresponde a um hipoparatiroidismo pós-operatório e pode resultar da remoção cirúrgica ou desvascularização das paratireoides, com perda da função transitória ou permanente.</p> <p>Cecil, Tratado de medicina interna/editado por Lee Goldman, Dennis Ausiello. 22ª edição. Capítulo 260, pg 1830.</p>
2	B	<p>Nos adolescentes esta é a principal causa de dor na execução de atividades de ginástica e corrida. O fato está relacionado ao crescimento ósseo local e a inserção tendinosa.</p> <p>Browner. B, Jupíter, J e Levine A.- Traumatismos do sistema musculoesquelético. 2º Ed. Editora, São Paulo.SP.2000.p.2482</p>
3	B	<p>Questão CORRETA: para o Conselho Federal de Medicina (CFM), a ortotanásia é uma abordagem apropriada diante de paciente que está em fase final da vida. A resolução do CFM 1.805/2006 autoriza o médico a limitar ou suspender procedimentos ou tratamentos que posterguem a vida de paciente em fase terminal de doença incurável, respeitada a vontade da pessoa e de seu representante legal, podendo ser facultada aos médicos a sua realização mediante o consentimento da família.</p> <p>Paiva FCL; Almeida Júnior JJ; Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Rev. Bioét. 2014; 22(3):550-60.</p> <p>Marengo MO; Flávio DA; Silva RHA. Terminalidade da vida: bioética e humanização em saúde. Medicina (Ribeirão Preto) 2009;42(3): 350-7</p> <p>Garcia JBS. Eutanásia, distanásia ou ortotanásia? Rev Dor. 2011;12(1):3.</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 15 nov 2012]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm</p>
4	B	<p>Transtorno Dismórfico Corporal é descrito como preocupação com um defeito imaginário na aparência; e, caso uma mínima anomalia física esteja presente, a preocupação do indivíduo é marcadamente excessiva. Esta preocupação causa sofrimento clinicamente significativo e causa prejuízo na vida social, ocupacional conforme descrito no caso. Estes pacientes costumam frequentemente procurar os ambulatórios de cirurgia plástica e dermatologia. Na questão o cirurgião plástico identificou a preocupação excessiva e o sofrimento da paciente com prejuízo na vida social encaminhando para avaliação e tratamento psiquiátrico. O caso esta de acordo com a epidemiologia do transtorno que descreve início mais comum entre 15- 30 anos, e uma maior prevalência em mulheres.</p> <p>Miguel EC,Gentil V, Gattaz WF. Clínica Psiquiátrica, volume 1. 1ª edição. São Paulo: Manole; 2011</p> <p>Kaplan, HI; Sadock, VA; Sadock, BJ. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre,RS: Artmed, 2007</p>
5	D	<p>Todas as outras afirmativas contrariam a normas técnicas atuais de ressuscitação cardio pulmonar (RCP).</p> <p>American Heart Association. Suporte Avançado de Vida Cardiovascular. Manual do profissional. Ed em português. São Paulo; 2014.p.40 e 48.</p>
6	C	<p>Controle dos fatores de risco como: incentivar o paciente a parar de fumar, controlar a pressão arterial e controlar a hiperlipidemia (aumento dos níveis de colesterol e</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>triglicérides no sangue), etc, além do acompanhamento do tamanho do aneurisma através de exames como o de ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e outros. Esse tipo de tratamento não leva à regressão do aneurisma e deve ser feito nos casos de aneurismas pequenos. Caso haja aumento significativo de seu tamanho deverá ser feito o tratamento cirúrgico.</p> <p>Arq. Bras. Cardiol. vol.82 suppl.5 São Paulo Mar. 2004 http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004001100003</p>
7	B	<p>O diagnóstico principal é Infecção do trato urinário baixo (cistite aguda). A alternativa A está incorreta pois é mais provável que haja aumento do número de bactérias. A alternativa C está incorreta pois é esperado que haja microhematúria. E a alternativa D está incorreta pois é esperado que haja nitrito positivo.</p> <p>LOUIS R. KAVOUSSI.; ALAN J. WEIN.; ANDREW C NOVICK. Campbell-Walsh Urology Editora Elsevier, 10ed, 2012.</p>
8	D	<p>a) Errada: A cicatriz hipertrófica não ultrapassa os limites da cicatriz, ao contrário do que se diz.</p> <p>b) Errada: A cicatriz hipertrófica não ultrapassa os limites da cicatriz, ao contrário do que se diz.</p> <p>c) Errada: A lesão não justifica o uso de drogas com efeito sistêmico como imunossupressores.</p> <p>d) Correta: A cicatriz hipertrófica não ultrapassa os limites da cicatriz, ao contrário do que se diz. Este é mais comum em indivíduos negros, nas regiões do tronco, sobre cicatrizes anteriores, áreas de queimaduras e traumas cutâneos. O tratamento inicial é a base de corticosteroides.</p> <p>Dermatologia Básica – Sampaio, Castro & Rivitti. Editora Artes Médicas.</p>
9	B	<p>A Grelina é um hormônio orexígeno, portanto seu aumento vai contra a perda de peso. O aumento da grelina reduz a taxa do metabolismo basal, reduzindo a perda calórica. O GLP-1 tem papel no controle da fome, e também aumenta a secreção de insulina, por estimular a expressão do gene da insulina e por potencializar todos os passos da sua biossíntese. A sua diminuição estaria correlacionada a uma piora do diabetes. A receptividade tecidual à insulina, que significa o grau de sucesso de operação do receptor para permitir a depuração de glicose, é denominada sensibilidade à glicose. Em caso de má sensibilidade à insulina, a elevação da glicemia é permanente devido à incapacidade de transporte de glicose para dentro dos tecidos musculares.</p> <p>A redução da ingestão calórica dos pacientes após a cirurgia bariátrica provoca melhoria da doença.</p> <p>KRONENBERG, MH. Williams – Tratado de Endocrinologia. 11 ed. Editora Elsevier, 2011.</p>
10	A	<p>O quadro clínico é compatível com queimaduras de espessura integral, por atingir o tecido subcutâneo, sendo hipovolemia, pneumonias e choque séptico as possíveis complicações. O processo de reparo é mais complicado em feridas que criam grandes defeitos na superfície da pele, provocando perda excessiva de células e tecidos. A cura dessas feridas envolve uma reação inflamatória mais intensa, formação de abundante tecido de granulação e extensa deposição de colágeno, levando à formação de cicatriz substancial que geralmente se contrai. Essa forma de cicatrização é denominada cicatrização por segunda intenção.</p> <p>Robbins & Cotran. Patologia bases patológicas das doenças. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
11	B	Sem exames complementares, pela função que o paciente ocupa e pela descrição da história, trata-se de uma lombalgia mecânica. Lombalgia ocupacional. Milton Helfenstein Junior, Marco Aurélio Goldenfum, César Siena. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(5): 583-9.
12	B	a) Errada. A dosagem de PRL, LH e FSH não elucidariam o presente caso já que a paciente está com ciclos menstruais regulares. b) Certa. No hipotireoidismo subclínico há a necessidade de avaliar a chance dele se tornar clínico, repetindo o TSH sérico e dosando o anticorpo antiperoxidase já que a causa mais comum no Brasil de hipotireoidismo primário é a Tireoidite de Hashimoto. c) Errada. A dosagem de T3 está relacionada com casos de hipertireoidismo. d) Errada. A cintilografia da tireoide está indicada para casos de hipertireoidismo primário Arq Bras EndocrinolMetab. 2013;57/3 . Lopes, A.C. Tratado de Clínica Médica. Roca, segunda edição. 2009. Capítulo 318. Harrison. Medicina Interna, Artmed, 18ª edição. 2013. Capítulo 341.
13	A	A questão diz respeito à verificação do conhecimento com foco em complicação infecciosa hospitalar de procedimento cirúrgico realizado no trato urinário masculino em ambiente hospitalar. Daí os distratores são relacionados ao espectro dos agentes infecciosos prováveis/ esperados e os respectivos antimicrobianos indicados. A resposta correta é a que dispõe corretamente o agente infeccioso e seu respectivo tratamento. Os distratores são coerentes quando se refere ao agente infeccioso em relação ao antimicrobiano, porém contém opções de agentes infecciosos que não são os agentes prováveis e esperados de infecção hospitalar pós-cirúrgica de trato urinário. Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, editor. Campbell –Walsch Urology. 10ª ed. V. 1, 2 e 3. EUA: Saunders – Elsevier; 2012. Mandell GL, Bennet JE, Dolin R. Principles and Pratics of Infectious Diseases. 7ª ed. EUA: Sarvier; 2009.
14	C	A onda Q anormal em pacientes de alto risco é sugestivo de enfarto do miocárdio no passado, sem outras queixas tem indicação de não suspender a anestesia. As anormalidades encontradas no ECG tendem a aumentar com a idade e a presença de comorbidades associadas a estas alterações eletrocardiográficas, habitualmente, apresentam baixo poder preditivo de complicações perioperatórias. II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2011(página 06
15	C	a) Errada: Na litíase renal a hematuria macroscópica ocorre com maior frequência em casos de pedras grandes ou infecção urinária o que não está demonstrado neste caso pelo US e nem pelo EAS respectivamente. O paciente não apresentou cólica renal que é o sintoma mais frequente podendo levar a necessidade de medicação parenteral em casos intensos. O cálculo de oxalato de cálcio é responsável pela maioria dos cálculos renais, recorrência de 40 a 50% em 5 anos. Podem levar a uropatia obstrutiva e em casos graves a Insuficiência renal. b) Errada: O paciente do caso já apresentava hematuria microscópica um ano antes e sem relação com o quadro infeccioso. O Vírus Sincicial respiratório é a mais importante causa de bronquiolite e pneumonia em lactente, além de causar infecção respiratória grave aguda em idosos, porém em adultos costuma causar sintomas respiratórios superiores e não apresentar complicações. c) Correta: A glomerulopatia por deposição é IgA é a glomerulopatia mais comum



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>atualmente. Manifesta-se clinicamente por hipertensão arterial, hematúria microscópica, proteinúria, podendo ocorrer hematúria macroscópica após realização de exercício físico ou infecção de vias aéreas superiores. O mecanismo fisiopatológico é a deposição de imunocomplexos mediados pela produção excessiva e anormal de IgA, que se deposita nos glomérulos, causando a lesão.</p> <p>d) Errada: Durante a infecção pelo vírus influenza ocorre um aumento na produção de IgA e com isso os pacientes que já eram portadores de Nefropatia por IgA podem apresentar exacerbação da doença por aumento do depósito de IgA no mesangio. A lesão glomerular renal que ocorre nesses casos não acontece pelo vírus influenza em si, mas pelo aumento dessa deposição no mesangio.</p> <p>Cecil Medicina. Goldman e Ausiello. 23ª edição. Elsevier & Saunders. O Rim. Michael R. Clarkson, Barry M. Brenner. Artmed Glomerulopatias: patogenia, clínica e tratamento. Rui Toledo Barros et al. SARVIER</p>
16	C	<p>A lavagem exaustiva deve ser feita após a anestesia. Não se faz coleta de material microbiológico durante o atendimento do politrauma. A contenção do sangramento deve sempre ser realizada no ATLS com curativos e enfaixamento compressivo. Deve ser evitado a utilização às cegas de clampes vasculares e reservando o uso de torniquete apenas para os cotos de amputação.</p> <p>PROATO-SBOT, vários, ed. Artmed/Panamericana, 2006, ciclo 3, módulo 1, pag 9-37.</p>
17	B	<p>A rotura da uretra bulbar é, entre as lesões uretrais, a mais frequente, sendo bastante raro o ferimento da uretra membranosa. Nos grandes traumatismos de bacia, em que ocorre fratura do arcabouço ósseo ou disfunção da sínfise púbica é que encontramos rotura da uretra membranosa. A confirmação diagnóstica pode ser feita pela uretrrocistografia, que deve ser exame de rotina não ocorrendo complicações que justifiquem a sua não realização.</p> <p>José Cury, José Luiz Borges de Mesquita, José Pontes, Luiz Carlos Neves de Oliveira, Mauricio Cordeiro, Rafael Ferreira Coelho. Trauma Urológico. Rev Med (São Paulo). 2008 jul.-set.;87(3):184-94</p>
18	B	<p>Estudo seccional, ou transversal, se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade.</p> <p>MEDRONHO, R. A. Epidemiologia. Atheneu. 2008</p>
19	D	<p>A resposta correta é a letra "D" porque a Mola Hidatiforme apresenta, quando comparado a uma gestação normal, níveis elevados de Beta-hCG e consequentemente hiperêmese gravídica.</p> <p>Letra "A" e a letra "B" são incorretas porque embora também façam parte do diagnóstico diferencial de mola hidatiforme, esses quadros clínicos não apresentam elevação de Beta-hCG nesses níveis e também não estão normalmente associadas a hiperêmese grávida.</p> <p>Letra "C" está incorreta porque nessa idade gestacional uma gravidez ectópica teria que ter quadro clínico diferente, como por exemplo, um abdome agudo, e também não apresenta normalmente níveis tão elevados de Beta-hCG.</p> <p>MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Rezende: Obstetrícia fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p>
20	C	<p>A risperidona é um antipsicótico atípico que reduz os sintomas psicóticos ao fazer o bloqueio dopaminérgico. Com o envelhecimento há redução dos receptores de dopamina e dos níveis dos transportadores de dopamina, aumentando a sensibilidade do idoso ao bloqueio dopaminérgico por drogas com consequente aumento de incidência de sintomas extrapiramidais, como no caso clínico. A donepezila é um</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>anticolinesterásico, portanto associa-se com efeitos colinérgicos. O citalopran é um IRSS e não atua em adrenorreceptores alfa – 1. A memantina é um antagonista de receptor de NMDA e inibe a ação do glutamato no SNC.</p> <p>Ramos MG, Hara C, Rocha FL. Princípios do uso de psicofármacos em idosos. In: Freitas, EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 359 – 371.</p>
21	B	<p>No hospital, são considerados comunicantes pacientes em um mesmo quarto com 2 a 4 leito; Para fins de recebimento da IGHAVZ são consideradas suscetíveis as pessoas que tenham história negativa de varicela e não sejam vacinadas. Se elas forem comunicantes, e também consideradas de alto risco de complicações, devem receber a IGHAVZ. São de alto risco de complicações crianças ou adultos imunocomprometidos suscetíveis; A Comissão Assessora em Imunizações do Ministério da Saúde recomendou que a vacina de varicela seja aplicada na internação de pacientes imunocompetentes, suscetíveis, quando houver casos ativos de varicela na enfermaria e profissionais de saúde suscetíveis à doença e imunocompetentes que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar com imunocomprometidos.</p> <p>Guia de vacinação SBIM – Pacientes especiais. Sociedade Brasileira de Imunizações. 2014</p> <p>Carvalho, E. S. Varicela: aspectos clínicos e prevenção. Jornal de Pediatria. Vol 75, Supl 1, 1999.</p>
22	D	<p>As atuais evidências demonstram que a estatina tem efeito: anti-inflamatório, redução da agregação plaquetária, indutor de vasodilatação endotelial via aumento de produção do óxido nítrico e efeito antioxidante – reduzindo a suscetibilidade de oxidação das lipoproteínas.</p> <p>PAPADAKIS, MA et al. Current Medical Diagnosis & Treatment 2015. Chapter 28. Acesso em 28/08/2015: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=57668620&bookid=1019&jumpsectionID=58383550&Resultclick=2&q=statins> via <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos></p> <p>BRUNTON, LL et al. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 12e; Chapter 31. Drug Therapy for Hypercholesterolemia and Dyslipidemia. Acesso em 28/08/2015: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=41266238&bookid=374&jumpsectionID=41275305&Resultclick=2&q=statins> via <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos></p> <p>FUSTER, V et al. Hurst's The Heart, 13e; Chapter 61. Pharmacologic Therapy for Acute Coronary Syndromes. Acesso em 28/08/2015: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=40279792&bookid=376&jumpsectionID=40290759&Resultclick=2&q=statins> via <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos></p>
23	D	<p>O Cálculo da incidência deverá ser baseado no número de pacientes que compareceram ao posto de saúde entre as semanas epidemiológicas 32 e 40, 273 pacientes. 10 pacientes apresentaram sorologia negativas para ambas as doenças, mas não deverá ser retirado do denominar pois faz parte da definição de caso (febre e dor no corpo). Dessa forma, o cálculo para dengue seria todos os pacientes que tiveram sorologia positiva 90 +10 (que tiveram sorologia para ambas as doenças) dividido por 273, resultando numa incidência de 36,6 %. Para o cálculo da incidência de chikungunya, seria todos os pacientes que tiveram sorologia positiva 158 +10 dividido por 273, resultando numa incidência de 61,5 %.</p> <p>Epidemiologia, segunda edição. Et Al.,Kátia Vergetti Bloch,Roberto A. Medronho,Ronir Raggio Luiz, Atheneu Editora, 2008.</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
24	A	<p>O quadro é típico de infecção do trato urinário (ITU) baixo, muito provavelmente cistite, que ocorre com frequência em mulheres jovens, sexualmente ativas, sem sinais ou sintomas de vulvovaginites. O EAS é obrigatório e a urocultura afasta pielonefrite com apresentação atípica. As hemácias conservadas ao EAS indicam sangramento de trato urinário baixo e não do rim, caso em que as hemácias estariam crenadas e os cilindros seriam mais frequentes. O achado de 10 mil unidades formadoras de colônia (UFC) afasta pielonefrite, que seria confirmada se esse número fosse igual ou maior de 100 mil UFC. A E. coli é a bactéria mais frequente nas ITU, em todas as casuísticas da literatura, que estudam ITU em comunidades. O tempo de tratamento nos casos de cistite é de 3 a 5 dias e em casos de pielonefrite é de 10 a 14 dias.</p> <p>Revista da Associação Médica Brasileira [0104-4230] yr:2011 vol:57 iss:3 pg:258 - 261. Infecção urinária não complicada na mulher: diagnóstico. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423011703311</p>
25	A	<p>Na anemia fisiológica gestacional os níveis de Ht e Hb estão mais baixos que o normal devido ao aumento do volume circulante maior e mais precoce que o da massa eritrocitária, levando a hemodiluição. No Brasil, os autores admitem como fisiológicos níveis iguais ou acima de 30 (Ht) e 10 (Hb).</p> <p>Rezende, J.F; Montenegro, C.A; Rezende Obstetria; Guanabara Koogan; Rio de Janeiro/RJ, 11ª ed, reimp 2011</p>
26	A	<p>A lesão traumática da coluna cervical alta no adolescente é grave e quando completa, pode levar à transecção medular e óbito.</p> <p>Hebert, S., Xavier, R.; Pardini Jr.; Barros F.; Ortopedia e traumatologia. Princípios e práticas. 4. ed.; Ed. Artmed, 2009.</p>
27	C	<p>a) Errada. Se os sintomas persistirem deve-se utilizar um inibidor da bomba de prótons ao deitar.</p> <p>b) Errada. Paciente não apresenta distúrbio respiratório e sim, digestivo. E o salbutamol ainda pode causar taquicardia o que não é indicado para senhora de 62 anos podendo precipitar uma doença cardiovascular.</p> <p>c) Certa. O uso incorreto de bifosfonados pode levar a esofagite grave e os sintomas desaparecem quando os pacientes se forçam a tomar o medicamento adequadamente.</p> <p>d) Errada. Paciente não apresenta distúrbio respiratório e sim, digestivo. E o salbutamol ainda pode causar taquicardia o que não é indicado para senhora de 62 anos podendo precipitar uma doença cardiovascular.</p> <p>Lopes, A.C. Tratado de Clínica Médica. Roca, segunda edição. 2009. Capítulo 134. Harrison. Medicina Interna, Artmed, 18ª edição. 2013. Capítulo 354.</p>
28	B	<p>O pai é um sintomático respiratório, pois apresenta tosse há 3 semanas, tendo indicação de realização de baciloscopia, raio X de tórax e PT. A criança assintomática com 11 anos deve ser tratada como um adulto assintomático e tem indicação de fazer PT e raio X de tórax.</p> <p>http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf</p>
29	D	<p>Os Moduladores Seletivos da Recaptação de Estrógenos (SERMs), como o Raloxifeno, embora bem indicados na TH com intuito de prevenir a reabsorção óssea, especialmente para pacientes com risco de Câncer de mama, está contraindicado quando há queixa de sintomas vasomotores, pois levam ao agravamento dos mesmos. As demais opções são possíveis, inclusive a Venlafaxina, pois leva ao alívio dos sintomas e pode ser utilizada quando a paciente não deseja TH, ou quando</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		possui contraindicação absoluta ao uso de hormônios como doença coronariana. Baracat ED, Fonseca AM, Bagnoli VR. Terapêutica Clínica em Ginecologia. Manole, 2015
30	C	A política nacional de saúde do idoso sugere que os cuidados informais sejam realizados por pessoas da família, amigos próximos ou vizinhos, de forma de suprir a incapacidade funcional do idoso, que compreende as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Freitas, Elizabete et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed, Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2006. Cap. 115.
31	D	O diagnóstico diferencial do infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnível de ST e angina instável (AI) depende da presença (IAM sem supra) ou não (AI) de marcadores de necrose miocárdica elevados. Nesse sentido, A CK-MB e as troponinas T e I são considerados marcadores bioquímicos de escolha para o rastreamento de necrose miocárdica associada ao IAM. Além disso, o manejo farmacológico imediato para o IAM compreende o uso de vasodilatadores arteriais na tentativa de melhorar a perfusão miocárdica associada ao uso de drogas antiplaquetárias para minimizar a formação de trombos até que a conduta definitiva para o caso seja tomada. Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq. Bras. Cardiol. 2014; 102(3Supl.1):1-61.
32	D	VDRL em titulação superior a 1/8 deve ser considerado como sífilis em atividade. O fato da paciente ter realizado tratamento anterior, não garante imunidade definitiva para sífilis. Qualquer titulação de VDRL deve ser valorizada durante a gestação. Referência: Figueiró-Filho, EA. Sífilis e gestação: Até Quando? [Editorial]. DOI: 10.5533/2177-8264-2012241201 DST - J bras Doenças Sex Transm 2012;24(2):75-76 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264
33	A	Para cálculo da manutenção utilizar a tabela de Holliday Segar: Até 10kg Necessidade hídrica=100ml/kg Calculo para criança: 8,2 x 100= 820ml para as 24horas, mas o enunciado solicita o cálculo para 12h= 410ml. Cálculo da infusão: 410 / 12= 34,1 ml/hora O liquido indicado para manutenção da criança com glicemia normal é o soro isotônico. CDC Recommendations and Reports. Managing Acute Gastroenteritis among Children. MMWR, CDC, 52/RR-16, 2003. WHO/UNICEF Diarrhoea Treatment Guidelines including New Recommendations for use of ORS and Zinc supplementation for Clinic-based Healthcare Workers, 2005.
34	B	Em crianças assintomáticas, com Raio X de tórax normal e com vacinação de BCG há mais de 2 anos o ponto de corte é de 5mm de acordo com Manual de recomendações para o controle da tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, 2011, Ministério da Saúde. (página 99).
35	A	a) Correta: O diagnóstico é de doença de Crohn e o tratamento com imunomoduladores visa o bloqueio da proliferação e da ativação de linfócitos e de



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>seus mecanismos de ação na parede intestinal, especialmente nas placas de Peyers, que conferem, quando lesadas, o aspecto em paralelepípedos a mucosa intestinal.</p> <p>b) Errada: o diagnóstico anatomopatológico é característico de Doença de Crohn</p> <p>c) Errada: não são utilizadas drogas que ativam o sistema complemento</p> <p>d) Errada: não se trata de retocolite ulcerativa pelos achados anatomopatológicos Cecil Medicina. Goldman e Ausiello. 23ª edição. Elsevier & Saunders.</p>
36	C	<p>c) A obstrução parcial do pulmão esquerdo produzirá relação de ventilação-perfusão mais baixa do que a do pulmão direito, ou seja, PO₂ alveolar mais baixa e uma PCO₂ alveolar mais alta.</p> <p>d) O efeito shunt ocorre na baixa V/Q, quando o sangue passa por áreas não ventiladas. Ao contrário, quando a alta V/Q ocorre em sua extensão máxima, com área sem perfusão, denomina-se espaço morto.</p> <p>West JB. Fisiologia respiratória moderna. 3ed. São Paulo, Editora Manole e Ltda., 1990. 188p.</p> <p>West JB. Fisiopatologia pulmonar moderna. 4ed. São Paulo, Editora Manole e Ltda., 1996. 214p</p>
37	B	<p>A Injúria renal aguda devido à necrose tubular aguda, provavelmente pelo uso de aminoglicosídeo, com clearance estimado (Cockroft Gault de 14,5 ml/minuto). A alternativa A está incorreta pois a clindamicina não ocasiona necrose tubular aguda, e o clearance está incorreto. A alternativa C está incorreta pois os índices urinários apontam para uma necrose tubular aguda, estando o clearance errado. E a alternativa D está incorreta pois os antibióticos citados não fazem lesão cortical, que é ocasionada por hemorragias, acidentes por animais peçonhentos.</p> <p>LOUIS R. KAVOUSSI.; ALAN J. WEIN.; ANDREW C NOVICK. Campbell-Walsh Urology Editora Elsevier, 10ed, 2012.</p>
38	B	<p>Neste caso o diagnóstico é pré-eclâmpsia devido à presença de proteinúria, ácido úrico de 6 mg/dl, edema, cefaleia e hipertensão após a vigésima semana de gestação. A hipertensão arterial crônica também pode cursar com proteinúria, entretanto o ácido úrico seria inferior a 4,5mg/dl. Normalmente ocorrer antes da vigésima semana de gestação. A hipertensão gestacional ocorre após a vigésima semana na ausência de proteinúria. Eclampsia é quando ocorre convulsão.</p> <p>http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6s1/v93n6s1a17.pdf</p>
39	B	<p>a) Errada: Este seria o blues puerperal que acomete cerca de 85% das puérperas e dura as primeiras 2 semanas de pós parto. É transitório e não compromete o funcionamento da puérpera. Não requer tratamento.</p> <p>b) Correta: Os sintomas descritos são de quadro de depressão puerperal (início entre a 2 e 6 semana pós parto) e deve chamar a atenção para que seja instituído tratamento e acompanhamento psiquiátrico, evitando-se quadro mais graves de suicídio da mãe. As hipóteses neuroquímicas sugerem que a disponibilidade diminuída de norepinefrina ou serotonina em sinapses específicas do cérebro pode causar sintomas distímicos e/ou depressão, especialmente em situações onde ha alterações hormonais intensas, como na gravidez e no puerpério.</p> <p>c) Errada: Psicose puerperal é um quadro grave, de início precoce, geralmente primeiras 72 horas, e que evoluem para um quadro psicótico, comportamento desorganizado, delírios e alucinações.</p> <p>d) Errada: Esquizofrenia é um transtorno psicótico caracterizado por delírios e alucinações. É uma patologia multifatorial e geralmente ocorre no início da idade adulta. O quadro tem início insidioso. Geralmente não há diferença nos quadros</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>psicóticos iniciados no pós parto pelas classificações diagnósticas. Cecil Medicina. Goldman e Ausiello. 23ª edição. Elsevier&Saunders. Clínica Psiquiátrica da USP. 1 edição. Miguel, C.E., Gentil,V. Gattaz, W.F. Página 1726.</p>
40	D	<p>Resulta da constrição da bainha comum dos tendões do abductor longo e do extensor curto do polegar. Ocorrência mas frequente em mulheres em grupos populacionais acima de 40 anos de idade tem sido associada a exposições ocupacionais que exigem movimentos repetitivos de polegar, pinça de polegar associada à flexão, extensão, rotação ou desvio ulnar repetido do carpo, principalmente se associado com força, polegar mantido elevado e/ou abduzido durante atividades (polegar alienado) e uso prolongado de tesouras.</p> <p>No caso em tela o tratamento indicado é reabilitação com cinesioterapia. Envolve medidas físicas para analgesia em um primeiro tempo, com: ultrassom, infravermelho, ondas curtas, trans-eletoestimulação. Recomenda-se uso de órteses funcionais para privação das atividades com o membro acometido. Em um segundo tempo há indicação para alongamento da musculatura envolvida e reforço muscular progressivo.</p> <p>BARBOSA, Luís Guilherme. Fisioterapia Preventiva no Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT's: A fisioterapia do Trabalho Aplicada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.</p> <p>CORRIGAN, B. MAITTAND, G. D. Pratica Clínica: Ortopedia e Reumatologia, Diagnostico e Tratamento. Editora premier, 2000</p>
41	C	<p>O diagnóstico diferencial das anemias macrocíticas envolvem as anemias carenciais (deficiência de folato e cobalamina, principalmente), anemia de doença crônica (tireoidopatias, hepatopatias, principalmente), uso de álcool. Neste caso, temos uma paciente submetida à ressecção gástrica e parte do intestino, locais onde ocorre a produção do fator intrínseco e a absorção da cobalamina. O quadro neurológico aqui presente com os sinais e sintomas de parestesia, déficit de atenção e dor plantar, não é visto na carência de folato. A hemólise observada (icterícia e aumento do DHL e leve reticulocitose) ocorre por eritropoese ineficaz. A anemia ferropriva não se justifica pois é uma anemia hipocrômica e microcítica. A anemia aplásica e a anemia hemolítica não apresentam quadro neurológico associado.</p> <p>Cecil, Tratado de medicina interna. Ed. Goldman e Ausiello. 22ª edição. Capítulo 175. Pg. 1216-23. Anemias megaloblásticas. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005.</p>
42	C	<p>O cancro duro é uma lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso, brilhante e secreção serosa escassa. A lesão aparece entre 10 e 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla.</p> <p>http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf</p>
43	A	<p>O teste de tolerância à lactose é específico para o distúrbio clínico da deficiência da lactase. Uma dose oral de, aproximadamente, 50g (pouco mais que dois copos, pois cada 200ml de leite integral tem 18g de lactose) de lactose causa diarreia com distensão e desconforto abdominal e a curva glicêmica é baixa ou plana. Quantidades equivalentes de glicose e galactose produzem aumento normal na glicemia sem diarreia. Um aumento de menos de 20mg/dl na glicemia é anormal.</p> <p>ANTUNES, A. E. C.; PACHECO, M. T. B. Leite para adultos: mitos e fatos frente à ciência. 1. ed. São Paulo: Varela, 2009. BATISTA, A. et al.</p> <p>Lactose intolerance: possibility of ingesting fermented dairy products. Milchwissenschaft, v. 63, n. 4, p. 364-367, 2009.</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
44	B	<p>Pacientes com escore do teste de Fagerstrom com valor maior ou igual a 5 (no caso 6) requerem tratamento farmacológico, sendo a melhor opção a terapia de reposição de nicotina (TRN), pois é medicação de primeira linha e o uso de bupropiona é contraindicado devido à história de convulsão febril na infância.</p> <p>Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípio, formação e prática/ Gusso G., Lopes JMC. – Porto Alegre: Artmed, 2012.</p>
45	C	<p>O crescimento intrauterino exagerado denuncia a principal hipótese de doença trofoblástica e a ultra-sonografia confirma pela ausência do feto e de BCF. Laudo ultra-sonografia: Útero cheio de material ecogênico, contendo múltiplas vesículas anecoicas de diferentes tamanhos, sem fluxo intrauterino; não há feto nem BCF, na mola completa.</p> <p>MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende obstetrícia. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.</p>
46	A	<p>a) Correta. A palpitação ocorre por disfunção do nó sinusal secundária à depressão absoluta da atividade parassimpática, com hiperatividade simpática relativa. A tontura ao levantar-se ocorre por perda do tônus vascular por comprometimento da inervação das fibras vasomotoras pelos nervos simpáticos eferentes.</p> <p>b) Errada. A disfunção degenerativa do nó atrioventricular causaria bradicardia por bloqueios atrioventriculares e ocorre em idade mais avançada.</p> <p>c) Errada. A disfunção degenerativa do nó sinusal ocorre em idade mais avançada e conforme explicado acima ocorre por hiperatividade simpática relativa.</p> <p>d) Errada. A disfunção secundária à disautonomia do nó atrioventricular, conforme explicado acima causaria bradicardia por bloqueios atrioventriculares.</p> <p>Bonow, R. O.; Mann, D.L.; Zipes, D. P.; Libby, P.; Braunwald, E. - Braunwald – Tratado de Doenças Cardiovasculares. Tradução da 9ª Edição. Elsevier. 2013. Capítulo 85 – página 1877.</p> <p>Helena Schmid. Impacto Cardiovascular da Neuropatia Autonômica do Diabetes Mellitus. ArqBrasEndocrinolMetab 2007;51/2:232-243.</p>
47	D	<p>Pelo fato do brônquio principal direito ser mais calibroso, verticalizado e mais curto que o brônquio principal esquerdo, os corpos estranhos aspirados têm maior probabilidade de alojar-se nos lobos médio e inferior do pulmão direito.</p> <p>Moore KL; Anatomia orientada para a clínica. 7a ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan; 2014.</p>
48	A	<p>Paulo apresenta linfadenomegalia generalizada com características neoplásicas (indolores, sem sinais flogísticos, coalescentes, endurecidos, muito aumentados de tamanho) e a presença de sinais de alerta (como febre e a associação com esplenomegalia) sugestivos de neoplasia e resultados laboratorial (leucocitose com presença de linfócitos atípicos, anemia e plaquetopenia graves) compatíveis com diagnóstico de linfoma de Hodgkin. A propedêutica a ser realizada é solicitar biópsia excisional de linfonodo, TC de tórax e abdome e iniciar tratamento quimioterápico com esquema de polimedicação. Além disso, vírus Epstein-Barr quadro clínico inicial sugestivo apresentado por Paulo está associado a várias desordens proliferativas benignas e malignas de origem linfóide, tais como mononucleose infecciosa, linfoma de Burkitt, doença de Hodgkin e doença linfoproliferativa pós transplante, nas quais o seu papel oncogênico tem sido largamente estudado.</p> <p>Rodrigues, Karla Emilia, and Beatriz de Camargo. "DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER INFANTIL: RESPONSABILIDADE DE TODOS." Rev Assoc Med Bras 49.1 (2003): 29-34.</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
49	C	<p>a) Errada. O quadro de neuropatia secundária comumente se apresenta em membros simetricamente.</p> <p>b) Errada. Paciente apresenta pulsos artérias palpáveis e simétricos em membros inferiores.</p> <p>c) Certa. Paciente com sinal de Homanns clássico de TVP além do inicio de reposição hormonal para menopausa que é fator de risco para TVP.</p> <p>d) Errada. Paciente apresenta sinais flogísticos em toda a perna e não só em articulação além de ser em um único membro e na artrite reumatoide a apresentação mais comum é poliartrite simétrica.</p> <p>Lopes, A.C. Tratado de Clínica Médica. Roca, segunda edição. 2009. Capítulo 134. Harrison. Medicina Interna, Artmed, 18o edição. 2013. Capítulo 354.</p>
50	C	<p>A presença de dores articulares e caroços dolorosos em antebraço caracterizam a reação tipo 2 ou seja o aparecimento de eritema nodoso Hansêmico. Neste caso, como se refere a um homem o tratamento de escolha é a utilização da talidomina 100 a 400mg/dia de acordo com a intensidade do quadro clínico.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.</p>
51	C	<p>A síndrome metabólica é definida com um grupo de fatores de risco que diretamente contribuem para o desenvolvimento de doença cardiovascular e/ou diabetes do tipo 2. A obesidade abdominal e a resistência à insulina parecem ter um papel fundamental na gênese desta síndrome. Seu tratamento deve ter como objetivo estimular mudanças no estilo de vida, que promovam a perda de peso.</p> <p>Referência: Penalva DQF. Síndrome metabólica: diagnóstico e tratamento. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez;87(4):245-50.</p>
52	A	<p>a) Correta: Apresenta níveis de PAS LIMÍTROFE: entre 130 e 139 e PAD entre 85 e 89, no caso as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial. Apesar de ser filho de pai hipertenso deve se tentar inicialmente mudanças no estilo de vida (hábitos alimentares e atividade física, com perda de peso) e reavaliação em até 6 meses. Caso não conseguir ou não tentar mudanças no estilo de vida deverá ser considerado o início de terapia farmacológica com monoterapia e insistir nas mudanças do estilo de vida.</p> <p>b) Errada. HAS estágio I é considerada com níveis de PAS entre 140 e 159 e PAD entre 90 e 99. A orientação da mudança no estilo de vida deve ser sempre empregada. A reavaliação deve ser em até 2 meses para confirmação e considerar início de terapia. Os beta bloqueadores não são indicados como monoterapia por não apresentarem efeito na mortalidade.</p> <p>c) Errada. Normotensão é considerada quando os níveis são inferiores a 130 de PAS e 85 de PAD. A orientação na mudança no estilo de vida deve ser sempre empregada e o retorno deve ser em até 1 ano para reavaliar o seguimento das orientações.</p> <p>d) Errada. O diagnóstico correto é HAS LIMÍTROFE conforme explicado na justificativa a. Na HAS LIMÍTROFE deve se tentar o controle da PA com mudanças do estilo de vida com reavaliação em até 6 meses, antes do emprego de terapia, principalmente quando o paciente não tem outros fatores de risco importantes. A monoterapia com beta bloqueador não deve ser empregada em nenhum paciente conforme justificado acima.</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51 Brandão, A. A.; Amodeo C.; Nobre F. Hipertensão. Elsevier, 2ª Edição, 2012.
53	A	<p>a) Correta: Paciente com satO₂ < 95% configura crise grave e necessita uso de oxigenioterapia, na crise, a droga de escolha para tratamento é B2 inalatório de curta duração, 3X com intervalos de 20 minutos. Nos casos graves, está indicado associar o brometo de ipatrópio inalatório porque diminui a necessidade de internação. Se o paciente melhorar, deve ser liberado com uso de B2 inalatório e reavaliado ambulatorialmente</p> <p>b) Errada: SatO₂ < 95% implica em uso de oxigenioterapia, a adrenalina está indicada apenas em pacientes que não aceita a nebulização e quando utilizada, não se associa outro broncodilatador, brometo de ipatrópio está reservado apenas para casos graves a nível hospitalar.</p> <p>c) Errada: Não se usa B2 broncodilatadores ao mesmo tempo, ou adrenalina ou beta 2 agonista inalatório, preferência sempre para esse último.</p> <p>d) Errada: Paciente com SatO₂ < 95% necessita uso de oxigenioterapia, brometo de ipatrópio está restrito a casos graves em ambiente hospitalar.</p> <p>Consenso Brasileiro de Manejo da Asma. S30 Comissão de Asma da SBPT, Grupo de Trabalho das Diretrizes para Asma da SBPT J Bras Pneumol. 2012;38(supl.1): S1-S46, pag. S30.</p>
54	A	<p>A droga de escolha utilizada para contracepção de emergência é o levonogestrel na dose de 1,5 mg em dose única ou 0,75 mg em duas doses até 72 horas após a relação sexual. A segunda opção seria 100 mcg de etinil estradiol associado a 500 mcg de levonogestrel em duas doses com intervalo de 12 horas. Entretanto, neste caso este não seria opção devido ao antecedente pessoal de trombose.</p> <p>http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf</p>
55	A	<p>Os sintomas que caracterizam a sífilis primária são cancro duro, que poderá passar despercebido na mulher quando localizado nas paredes vaginais ou no colo do útero, associado, ou não, à adenopatia satélite. Os sintomas da sífilis secundária: lesões cutâneo-mucosas generalizadas, exantema, poliadenopatia. O diagnóstico foi confirmado pelos exames realizados. O tratamento com penicilina benzatina é feito na dosagem de 2,4 milhões repetido 7 dias após. O estolato de eritromicina é contraindicado na gravidez devido ao risco de alterações ósseas e do esmalte dentário do feto. Pode ser usado o estearato de eritromicina.</p> <p>Berek, Jonathan S. Berek e Novak: tratado de ginecologia. 15 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso / Ministério da Saúde,</p> <p>Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.</p>
56	B	<p>Recomendação: se a mulher até 20 anos tiver sido submetida ao exame colpocitologia e apresentar alteração sugestiva de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico, deverá ser mantida em acompanhamento colpocitologia anual até a regressão das alterações por um período de até dois anos.</p> <p>Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011
57	B	Os efeitos colaterais são mucocutâneos: com descamação dos lábios, ressecamento das narinas, olhos e da própria pele, em qualquer nível; queilite e esfoliação, herpes, erupção eritematosa, paroníquia; sistêmicos: epistaxis, enxaqueca, desordens psiquiátricas (incomum); - triglicerídeos elevados. Os tratamentos tópicos iniciados para Pedro foram: sabonete à base de ácido salicílico; peróxido de benzoíla à 2.5%, em base gel, ou em associação com clindamicina à 1%; ácido retinóico à 0,025% - 0,05%, 0,1%, também associados ao peróxido de benzoíla à 2,5%, pode ser outra opção de tratamento tópico. A medicação sistêmica indicada foi ISOTRETINOÍNA, por via oral, em receituário especial, dose de 0,5 – 1,0mg/kg/d, prescrita em 2 -3 tomadas/dia/dose total de 120 -150mg/kg/peso Plewig G, Kligman AM. Acne and Rosácea. Berlin:Springer-Verlag; 2000. Rivitti EA, Sampaio SAP. Dermatologia. 2a. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia 2012. Dermatologia, Bologna, JL, Jorizzo, JL, Rapini, RP. 2a. Edicao
58	A	A Tomografia computadorizada permite confirmar a natureza sólida da lesão, através da densidade da mesma, sua dimensão e limites, e comprometimento de linfonodos e órgão adjacentes, além de avaliar o rim contralateral. Portanto é o exame padrão ouro para tumor renal, orientando a conduta terapêutica. Alan J, Wein; editors Louis R. Kavoussi; Andrew C. Novick; Alan W. Partin and Craig A. Peters. Campbell-Walsh urology. – 9 th ed. 2007
59	A	Evento agudo com clínica compatível com insuficiência coronariana. O esforço está presente, mas não com trauma, descartando o trauma torácico. Não há relato de quadro de pirose ou refluxo prévio ou atual, descartando a esofagite. Assim, como evento agudo que tem a dor torácica como elemento principal, a embolia deve ser considerada. GANEM, F. (org). Protocolo Institucional – Hospital Sírio-Libanês. Síndrome Coronária Aguda: Infarto Agudo do Miocárdio com Supra desnivelamento de ST. São Paulo – SP, 2012. Disponível em: < http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sociedade-beneficente-senhoras/Documents/protocolos-institucionais/protocolo-SCA-com-supra.pdf >. Acesso em: 26 de ago de 2013 ORTIZ, M.; BITTENCOURT, M. G. Hospital de Clínicas (HC). Universidade Federal do Paraná (UFPR). Departamento de Clínica médica. Disciplina de cardiologia. UTI Cardiológica Protocolo de Dor Torácica. Curitiba, 2010. Disponível em: < http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332108029Prot_Dor_Toracica.pdf >. Acesso em: 26 de ago de 2013 VIEIRA, W. F. S.; RAFAEL, D. Hospital de Clínicas (HC). Universidade Federal do Paraná (UFPR). Departamento de Clínica médica. Disciplina de Cardiologia. Unidade Coronariana. Protocolo de Manejo Hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível de segmento ST. Curitiba, 2011. Disponível em: < http://www.hc.ufpr.br/sites/default/files/protocolo_IAMCSST_2011.pdf >. Acesso em: 26 de ago de 2013
60	C	a) Errada: Infecção pelo vírus influenza apresenta início súbito com febre acima de 38° C, com tosse seca não paroxística acompanhada de sintomas gerais como mialgia, calafrios, dor de garganta, cefaleia, com duração de 3 a 4 dias. Na criança costuma ter dor abdominal, vômitos e diarreias associados. A linfocitose é um achado do hemograma mas não é específica e não confirma diagnóstico que é feito através de cultura viral ou PCR ou imunofluorescência direta apenas em situações de



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>epidemia. O tratamento é realizado com hidratação, toailete de VAS e etiqueta da tosse. Em casos graves está indicado o uso de antivirais: oseltamivir.</p> <p>b) Errada: O sinal clínico de maior sensibilidade para o diagnóstico de pneumonia é a taquipneia em criança com quadro agudo de tosse produtiva e febre. O diagnóstico clínico é confirmado por meio de exame radiológico que esclarece a extensão e o tipo de lesão e presença de complicações. Para o diagnóstico etiológico, o exame do aspirado traqueal não é útil por apresentar fraca associação com presença de agentes etiológicos em VAI e apresentar risco de complicações. A cultura de material colhido por lavado broncoalveolar é mais útil na determinação do agente etiológico. O tratamento empírico inicial deve ser voltado para o <i>S. pneumoniae</i>, agente mais comum da faixa etária, sendo a penicilina e sus derivados o antibiótico de escolha.</p> <p>c) Correta: O quadro clínico de tosse há mais de três semanas, com piora progressiva, acessos de tosse paroxística, cianose e vômitos é característico da coqueluche. Apesar de específica, a cultura é de difícil processamento e a reação em cadeia da polimerase é mais sensível, devendo-se levar em consideração o estado vacinal da criança, para que seja feito o diagnóstico de surto agudo e não de cicatriz sorológica. O tratamento pode ser conduzido com azitromicina, eritromicina ou sulfatrimetropim.</p> <p>d) Errada: Acomete lactentes com pródromos de infecção viral caracterizados por coriza que dura todo o período da doença, febre intermitente e comprometimento de VAS e VAI com sibilância e uso de musculatura acessória. O diagnóstico é clínico. Isolamento viral por meio de cultura de células ou pesquisa de RNA viral por RT-PCR pode ser realizado, porém é de alto custo e não muda a terapêutica que é basicamente oxigenioterapia e umidificação. O uso de broncodilatadores, corticoides e ribavirina é controverso.</p> <p>Doenças Pulmonares em Pediatria: diagnóstico e tratamento. Tatiana Rozov 2ª edição. Atheneu.</p> <p>Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª edição. Manole.</p> <p>Nelson Textbook of Pediatrics. Kliegman et al., 19ª edição. Elsevier & Saunders.</p>
61	B	<p>A ingestão de cáusticos é uma exposição com risco de morte, portanto deve ser abordada sistematicamente e o quanto antes:</p> <p>a) imediatamente -: deve-se remover qualquer resíduo sólido e enxaguar exaustivamente a cavidade oral; se o paciente estiver com dados vitais estáveis e puder engolir, administrar pequenas quantidades de água ou leite (30ml para crianças, 150ml para adultos). Não provocar vômitos, não fazer lavagem gástrica, não administrar carvão ativado. Fazer uma anamnese cuidadosa, tentando identificar o tipo de substância, o vasilhame, a quantidade ingerida, a presença de vômitos e hematêmese, a presença de dor e sua localização, e a presença de disfonia, dispneia ou estridor.</p> <p>b) na admissão hospitalar - é necessário estabilizar vias aéreas e funções vitais; remover fragmentos que ainda possam estar na boca, e enxaguá-la; irrigar os olhos e a pele copiosamente; estabelecer acesso venoso; examinar a orofaringe e descrever os achados; estabelecer um jejum até que se complete propedêutica. Praticar uma avaliação laboratorial, com gasometria, hemograma, ionograma, glicemia, ureia, creatinina, etc. Em caso de hematêmese ou evidência de perfuração, reservar sangue após prova cruzada, praticar radiografia de tórax e abdome e endoscopia digestiva, assim como exames contrastados, tomografia ou ressonância em casos especiais e pacientes estáveis</p> <p>A endoscopia digestiva alta deve ser realizada dentro das primeiras 48 h, o quanto antes, mas depois da estabilização clínica do paciente. Geralmente, ela é realizada entre 6 a 24h.</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>A endoscopia está indicada em todos pacientes sintomáticos, na presença de queimaduras orais, em todos os pacientes com estridor (após estabilizar vias aéreas), em caso de vômitos e/ou salivação, nos casos de ingesta intencional, nos pacientes psiquiátricos, pediátricos ou que apresentarem uma história incerta.</p> <p>O uso de bloqueadores H₂, inibidores de bombas de prótons também proporcionam alívio dos sintomas do paciente. Já o uso dos corticoides com intuito de minimizar as complicações relacionadas à cicatrização exacerbada, mostrou aumento das complicações relacionadas com a diminuição da imunidade e seu emprego rotineiro não se justifica.</p> <p>http://ltc-ead.nutes.ufrj.br/toxicologia/mVII.caus.htm</p>
62	A	<p>Paciente sem gravidade clínica a categoria de antibiótico é o macrolídeo.</p> <p>Corrêa RA, Lundgren FLC, Pereira-Silva JL, Diretriz LFeS (GT. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes - 2009. J Bras Pneumol. 2009;35(6):574-601</p>
63	B	<p>Pacientes com AVEI ou AIT devem ser aconselhados com relação à dieta, controle pressórico, prática de exercícios e à cessação do tabagismo. Se a origem do AVE é presumivelmente aterotrombótica, eles devem usar estatina, mesmo que apresentem o colesterol normal. Portanto, para esse paciente o uso de estatina é mandatório e não há indicação de dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel, bastando um deles, preferencialmente o AAS, se não houver intolerância. Não há indicação de endarterectomia em estenoses menores que 50%.</p> <p>Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013: 45-48</p>
64	C	<p>Segundo o calendário vacinal: pentavalente e VIP/VOP três doses (2,4 e 6 meses) e dois reforços com DTP (15meses e 4 anos); pneumocócica três doses (2, 4 e 6 meses) e reforço (12 meses); rotavírus duas doses (2 e 4 meses); meningocócica 2 doses (3 e 5 meses) e um reforço (15 meses); febre amarela dose única (9 meses); tríplice viral (12 meses) e tetra viral (15 meses) após aplicação da tríplice viral.</p> <p>http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf</p>
65	D	<p>Rubéola caracterizada por febre baixa, cefaleia e mal-estar geralmente 5 dias antes do aparecimento do exantema. Linfadenopatia quase sempre presente, principalmente retroauricular e occipital. Exantema máculo-papular róseo, difuso e discreto, distribuição crânio-caudal, máxima intensidade no 2º dia, desaparecendo até o 6º dia, sem descamação.</p> <p>http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120409143012sarampo_folder_diagnostico.pdf</p>
66	B	<p>A regurgitação infantil ou refluxo gastroesofágico fisiológico se caracteriza por quadro de regurgitações na ausência de sintomas indesejados ou complicações que comprometam o estado clínico geral do paciente. Na presença do quadro de irritabilidade, agitação, arqueamento do tronco (síndrome de Sandifer), tosse, déficit pondero estatural devem ser consideradas causas orgânicas como, doença do refluxo gastroesofágico, portanto as alternativas C e D estão incorretas. As alterações que podem justificar a DRGE são a elevação da pressão intra-abdominal e o relaxamento do gastroesofágico; elevação da pressão intra-abdominal e relaxamento do esfíncter.</p> <p>Lightdale JR, Gremse DA. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. Pediatrics [Internet]. 2013 Abr 29;131(5): e1684–95. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23629618</p> <p>Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et al.</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr. Estados Unidos; 2009 Out;49(4):498–547.</p> <p>Carvalho E, Silva RS, Ferreira CT; Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria. 1a ed. São Paulo: Manole; 2012</p>
67	C	<p>a) Errada. Na Aplasia de Medula não ocorre leucocitose, nem estão presentes blastos no sangue periférico</p> <p>b) Errada. A Mononucleose Infecciosa, apesar de ser um diagnóstico diferencial dos quadros febris agudos, não faz uma leucometria tão elevada, nem blastos no sangue periférico</p> <p>c) Correta. A tríade clássica das leucemias (febre, sangramento e cansaço) está presente no quadro clínico descrito. Além disso, as alterações ao hemograma são sugestivas de Leucemia Aguda (leucometria elevada, com blastos no sangue periférico), que deve ter seu diagnóstico e subtipo confirmado com Imunofenotipagem de medula óssea. Vale ainda lembrar que a Leucemia Linfóide Aguda é a mais comum na infância.</p> <p>d) Errada. A Púrpura Trombocitopênica Idiopática não cursa com anemia nem alterações no leucograma.</p> <p>Murahovschi J- Pediatria: diagnóstico + tratamento. – 6.ed. – São Paulo: SARVIER, 2003.</p> <p>Maluf Junior PT-Diagnóstico das leucemias agudas na infância: “sempre alerta!” Pediatria (São Paulo) 2008;30(2):86-87</p> <p>ZAGO, M.A.; FALCÃO, R. P.; PASQUINI, R. –Tratado de Hematologia – São Paulo: Editora Atheneu, 2013.</p>
68	C	<p>O paciente apresentou um episódio de rinossinusite aguda com piora dos sintomas, logo está apresentando um quadro de rinossinusite bacteriana aguda. A rinossinusite bacteriana aguda não requer qualquer exame complementar e seu tratamento é baseado em antibioticoterapia. A rinossinusite crônica é uma doença persistente da mucosa nasossinusal, com sinais e sintomas que se mantêm durante >12 semanas, com alterações estruturais e histológicas da mucosa nasossinusal e do osso subjacente.</p> <p>Nakajima V, Tagliarini JV. Rinossinusites Aguda. In: Caldas Neto S, Mello JF, Martins RHG, Costa SS (editores). Tratado de otorrinolaringologia. Vol. III. 2.ed. São Paulo: Roca, 2011: p. 93-100</p>
69	B	<p>a) Fase radial: ERRADA “... crescimento radial indica a tendência do melanoma para crescer horizontalmente dentro das camadas da epiderme e derme superficial, frequentemente por um período de tempo prolongado. Durante este estágio de crescimento, as células do melanoma não têm a capacidade de metastatizar”.</p> <p>b) Fase vertical: CERTA “com o tempo, o padrão de crescimento assume um componente vertical, e agora o melanoma cresce para baixo em direção às camadas mais profundas da derme como uma massa expansiva com perda da maturação celular, sem a tendência de as células se tornarem menores à medida que descem em direção à derme reticular. Este evento é evidenciado clinicamente pelo desenvolvimento de um nódulo em uma fase de crescimento radial relativamente plana e correlaciona-se com a emergência de um clone de células com verdadeiro potencial metastático”</p> <p>c) Fase central: ERRADA: não existe esta classificação de padrão de crescimento do</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>melanoma</p> <p>d) Fase difusa: ERRADA: não existe esta classificação de padrão de crescimento do melanoma</p> <p>Kumar,V; Abbas, A. K; Fausto, N. Robbins & Cotran: Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.</p> <p>BOGLIOLO PATOLOGIA, Geraldo Brasileiro Filho, 8ª Ed. Editora Guanabara Koogan, 2011</p> <p>Harrison. Medicina Interna, Artmed, 18ª edição. 2013. Capítulo 87</p>
70	D	<p>Tratamento de escolha da escabiose em lactentes é o enxofre ou a permetrina pelo alto índice de dermatite irritativa causada pelos demais escabídeos. A ivermectina está contraindicada abaixo de 15Kg. Os corticoides tópicos não devem ser utilizados no tratamento da escabiose. O lindano está proscrito pelo seu potencial neurotóxico.</p> <p>Nelson. Tratado de Pediatria. Ed. Elsevier. 19ª ed, 2013.</p>
71	C	<p>“Embora a probabilidade geral de recorrência da SD seja de 1%, o principal objetivo ao fornecer as estimativas do risco de recorrência aos pais é determinar se a criança com SD é um caso de translocação com um dos genitores portadores de translocação, e, portanto, com um risco relativamente alto de recorrência...”</p> <p>“Estudos cromossômicos devem ser realizados em todos os indivíduos com SD. Se uma translocação for identificada, estudos parentais devem ser realizados para identificar indivíduos normais portadores da translocação com alto risco de recorrência...”</p> <p>Jones KL. Padrões reconhecíveis de malformações congênitas. Elsevier Editora Ltda, RJ Brasil Tradução da 6ª Edição 2007; 9.</p> <p>Behrman RE, Kliegman RM e Jenson HB. Nelson Tratado de Pediatria. Elsevier, SP Brasil Tradução da 17ª Ed 2005; 412.</p> <p>Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA e Okay Y. Pediatria Básica, Tomo I. Sarvier, SP Brasil 9ª Ed 2005; 738.</p>
72	A	<p>Febre de início súbito, com tosse, dor de garganta e artralgia é considerada quadro de síndrome gripal. Na síndrome respiratória aguda grave a paciente teria um quadro de piora do padrão respiratório, com desconforto e queda de saturação.</p> <p>As gestantes são consideradas pacientes com risco e fatores para complicação, sendo orientado o uso de fosfato de oseltamivir imediatamente.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2013 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 1ª ed., 1ª reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.</p>
73	A	<p>A síndrome de Wallenberg, ou síndrome bulbar lateral, é causada por isquemia da artéria cerebelar inferior posterior. É tipicamente causada pela oclusão de uma artéria vertebral ou, menos frequentemente, pela oclusão de uma artéria cerebral inferior posterior. Os sintomas resultam do dano causado ao bulbo dorsolateral e inclui perda ipsilateral da sensibilidade dolorosa e térmica da face e perda contralateral da sensibilidade dolorosa e térmica do corpo. Os sintomas faciais são devidos à lesão do trato espinhal descendente e do núcleo do quinto nervo craniano, e os sintomas corporais são causados pela lesão do trato espinotalâmico. Outros sintomas incluem síndrome de Horner ipsilateral causada por lesão das fibras simpáticas descendentes, ataxia ipsilateral por lesão dos tratos cerebelares inferiores no pedúnculo cerebral e fraqueza ipsilateral do palato e das cordas vocais devido à lesão dos núcleos ou fibras dos nono e 10º nervos cranianos. Outros sintomas da circulação posterior podem também ser observados em pacientes selecionados. Os</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>transtornos da linguagem (afasia) ocorrem predominantemente em pacientes com isquemia da artéria cerebral média dominante e não são observados em pacientes com a síndrome de Wallenberg. Os infartos lacunares mais comuns incluem hemiplegia motora, acidente vascular sensitivo puro, disartria dos "movimentos grosseiros" e síndromes atáxico-hemiparéticas. A disartria dos "movimentos grosseiros" causa incoordenação dos membros e fala distorcida e é devido tanto a um infarto na base da ponte ou um infarto da cápsula interna. Os sintomas sensitivos cruzados envolvendo a face e o corpo são diagnósticos para uma lesão no tronco cerebral e na porção lateral inferior do bulbo. A avaliação nesta paciente deve ser direcionada para a circulação posterior. O exame inicial deve ser uma angiorressonância, um Doppler transcraniano ou uma angiotomografia para determinar a presença de estenose de artéria calibrosa. Avaliação cardíaca adicional em busca de uma fonte embólica também deve ser considerada.</p> <p>Nelles G, Contois KA, Valente SL, Higgins JL, Jacobs DH, Kaplan JD, Pessins MS. Recovery following lateral medullary infarction. <i>Neurology</i>. 1998; 50: 1418-22. UI: 98255437</p> <p>Kim JS, Lee JH, Choi CG. Patterns of lateral medullary infarction: vascular lesion-magnetic resonance imaging correlation of 34 cases. 1998; 29: 645-52. UI: 98165451</p> <p>Macgowan DJ, Jamal MN, Clark WC, Wharton RN, Lazar RM, Sacco RL, Mohr JP. Central poststroke pain and Wallenberg's lateral medullary infarction: frequency, character, and determinants in 63 patients. <i>Neurology</i>. 1997; 49: 120-5. UI: 97365342</p> <p>Norving B, Cronqvist S. Lateral medullary infarction: prognosis in an unselected series. <i>Neurology</i>. 1991;41(Pt 1):244-8</p> <p>Chimowitz MI, Kokkinos J, Strong J, Brown MB, Levine SR, Silliman S, et al. The Warfarin-Aspirin Symptomatic Intracranial Disease Study. <i>Neurology</i>. 1995; 45: 1488-93. UI: 95371887</p>
74	C	<p>A nutrição parenteral exige um acesso venoso central. Após o procedimento, deve ser solicitado RX de tórax para ver a localização do cateter. O pneumotórax é uma complicação imediata que cursa com desconforto respiratório progressivo.</p> <p>Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática da cirurgia moderna. Townsend, Beuchamp, Evers, Mattox; Elsevier, 18ª ed; vol 2; 2010</p>
75	C	<p>As operações sobre a glândula tireóide não está isenta de risco. Além da lesão do nervo recorrente, outra alteração que pode acontecer no PO deve-se a manipulação ou ressecção inadvertida das glândulas paratireóides, que pode levar a quadro de hipocalcemia aguda. Esta alteração pode ser pesquisada pelo sinal de Chvostek (percussão na face) e deve-se repor cálcio endovenosamente, até normalização do sinal e dos níveis séricos do cálcio.</p> <p>Ref. Sabiston – Tratado de Cirurgia. Editor: Courtney M. Townsend. 18ª Edição. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. 2010. Pagina: 903</p>
76	D	<p>O paciente apresenta neuralgia pós-herpética, caracterizado pela persistência da dor após o herpes-zoster. No período prodrômico do herpes zoster o tratamento com antivirais (aciclovir, valaciclovir e fanciclovir) aceleram a cura das erupções cutâneas, reduz intensidade e duração da dor aguda (fase aguda: até 30 dias do quadro inicial) e previne a ocorrência da Neuralgia pós-herpética. O uso de corticoesteroides parece não contribuir para tratamento da dor aguda e não impede a neuralgia pós herpética, além de nem sempre ser adequado ao paciente muito idoso e com comorbidades. O corticoide poderá ser utilizado em idosos saudáveis desde que associado ao antiviral. A vacina para herpes é indicada a partir de 50 anos, em imunocompetentes e é eficaz na redução de herpes-zoster e neuralgia pós-herpética. O tratamento deve ser feito com fármacos para alívio da dor e de suas condições associadas, como</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, opióides, capsaína, lidocaína. Bloqueios neurais podem ser considerados, embora apresentem menor eficácia. Excisão cirúrgica foi inicialmente aventada para tratamento da dor neuropática mas mostrou aumento contínuo da dor, excedendo os níveis pré cirúrgicos, não sendo recomendada.</p> <p>PORTELLA, A. V. T.; SOUZA, L. C. B.; GOMES, J. M. A. Herpes-zoster e neuralgia pós-herpética. Rev. Dor. São Paulo, 2013.</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO ZOSTAVAX, aprovada pela ANVISA em 13/jul/2015.</p>
77	B	<p>Trata-se de um caso de cetoacidose diabética (CAD), cujo diagnóstico consiste em demonstrar a presença de hiperglicemia (acima de 250 mg/dl), acidose metabólica (pH < 7,2 e bicarbonato < 15 mEq/L) e cetonemia (ou cetonúria).¹ A cetoacidose leve a moderada pode ser tratada fora de unidade intensiva. Casos mais graves devem ser conduzidos em UTI. A CAD pode ser classificada quanto à gravidade, utilizando-se critérios como bicarbonato sérico, pressão arterial, anion gap, excesso de base e osmolaridade sérica. Em todos casos, é necessária hidratação, insulino-terapia e correção de possíveis anormalidades hidro-eletrolíticas, além do tratamento de fatores precipitadores, como infecção.² O uso da metformina não está indicado pelo risco potencial de acidose láctica nessa situação.³ Os inibidores SGLT2, fármacos que estimulam a glicosúria estão contra-indicados por piorarem a cetoacidose.⁴</p> <p>1. AC Farmacêutica. II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012 - 2013. São Paulo: AC Farmacêutica; 2013.</p> <p>2. Santos JC. Protocolo clínico e de regulação para abordagem do diabetes mellitus descompensado no adulto/idoso [Internet]. 2012. [citado 2014 Jul 12]. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1333459552diabetes_adulto_e_idoso.pdf.</p> <p>3. Richy FF, Sabido-Espin M, Guedes S et al. Incidence of Lactic Acidosis in Patients with Type 2 Diabetes with and Without Renal Impairment Treated with Metformin: A Retrospective Cohort Study. Diabetes Care 2014. Doi: 10.2337/dc14-0464. Acesso em 02 de junho de 2014.</p> <p>4. NEWS.MED.BR, 2015. Inibidores de SGLT2: FDA adverte sobre o risco de cetoacidose em diabéticos em uso dessa classe de medicamentos. Disponível em: <http://www.news.med.br/p/pharma-news/759327/inibidores-de-sgl2-fda-adverte-sobre-o-risco-de-cetoacidose-em-diabeticos-em-uso-dessa-classe-de-medicamentos.htm>. Acesso em: 25 ago. 2015.</p>
78	A	<p>A presença de sinais púberes em uma menina abaixo de oito anos caracteriza a puberdade precoce. A maioria dos casos em meninas se deve a hipergonadismo hipergonadotrófico primário e são idiopáticos.</p> <p>Tratado de Pediatria - Dioclécio Campos Junior et al, 2014. Seção 13 – Endocrinologia</p>
79	D	<p>Alterações dermatológicas comuns na obesidade incluem acantose nigricans relacionada à estimulação dos melanócitos pelo hiperinsulinismo.</p> <p>Indivíduos com adiposidade central (abdominal) desenvolvem a síndrome metabólica (obesidade, hipertensão arterial, perfil lipídico alterado e alteração no metabolismo da glicose) com maior frequência.</p> <p>Tratado de Pediatria – capítulos: obesidade na criança e no adolescente e dislipidemia</p>
80	B	<p>A epilepsia ausência da infância é caracterizada por crises epiléticas frequentes, em crianças normais, iniciadas na idade escolar, com maior incidência dos seis aos sete</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		anos, forte predisposição genética e predomínio no sexo masculino. As crises são caracterizadas por parada abrupta da atividade voluntária, alteração da consciência, piscamentos palpebrais com duração de 4 a 10 segundos, inúmeras vezes ao dia. O eletroencefalograma apresenta padrão característico com presença de CEO em torno de 3Hz e atividade de base normal. CYPEL&DIAMENT. Neurologia Infantil. 4ª edição. Atheneu. 2005
81	C	O diagnóstico não é apenas criptorquidia pois há a presença de genitália ambígua e a principal hipótese é hiperplasia adrenal congênita. DAMIANI, D. et all. Genitália Ambígua: Diagnóstico Diferencial e Conduta. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 2001. HAY, W. W. H. ET all. CURRENT – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PEDIATRIA. 20 edição. Artmed, 2012.
82	A	A infecção do trato urinário (ITU) caracteriza-se pela invasão e multiplicação de micro-organismos nos rins e nas vias urinárias. Na maioria das vezes, é resultado da colonização da urina por bactérias fecais, que cresceram em meio anaeróbio, sendo a E. coli o patógeno mais comumente envolvido nessas infecções. A ITU é uma das mais comuns infecções bacterianas na mulher, sendo que pelo menos 40% das mulheres adultas têm pelo menos um episódio de ITU em suas vidas. Manifesta-se clinicamente por disúria, polaciúria, urgência miccional e dor no baixo ventre na cistite, arrepios de frio e lombalgia na pielonefrite, ou completa ausência de sintomas na bacteriúria assintomática. O diagnóstico, na maioria das vezes, com exceção da bacteriúria assintomática, é clínico. A gravidez é situação que predispõe ao aparecimento de ITU, devido às mudanças fisiológicas (mecânicas e hormonais) que ocorrem nesse período da vida da mulher. A ITU durante a gravidez pode causar sérias complicações, como o trabalho de parto pré-termo, recém-nascidos de baixo peso, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intraútero, paralisia cerebral, entre outras. O objetivo da presente revisão foi abordar os principais fatores etiológicos, o diagnóstico e a conduta nos casos de ITU durante a gravidez. Referência: Figueiró-Filho EA, Bispo AMB, Vasconcelos MM, Maia MZ, Celestino FG. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. FEMINA Março 2009 vol 37 nº 3 http://maternalis.com.br/upfiles/Arquivos/file_030313113133_ITU_e_gesta_o.pdf
83	C	As demais respostas não correspondem ao desenvolvimento fisiológico para a determinada faixa de idade. Caderneta de Saúde da Criança- Ministério da Saúde 2012
84	A	a) Correta: Sob condições precárias econômicas e como tratamento medicamentoso inicial, o dissulfiram é a droga de escolha devido ao baixo custo. Entretanto, a família deve ser alertada para o risco do consumo concomitante de bebidas alcoólica, que deve ser proibido, já que a interação da medicação com o álcool causa graves e significativas reações adversas, como rubor facial, náuseas, vômitos e diarreia. b) Errada: a naltrexona é contraindicada em hepatopatias agudas c) Errada: O dissulfiram age no metabolismo hepático do álcool, inativando a enzima acetaldéido-desidrogenase, levando a um acúmulo de álcool no organismo e não no GABA. d) Errada: Naltrexona diminui a compulsão por beber por diminuir o prazer e tem poucos efeitos colaterais. Castro LA, Baltieri AD. The pharmacologic treatment of the alcohol dependence. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol 26., s1, 2004.



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Psicofármacos; Cordioli e colaboradores, 2010. Pág 92-93; 161-162.</p> <p>Depend. Química; Laranjeiras e colaboradores, 2011. Pág 138-140.</p>
85	B	<p>Paciente descrita acima tem doença neoplásica de sigmoide (Adenocarcinoma) no Estágio III. Dados de literatura demonstram que a adição de quimioterapia pós-operatória em Adenocarcinoma estagio III oferece melhor sobrevida e menor taxa de recidiva da doença quando comparado ao grupo controle tratado somente com cirurgia. Radioterapia e Braquiterapia transretal são indicadas somente para o tratamento do câncer de reto, com melhores resultados quando utilizada no pré-operatório.</p> <p>Adjuvant Therapy for Stage II and III Colon Cancer: Consensus Report of the International Society of Gastrointestinal Oncology. Marshall JL, Haller DG, de Gramont A, Hochster HS, Lenz HJ, Ajani JA, Goldberg RM. <i>Gastrointest Cancer Res.</i> 2007 Jul; 1(4):146-54.</p> <p>Adjuvant systemic chemotherapy for Stage II and III colon cancer after complete resection: an updated practice guideline. Jonker DJ, Spithoff K, Maroun J; Gastrointestinal Cancer Disease Site Group of Cancer Care Ontario's Program in Evidence-based Care. <i>Clin Oncol (R Coll Radiol).</i> 2011 Jun;23(5):314-22.</p> <p>Tratado de Coloproctologia –. Editores: Fábio Guilherme C.M. de Campos; Francisco Sérgio P. Regadas; Mauro Pinho. EDITORA Atheneu 2012</p>
86	A	<p>A primeira escolha para tratamento de estado de mal são os benzodiazepínicos, segundo os protocolos americano e europeu, adultos e crianças.</p> <p><i>Epilepsia</i>, Vol. 49, No. 7, 2008, http://www.researchgate.net/publication/265472390,</p> <p><i>Anaesthesiology Intensive Therapy</i> 2014, vol. 46, no 4, 293–300</p>
87	D	<p>São características da Doença de Parkinson, a qual decorre principalmente da degeneração dos neurônios dopaminérgicos da substância negra.</p> <p>"Doença de Parkinson e outros transtornos do movimento" FREITAS, Elisabete V., PY, Lígia. <i>Tratado de Geriatria e Gerontologia</i>, 3ª edição. Guanabara Koogan, 08/2011. VitalBook file.</p> <p>"The neurology of aging" AMINOFF, Michael J. <i>Neurology and general Medicine</i>, 2ª edição. Churchill Livingstone, 1995.</p>
88	C	<p>Para mães com tuberculose, as recomendações para amamentação dependem da época em que foi feito o diagnóstico da doença. Segundo a OMS, não há necessidade de separar a mãe da criança e, em circunstância alguma, a lactação deve ser impedida. O bacilo de Koch excepcionalmente é excretado pelo leite materno, e, se houver contaminação do recém-nascido, geralmente a porta de entrada é o trato respiratório.</p> <p>Segundo a OMS, a amamentação deve ser mantida, porém deve-se diminuir o contato íntimo mãe-filho, além de se tomar os seguintes cuidados: amamentar com máscara ou similar, lavar cuidadosamente as mãos, rastrear os comunicantes, especificamente os domiciliares. Administrar ao recém-nascido isoniazida (INH) na dose de 10 mg/kg peso, uma vez ao dia, durante 6 meses. Após o término da quimioprofilaxia, vacinar com BCG-ID</p> <p>http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a10.pdf</p>
89	A	<p>a) Resposta correta. Redução da VLDL, que dificulta o transporte de lipídios aos tecidos. Aumento de lipídios provenientes do tecido adiposo ao hepatócito, extrapolando a capacidade do mesmo em metaboliza-los e exportá-los.</p> <p>b) Resposta incorreta: Observa-se uma diminuição na síntese de proteínas, assim como diminuição na síntese de fosfolípidos. Isso causa uma deficiência na síntese de</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>lipoproteínas VLDL, principalmente.</p> <p>c) Resposta incorreta: Observa-se um aumento na atividade da lipase sensível a hormônio (ativada por Noradrenalina e inibida por Insulina) que remove grande quantidade de triglicerídios dos adipócitos. Estes são lançados no plasma, na forma de ácidos graxos livres e captados pelos hepatócitos. No citoplasma dos hepatócitos são esterificados com glicerol, formando o triacilglicerol em excesso (esteatose) ou gerando Acetil-Coa, também em excesso que causa a formação de corpos cetônicos (ac. Acetoacético e beta-hidrobutírico).</p> <p>d) Resposta incorreta: É observado a diminuição da beta-oxidação, portanto mais ácidos graxos disponíveis. Existe a diminuição da insulina, daí a não-inibição da lipase sensível a hormônio, que promove a saída dos triacilgliceróis dos tecidos adiposos, sobrecarregando o fígado.</p> <p>http://anatpat.unicamp.br/taesteatose.html. Visitado em 25/08/2015.</p> <p>Sookoian S, Pirola CJ. Liver enzymes, metabolomic and genome-wide association studies: From system biology to the personalized medicine. World J Gastroenterol. 2015;21(3):711-25.</p>
90	B	<p>Dentre as inúmeras condições psiquiátricas que levam a quadros clínicos de Urgência Médica, algumas são mais associadas às condições de perda de autonomia, permitindo a aplicação do estatuto legal da Internação Involuntária, como a psicose, demência e depressão grave. O caso clínico relatado é de um surto de psicose, com risco de lesão física ao paciente, justificando a internação involuntária.</p> <p>MINATOGAWA-CHANG, T. M.; MELZER-RIBEIRO, D. L.; TENG, C. T. Abordagem na emergência psiquiátrica. In: FORLENZA, O. V. e MIGUEL, E. C. (Ed.). Compêndio de clínica psiquiátrica. Barueri, SP: Manole, 2012. cap. 37, p.611-621. ISBN 978-85-204-3425-3.</p>
91	A	<p>a) prescrever anticoncepção de emergência e fazer notificação compulsória. E, se engravidar está indicado o aborto previsto em lei.</p> <p>b) ERRADA. NÃO depende do consentimento dos pais a indicação de anticoncepção de emergência e fazer a notificação compulsória. E, deve ser indicado o aborto. Na lei prevalece a vontade da adolescente.</p> <p>c) ERRADA. DEVE indicar a anticoncepção de emergência, POREM ESTA ERRADO não fazer a notificação para não quebrar o sigilo profissional. E, se engravidar não realizar o aborto por se tratar de adolescente.</p> <p>d) ERRADA. Independe da autorização dos pais a prescrição de anticoncepção de emergência e a notificação compulsória. E, se engravidar realizar aborto previsto lei.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6) ISBN 978-85-334-1724-3.</p>
92	B	<p>Considerando a profissão, o risco de corpos estranhos deve ser avaliado. Setenta por cento dos corpos estranhos alojam-se na córnea e devem ser avaliados por especialistas, sob condições e equipamentos adequados.</p> <p>Cecil Medicina. Goldman e Ausiello. 23ª edição. Elsevier & Saunders. Pag. 3294/8</p>
93	B	<p>O pé diabético é consequência de insuficiência vascular e neuropatia periférica, e evidências indicam que o exame deve ser realizado no mínimo anualmente.</p> <p>Pimenta, P. W. Diabetes Mellitus – Disciplina de Endocrinologia e metabologia do</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP Chazan, A. C. S.; Winck, K. Diabetes tipo 1 e 2. In: Gusso, G; Lopes, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2012
94	A	<p>a) Correta. O músculo quadrado do lombo realiza flexão lateral (Inclinação) da coluna vertebral. Como o ferimento atingiu os planos cutâneo, subcutâneo e muscular, a sutura deverá ser realizada em 3 planos, sendo o plano muscular e subcutâneo com fios reabsorvíveis, e o plano cutâneo com fios não reabsorvíveis.</p> <p>b) Errada. O músculo latíssimo do dorso, pode ter sido atingido, porém, realiza extensão, adução e rotação medial do braço. Como o ferimento atingiu os planos cutâneo, subcutâneo e muscular, a sutura não poderá ser realizada apenas em 2 planos, utilizando-se fios de algodão e nylon, por serem não absorvíveis.</p> <p>c) Errada. O músculo eretor da espinha, pode ter sido atingido, porém, atua bilateralmente estendendo a coluna vertebral e a cabeça, enquanto que unilateralmente ele inclina a coluna vertebral. Como o ferimento atingiu os planos cutâneo, subcutâneo e muscular, a sutura não poderá ser realizada apenas em 1 plano, utilizando-se fios de algodão e nylon, por serem não absorvíveis.</p> <p>d) Errada. O músculo serrátil posterior inferior, pode ter sido atingido, porém, realiza abaixamento das costelas. Como o ferimento atingiu os planos cutâneo, subcutâneo e muscular, a sutura não poderá ser realizada apenas em 2 planos.</p> <p>Moore, K, L; Dalley, A, F; Agur, A, M, R; Anatomia orientada para a clínica. Guanabara Koogan, 7 edição, 2014.</p>
95	B	<p>a) ERRADA. Eutanásia é processo de morte de um enfermo por intervenção com o objetivo último de levar à morte, aliviando um sofrimento insuportável. Rev. Bioética 2010.</p> <p>b) CORRETA. Revista Bioética 2010 e Res. 1805/2006. O Código de Ética Médica apresenta, nos seus princípios fundamentais, os parâmetros da atuação médica na terminalidade, como no Capítulo I, inciso XXII, no qual cita: Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes todos os cuidados paliativos apropriados. O prolongamento artificial em pacientes terminais configura-se OBSTINAÇÃO TERAPEUTICA ou DISTANÁSIA.</p> <p>c) ERRADA. Ortotanásia é o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural. Res CFM 1805/2006.</p> <p>d) ERRADA. O suicídio assistido é antiético e ilegal e considerado crime no Brasil e se constitui em prática de ajudar o paciente a morrer. Código de Ética Médica/CEM 2009.</p> <p>Brasil. Conselho Federal de Medicina/CFM. Resolução CFM nº 1.805/2006 (publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, seção i, pg. 169). Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acesso em 02 set 2015.</p> <p>Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº 1931/2009 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173). Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp. Acesso em 02 set 2015.</p> <p>Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. Revista Bioética 2010; 18 (2): 275 – 88.</p>
96	A	a) Correta. A toxoplasmose congênita decorre da transmissão transplacentária do



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>agente <i>Toxoplasma gondii</i> durante a gestação. Sua apresentação clínica na gestante costuma ser sob a forma de um quadro febril inespecífico, eventualmente com a presença de aumento ganglionar. O quadro mais típico da toxoplasmose congênita inclui a presença de microcefalia, calcificações intracranianas e cicatrizes coriorretinianas no polo posterior e médio-periferia da retina.</p> <p>b) Errada. A transmissão transplacentária do citomegalovírus, além de menos comum que a toxoplasmose, não causa comumente os achados clínicos descritos no caso.</p> <p>c) Errada. A toxocariase ocular congênita apresenta-se comumente sob a forma de leucocoria, redução do reflexo vermelho no olho acometido e presença de granulomas com traves vítreas junto ao nervo óptico e/ou médio-periferia da retina.</p> <p>d) Errada. A tuberculose ocular congênita é um quadro mais raro que a toxoplasmose, sendo mais frequente em gestantes portadoras de imunodeficiências congênicas ou adquiridas como a SIDA.</p> <p>Riordan-Eva, P. & Whitcher, J. P. <i>Oftalmologia Geral de Vaughan & Asbury</i>. 17ª. Edição. Mc Graw Hill / Artmed.</p>
97	A	<p>a) Correta. Os músculos ísquiotibiais, é o conjunto formado pelos músculos semitendíneo (função de extensão da coxa), Semimenbranáceo (função de extensão da coxa) e Bíceps Femoral (função de flexão da perna e estende a coxa).</p> <p>b) Errada. Os músculos responsáveis por flexionar a coxa são: pectíneo, psoas maior, psoas menor e íliaco. Já a extensão da perna é realizada pelo músculo quadríceps femoral.</p> <p>c) Errada. Os músculos ísquiotibiais, é o conjunto formado pelos músculos semitendíneo (função de extensão da coxa), Semimenbranáceo (função de extensão da coxa) e Bíceps Femoral (função de flexão da perna e estende a coxa), porém a extensão da perna é realizada pelo músculo quadríceps femoral</p> <p>d) Errada. Os músculos responsáveis por flexionar a coxa são: pectíneo, psoas maior, psoas menor e íliaco. E pela flexão da perna o músculo bíceps femoral.</p>
98	C	<p>A OMS classifica como violência contra idosos os seguintes abusos: Sexual, financeiro, psicológico, físico e a negligência. A negligência pode ou não envolver uma tentativa consciente ou intencional de provocar sofrimento físico ou emocional contra o idoso.</p> <p>Freitas, Elizabete et al. <i>Tratado de Geriatria e Gerontologia</i>. 2 ed., Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2006. Cap. 119.</p>
99	B	<p>Trata-se de uma reação reversa (reação hansênica tipo 1), que costuma ocorrer entre o segundo e o sexto mês de tratamento, desencadeada pela exacerbação da imunidade celular. O tratamento deve ser iniciado prontamente para evitar seqüela da neurite periférica do nervo ulnar D, no caso do paciente em questão. Deve ser prescrito prednisona. Prescreve-se prednisona 1-2mg/Kg/dia associado ao tratamento da neurite, deve se orientar repouso da articulação próxima ao nervo comprometido e iniciar a prevenção de complicações secundárias, por meio de intervenções fisioterápicas. Em geral, a cirurgia de reabilitação em hanseníase deve ser realizada somente nos casos que os pacientes tiverem completado o tratamento medicamentoso (PQT) e que estejam há mais de um ano sem apresentar fenômenos inflamatórios reacionais (reação reversa ou de eritema nodoso). Tal fato se deve à possibilidade de o estresse cirúrgico desencadear reações. Com esse período de latência, a condição física do paciente estará mais equilibrada do ponto de vista imunológico e com menos possibilidades de ocorrer uma reação após a cirurgia. Principalmente nas cirurgias estéticas e nas transferências tendinosas em mãos e pés, tal fato poderia comprometer o resultado cirúrgico.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de</p>



**CONSÓRCIO DE ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO DE MEDICINA 2015
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, 2008. 200p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.</p> <p>Manual de cirurgias / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002</p>
100	C	<p>A questão aborda os sinais /sintomas da intoxicação etílica, os estágios da mesma (pré-coma), a diferenciação em simples e complicada (com agitação/agressividade).</p> <p>Diehl, Alessandra. Tratamento Farmacológico da intoxicação Aguda por Álcool: O Pronto Socorro como uma Janela de Oportunidades.</p> <p>Diehl, Alessandra; Cordeiro, Daniel Cruz; Laranjeiras, Ronaldo e cols. TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA: Da Evidência Científica à Prática Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2010, cap 4.</p> <p>Diehl, Alessandra; Cordeiro, Daniel Cruz; Laranjeiras, Ronaldo. Álcool. Diehl, Alessandra; Cordeiro, Daniel Cruz; Laranjeiras, Ronaldo. DEPENDÊNCIA QUÍMICA: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas Porto Alegre: Artmed, 2011, Cap12.</p>