



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
1	D	<p>a. INCORRETA: Está indicada a realização de exercícios de fortalecimento muscular. Ainda, se trata de um processo patológico e não sinônimo de envelhecimento;</p> <p>b. INCORRETA: Trata-se de um processo patológico e não sinônimo de envelhecimento. Em algumas situações o tratamento cirúrgico está, sim, indicado;</p> <p>c. INCORRETA: Os anti-inflamatórios indicados são os não hormonais. Os corticoides, quando usados, não são por via oral; está indicada a realização de exercícios de fortalecimento muscular;</p> <p>d. CORRETA: Os tratamentos estão de acordo com as diretrizes e, por tratar-se de osteoartrose (ou osteoartrite), realmente se trata de um processo patológico caracterizado por desequilíbrio entre produção e destruição de cartilagem.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Coimbra IB, Pastor EH, Greve JMD, Puccinelli MLC, Fuller R, Cavalcanti FS, Maciel FMB, Honda E. Osteoartrite (Artrose): Tratamento. Rev Bras Reumatol. v. 44. n. 6. p. 45 . nov./dez 2004.</p>
2	B	<p>a. INCORRETA, apesar de o tamponamento cardíaco estar associado ao traumatismo torácico fechado, sua apresentação clínica não cursa com desvio de traquéia ou timpanismo à percussão torácica; o tratamento de tamponamento cardíaco na emergência se faz através da punção de Marfan;</p> <p>b. CORRETA, Pneumotórax hipertensivo em vítima de trauma torácico fechado é emergência de diagnóstico clínico com necessidade de tratamento no local sem auxílio de exames complementares;</p> <p>c. INCORRETA, Pneumotórax simples pode ser causado por trauma torácico fechado, porém não possui alterações hemodinâmicas evidenciadas por abafamento de bulhas cardíacas e turgência jugular; não requer tratamento em caráter emergencial;</p> <p>d. INCORRETA, O hemotórax maciço se diferencia do pneumotórax hipertensivo no trauma torácico fechado pois não cursa com timpanismo à percussão torácica e sim com som maciço a submaciço.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sabiston. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2014.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
3	D	<p>a. INCORRETA: Microcefalia: Cerca de 90% das microcefalias estão associadas com retardo mental, exceto nas de origem familiar, que podem ter o desenvolvimento cognitivo normal. O tipo e o nível de gravidade da sequela vão variar caso a caso. Tratamentos realizados desde os primeiros anos melhoram o desenvolvimento e a qualidade de vida. Não abrangendo a Lei n 16/2007, pois há risco e não confirmação da existência das lesões.</p> <p>b. INCORRETA: Não há impeditivo ao aleitamento materno, que deverá ser estimulado.</p> <p>c. INCORRETA: Indivíduos com suspeita de Dengue normalmente apresentam quadro mais intenso dos sintomas e alterações no hemograma, principalmente, plaquetopenia.</p> <p>d. CORRETA: Fluxograma de gestante com exantema em qualquer idade gestacional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preencher a ficha de notificação para encaminhar a Vigilância Epidemiológica municipal. 2. Promover a investigação laboratorial. Coletar 10mL de sangue até o 5º dia do início do exantema e dividir em duas alíquotas. Uma alíquota será para diagnóstico de outras infecções e outra será utilizada para exames de biologia molecular para ZIKV. 3. Coletar 10 ml de amostra urinária até o 11º dia após o início do exantema. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Centers for Disease Control and prevention (CDC). Diagnostic testing. Sullivan Nicolaidis Pathology 2015. Chikungunya vírus & Zika viruses.</p>
4	A	<p>a. CORRETA. Geralmente ocorre hiperparatireoidismo secundário por redução da absorção cálcica gástrica, traduzido pelo aumento de PTH.</p> <p>b. INCORRETA. Ocorre redução da liberação de grelina, substância orexígena liberada no período pós-prandial.</p> <p>c. INCORRETA. Estando a absorção do ferro diminuída, muitos pacientes desenvolvem anemia ferropriva, ocorrendo aumento, e não redução do índice de anisocitose (RDW).</p> <p>d. INCORRETA. Ocorre aumento da formação de litíase biliar.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sabinston. Tratado de Cirurgia. 2v. Elsevier. 19a. Ed. 2014 Shah M, Simha V, Garg A. Longterm impact of bariatric surgery on body weight, comorbidities, and nutritional status. J Clin Endocrinol Metab. 2006;91:4223-4231. Fujioka K. Followup of nutritional and metabolic problems after bariatric surgery. Diabetes Care. 2005;28:481-484. Obesidade e Síndrome Metabólica. MedicinaNET. http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1581/obesidade_e_sindrome_m_etabolica.htm. Acesso em 31/08/2016.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
5	D	<p>a. INCORRETA: a hidroclorotiazida (diurético tiazídico) é contra-indicada para pacientes com hiperuricemia.</p> <p>b. INCORRETA: o atenolol (beta-bloqueador) não é o mais indicado anti-hipertensivo em pacientes hipertensos e pré-diabéticos ou diabéticos, podendo inclusive estar relacionado ao aparecimento de diabetes, além de não evitar a evolução da deterioração da função renal (progressão de microalbuminúria para macroalbuminúria).</p> <p>c. INCORRETA: a nifedipina (bloqueador de canal de cálcio) não é o anti-hipertensivo mais adequado para hipertensos com obesidade e microalbuminúria elevada, por não evitar a evolução da deterioração da função renal (progressão de microalbuminúria para macroalbuminúria).</p> <p>d. CORRETA: o enalapril (inibidor da enzima conversora de angiotensina) seria a melhor escolha de anti-hipertensivo nesse caso, por reduzir consistentemente a microalbuminúria, retardando a progressão para nefropatia incipiente.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev Bras Hipertens 2010;17(1):1-64.</p>
6	B	<p>a. INCORRETA porque o shunt é esquerda direita</p> <p>b. CORRETA porque os pacientes com Síndrome de Down, como o paciente do caso, tem propensão para ter hipertensão pulmonar precoce</p> <p>c. INCORRETA. Os sinais encontrados no exame ectoscópico desta criança são compatíveis com o diagnóstico de Trissomia do Cromossomo 21, Síndrome de Down.</p> <p>d. INCORRETA porque o edema intersticial leva à diminuição da complacência pulmonar</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cardiologia Pediátrica/ coordenador: Antônio Augusto Lopes, Barueri, SP? Manole, 2011. Pg: 244-256</p>
7	B	<p>a. INCORRETA: O enunciado refere a infarto de parede anterior e o ECG representa um caso de Infarto de parede inferior (ECG com supra em D2, D3 e AVF – infra-anterior como imagem em espelho de V1 a V3). A artéria coronária esquerda (ou tronco de coronária esquerda) é responsável pela irrigação anterior e lateral do ventrículo esquerdo</p> <p>b. CORRETA. O caso é de infarto agudo do miocárdio de parede inferior. A artéria que irriga a parede inferior é a artéria coronária direita, nesse caso, é a artéria culpada pelo evento. E devido a imagem em espelho em VI e V2 somado ao quadro clínico apresentado houve comprometimento também do VD</p> <p>c. INCORRETA. A parede lateral alta é representada eletrocardiograficamente por V5, V6, D1 e AVL. Neste ECG não mostra comprometimento de V5 e V6.</p> <p>d. INCORRETA. Não há alteração eletrocardiográfica correspondente ao infarto por oclusão de artéria descendente anterior (supra de ST de V1 a V6).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Braunwald, Eugene. Tratado de medicina cardiovascular. 9a ed. São Paulo: Roca, 2013 Vol.2 V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST – 2015.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
8	C	<p>O anticorpo antirreceptor de TSH (também conhecido pela sigla em inglês “TRAb”) se encontra em títulos elevados em 90% ou mais dos pacientes com doença de Graves, situação compatível com o quadro clínico descrito no enunciado. Anticorpos antitireoperoxidase (anti-TPO) ou antitireoglobulina (anti-Tg) também podem estar elevados na doença de Graves, mas são menos específicos. As dosagens de anti-rTSH podem ser usadas para confirmar a doença de Graves nos casos em que outros testes laboratoriais de rotina apresentam resultados indeterminados. Além disso, sua determinação é útil no diagnóstico de tireotoxicose neonatal. Ensaios biológicos para a avaliação da atividade estimuladora dos anticorpos dependem do uso de culturas celulares e não estão disponíveis na maioria dos serviços laboratoriais. Rotineiramente, esses anticorpos são avaliados por ensaios imunoenzimáticos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LOPES, Antonio Carlos. Tratado de Clínica Médica, 3ª edição. Roca, 10/2015.</p>
9	B	<p>Por que a causa básica do óbito que desencadeou todos os eventos culminando com a morte do paciente fora a Cirrose Hepática Alcólica que desencadeou a Hipertensão Portal, as varizes de esôfagos que romperam levando ao Choque Hipovolêmico e conseqüente óbito.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 54</p>
10	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>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cecil, Tratado de medicina interna/editado por Lee Goldman, Dennis Ausiello. 22ª edição. Capítulo 260, pg 1830.</p>
11	B	<p>a. INCORRETA. A sulfasalazina não se presta ao tratamento de queimaduras e sim a doenças inflamatórias do trato gastrointestinal e reumatológicas</p> <p>b. CORRETA. de ação da sulfadiazina de prata dá-se pela ação dos íons prata que precipitam proteínas na parede celular da bactéria, exercendo ação bactericida imediata e bacteriostática tardiamente, pela liberação lenta dos íons prata.</p> <p>c. INCORRETA. Alginato de cálcio é contraindicado para o tratamento tópico das queimaduras por manter o meio úmido e favorecer a proliferação bacteriana.</p> <p>d. INCORRETA. Não se utiliza pomadas e cremes a base de antibióticos tópicos que possam causar resistência bacteriana e o mecanismo de ação da neomicina não é o que foi citado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cecil – Medicina Interna. 23ª Ed. Elsevier. P. 916-20. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Feridas cutâneas. A escolha do curativo adequado.v.35.n3.mai/jun2008. P.203-6.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
12	A	<p>a. CORRETA. O nervo facial é responsável pela inervação dos músculos mímica facial, pelo paladar nos 2/3 anteriores da língua, pela salivação (com exceção da glândula parótida) e lacrimejamento. Age na estimulação das glândulas lacrimal, submandibular e sublingual, bem como na membrana mucosa do nariz, palato duro e mole. É responsável pela gustação dos 2/3 anteriores da língua, do palato duro e mole. Por último, é responsável pela sensibilidade geral da pele atrás da orelha externa, pequena área de pele atrás da orelha, parede do meato acústico e da membrana timpânica externa com suplementação do nervo mandibular.</p> <p>b. INCORRETA: A alternativa está errada por dois motivos: primeiro pelo fato de escrever apenas a paralisia motora dos músculos faciais da parte inferior, o que não é característica do nervo facial, pois ele inerva os músculos do quadrante inferior e superior da hemiface ipsilateral e a incapacidade de olhar para baixo quando o olho é aduzido é função do músculo oblíquo superior inervado pelo quarto par craniano, nervo troclear.</p> <p>c. INCORRETA: pelo fato de descrever a paralisia motora dos músculos faciais da parte superior do lado contralateral, é sabido que a inervação pelo nervo facial é de toda hemiface ipsilateral. Além disso, a perda da audição unilateral progressiva pode se dever a outros fatores, que não exclusivamente a lesão de nervos cranianos.</p> <p>d. INCORRETA: por descrever a inervação da hemiface contralateral, no momento que a inervação é da hemiface ipsilateral e, ptose e pupila dilatada são sinais clínicos de lesão do terceiro par craniano, nervo oculomotor e fibras simpáticas do gânglio cervical superior.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Guyton AC. Tratado de fisiologia médica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. Nunes MI, Marrone ACH. Semiologia neurológica. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002</p>
13	D	<p>a. INCORRETA: pois apesar da gravidade da lesão estar correta, o músculo comprometido não é o deltoide.</p> <p>b. INCORRETA: pois lesão grau II, conforme citado no enunciado, corresponde a ruptura parcial e não a estiramento.</p> <p>c. INCORRETA: tanto na gravidade da lesão como no tendão comprometido.</p> <p>d. CORRETA: pois é uma lesão comum em trabalhadores que exercem suas funções trabalhando com abdução de ombro por tempo prolongado (ex: escrever em quadro negro), e apresentam com frequência tendinites ou lesões de tendão de supraespinhoso por compressão no espaço subacromial. No caso desse paciente, correto também a gravidade da lesão, grau II, que representa ruptura parcial.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MOORE, K.L. Anatomia orientada para a clínica, 6ªED, GUANABARA KOOGAN. SIZINIO, H. Ortopedia e Traumatologia: princípios e prática. 4.ed. Porto Alegre, Artmed. MAGEE, D.J. Avaliação Musculoesquelética. 5a edição, São Paulo: Editora Manole.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
14	D	<p>a. INCORRETA. SCQ= 36%</p> <p>b. INCORRETA. Reposição deve ser feita com Ringer ou Ringer Lactato ou Solução Fisiológica NAACL 0,9%</p> <p>c. INCORRETA. SCQ = 36%. Reposição deve ser feita com Ringer ou Ringer Lactato ou Solução Fisiológica NAACL 0,9%</p> <p>d. CORRETA. SCQ calculada pela regra dos 9, fórmula de Parkland: 4x SCQ x Peso. Sendo 4 x 36 x 70 = 10080 ml de Ringer, a primeira metade nas 8hs iniciais e a outra nas 16 subsequentes</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: TOWNSEND, C. M.; EVERS, B. M.; BEAUCHAMP, R. D. & MATTOX, K. L. - SABISTON Textbook of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 18th ed, Saunders Elsevier, 2007.</p>
15	C	<p>a. INCORRETA: a sensibilidade é a característica inerente ao teste em que ele é capaz de detectar os resultados positivos sendo estes de fato positivos.</p> <p>b. INCORRETA: acurácia é a capacidade de um teste em medir corretamente o que deveria medir.</p> <p>c. CORRETA: confiabilidade é a capacidade do teste em fornecer resultados estáveis em diferentes aferições. O que se encaixa na descrição do enunciado.</p> <p>d. INCORRETA: o VPP é probabilidade de um teste em medir corretamente um resultado positivo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gordis, L. Epidemiology Ed Revinter, 4ª. Edição. 2010 Rio de Janeiro.</p>
16	A	<p>Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para Manejo da Asma - 2012 e o Global Initiative For Asthma (GINA 2016) o quadro clínico é classificado como asma não controlada, por apresentar sintomas diurnos, sintomas/despertares noturnos, uso de medicação de resgate, limitação de atividades, mesmo que se desconheçam dados de espirometria. Portanto, é necessário "step up" de medicações inalatórias, testar técnica inalatória, identificar e afastar fatores agravantes (controle ambiental e tabagismo passivo – pai tabagista), e reavaliação breve. Beta 2 agonista de longa duração deve ser usado no tratamento de manutenção e associado ao corticóide inalatório.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GINA 2016 - Global Initiative For Asthma – disponível em http://ginasthma.org/2016-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para Manejo da Asma – 2012 – disponível em www.jornaldepneumologia.com.br</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
17	B	<p>a. INCORRETA: O Lúpus eritematoso sistêmico não tem seus critérios clínicos diagnósticos preenchidos;</p> <p>b. CORRETA: A paciente acima preenche os critérios clínicos para Artrite reumatoide: artrite simétrica de pequenas e grandes articulações; duração prolongada; provas inflamatórias positivas e a presença do anti PCC;</p> <p>c. INCORRETA: A artrite gotosa não apresenta a característica de acometimento poliarticular e crônico, na sua fase inicial;</p> <p>d. INCORRETA: A febre reumática acomete pacientes mais jovens do que do caso clínico apresentado (<21 anos); tem acometimento assimétrico articular, preferencialmente pelas articulações dos membros inferiores; o acometimento é oligoarticular e não tem características de rigidez matinal prolongada e o anti peptídeo citrulinado cíclico é negativo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Samara HA, Ximenes AC. Tratado Brasileiro de Reumatologia. 1ª. ed.São Paulo:Atheneu;2015</p>
18	C	<p>Paciente vítima de trauma abdominal fechado, associado à trauma crânio-encefálico grave, com perda da consciência, deve ser criteriosamente avaliado com tomografia computadorizada de abdômen. Nesta questão, apesar de existir trauma de víscera sólida (fígado e baço) de baixa complexidade (grau I), há líquido livre na cavidade peritoneal. Como a avaliação do exame clínico abdominal está prejudicada pela inconsciência do paciente, o mesmo precisa ser operado para descartar lesões de vísceras ocas, contra-indicando tratamento conservador mesmo em pacientes estáveis.</p> <p>As alternativas A e D estão justificadas pela explicação acima.</p> <p>Na alternativa B não há indicação de paracentese diagnóstica em vítimas de trauma, e eventualmente há indicação de lavado peritoneal diagnóstico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: ATLS - Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos - 9ª Edição – 2014 ATUALIZAÇÃO EM CIRURGIA GERAL, EMERGÊNCIA E TRAUMA 9 Rasslan, S. & Birolini, D. – Atualização em Cirurgia Geral, Emergência e Trauma V. São Paulo. 2015</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
19	C	<p>a. INCORRETA: Este é o princípio do caráter substitutivo, onde o foco nas doenças é substituído por novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde.</p> <p>b. INCORRETA: O princípio da multiprofissionalidade na atenção básica define quem são os constituintes da equipe: enfermeiro, médico generalista, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde</p> <p>c. CORRETA: A USF trabalha com um território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento desta população. Recomenda-se que a equipe seja responsável, por no máximo, 4000 pessoas.</p> <p>d. INCORRETA: Neste princípio deve-se atentar para a identificação do perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes, e pressupondo envolvimento hierarquizado dos diferentes níveis de complexidade do sistema, através da referência e da contra referência.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à saúde da família. Diretrizes e fundamentos. Módulo político gestor. Elizabeth Niglio de Figueiredo. UNA-SUS Unifesp. Pg 56. Pode ser consultado em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_5.pdf.</p>
20	C	<p>a. INCORRETA: apesar de ser uma patologia que acomete também adultos jovens com predomínio de 15 a 30 anos, a EDA e Colonoscopia não apresentam alterações e a histologia não mostra granuloma epiteloide não caseoso, característico de Doença de Crohn. Portanto descaracterizando doença de Crohn. Referência: Atualização terapêutica, 2014, Página 284.</p> <p>b. INCORRETA: apesar de no enunciado relatar que a paciente fez aleitamento materno exclusivo somente até o primeiro mês de vida e que, apesar de os sintomas existirem desde a infância, apresentando períodos de remissão com recidiva dos sintomas, e de termos observados a histologia da mucosa do duodeno proliferação linfoide intraepitelia de 30% das células locais, com hiperplasia das criptas e atrofia vilositária (Marsh IV), sendo estes 3 padrões em comum com Doença Celíaca (DC), apesar destas características serem mais favoráveis, por serem mais intensas a DC. Além do que, não foi observada a presença de HNL, tanto na histologia da EDA quanto da Colonoscopia. Porém, o mais relevante é a presença de marcadores de anticorpos positivos para antiendomísio e antitransglutaminase. Referência: Atualização terapêutica 276-280 e Manual de alergia Alimentar pag 147-152.</p> <p>c. CORRETA: a presença de marcadores de anticorpos antiendomísio e antitransglutaminase tecidual classe IgA, apresentam respectivamente sensibilidades e especificidade nos adultos de: (87% a 89% e 99%) e (92% a 100% e 91% a 100%), quando associados ao achado histopatológico de 30% de linfócitos intraepiteliais, hiperplasia das criptas e atrofia vilositária (Marsh III), seja leve, moderada ou total, apesar de não ser patognomônico, apresenta grande evidência de doença celíaca. Lembrando que todos estes exames estão previstos pela tabela do SUS, desde 18 de Setembro de 2009, publicado no Diário Oficial da União. Referência: Atualização terapêutica, 2014, Página 282.</p> <p>d. INCORRETA: a RCUI está restrita ao Colón e reto. Referência: Atualização terapêutica, 2014, Página 282.</p> <p>Obs.: Não foi falado em momento algum no enunciado sobre os testes de supressão ou de desencadeamento aberto com lactose ou glúten, seguidos de avaliações clínica, endoscópica e histopatológica, para dificultar o diagnóstico sem deixar dicas. Assim como o teste de predisposição genética para doença Celíaca, os: HLA-DQ2 e HLA-DQ8. Teste estes muito utilizados na Europa e recomendados pela European Society of Pediatric Gastroenterology (ESPGHAN), porém não disponibilizados na</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>nossa rede pública (Tabela SUS), sendo de alto custo, inviabilizando o mesmo e considerando o seu elevado valor preditivo negativo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Prado, F. C.; Ramos, O.L.; Valle JR. atualização Terapeutica. 25o ed. Médicas A, organizador. Borges, Durval Rosa; 2014. 280-282 p.</p> <p>Sabra A. Manual de Alergia Alimentar. 3o ed. Sabra A, organizador. Rio de Janeiro: Rubio; 2015. 127-145 p.</p>
21	A	<p>a. CORRETA: Os sintomas de refluxo gastroesofágico (RGE) em pacientes com esôfago de Barrett (EB) podem ser controlados com dose habitual de IBP (1 vez ao dia) e em alguns casos com dose dupla ou cirurgia antirrefluxo (recomendação grau A). Os resultados a longo prazo da cirurgia antirrefluxo, especialmente em pacientes com EB, são desalentadores, com recidiva de sintomas de 20 a 60%.</p> <p>b. INCORRETA: Os bloqueadores H2 inibem a secreção ácida nas células parietais de forma reversível e possuem uma efetividade de 65% contra os 90% dos IBPs.</p> <p>c. INCORRETA: Estudos baseados em revisão sistemática de literatura concluiu que o IBP (dose plena) é eficiente no controle da queixa clínica dos pacientes, não sendo necessário a associação com prócinético;</p> <p>d. INCORRETA: O aumento da proteção da barreira mucosa no estomago pelo IBP não depende do aumento da dose. O seguimento de pacientes com EB – displasia de baixo grau, é feito apenas com endoscopia digestiva alta. Não há necessidade da phmetria e manometria esofágica</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>1. Lima JCP, Lopes CV, Santos CEO, Kupski C, Saul C, Torresini RJS, et al. Esôfago de Barrett. Projeto Diretrizes - SOBED 2013 (http://sobed.org.br/wp-content/uploads/2013/10/EsofagodeBarret/pdf)</p>
22	D	<p>a. INCORRETA: Birrads II não se faz investigação invasiva.</p> <p>b. INCORRETA: Trata-se de descrição de Birads III e a conduta para nódulos suspeitos é a investigação com biópsia e a seguir, confirmando-se a malignidade, a quadrantectomia ou setorectomia.</p> <p>c. INCORRETA: A descrição radiográfica é de Birads III. Não se faz biópsia incisional a céu aberto nem retirada isolada de linfonodos axilares.</p> <p>d. CORRETO: A descrição radiográfica é de Birads V. Necessita investigação</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>CECIL MEDICINA – Goodman L & Ausiello, D. 23 edição adaptado a realidade brasileira. 23ª edição. Elsevier Saunders. Rio de Janeiro. 2009. Capítulo 431. pg 849/70</p> <p>Robins e Cotran. Patologia Estrutural e Funcional. Neoplasias do intestino grosso. 3ª Ed.</p> <p>Artigo "Classificação BI-rads: categorização de 4968 mamografias. Em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842002000400005;</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
23	C	<p>a. INCORRETA. A imunização deverá ser feita mesmo nas pessoas que já tiveram coqueluche, a doença pode conferir imunidade duradoura, mas não permanente. (Ref.: Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014).</p> <p>b. INCORRETA. A imunidade não é permanente; após 5 a 10 anos, em média 7anos, da última dose da vacina, a proteção pode ser pouca ou inexistente. (Ref.: Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014).</p> <p>c. CORRETA. Outra estratégia utilizada na prevenção da coqueluche é vacinar todas as gestantes com a vacina do tipo adulto – dTpa. Essa vacina deverá ser administrada a cada gestação, a partir da 27^a a 36^a semanas de gestação, preferencialmente, podendo ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto. É de fundamental importância a vacinação dos profissionais de saúde que atuam em maternidades e em unidades de internação neonatal, atendendo recém-nascidos e crianças menores de 1 ano. (Ref.: Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014).</p> <p>d. INCORRETA. Para obter uma real cobertura vacinal, a vacinação deve contemplar também adultos e não apenas crianças. O esquema de vacinação completo da dupla adulto é de três doses (devendo ser reforçada a cada intervalo de dez anos) podendo ser tomada a partir dos 10 anos de idade. (Ref.: Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Coqueluche: revisão atual de uma antiga doença - Fabrizio Motta, Juarez Cunha – 2012. Portal Brasil (http://www.brasil.gov.br/) Guia de Vigilância Epidemiológica 7^a edição Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)</p>
24	C	<p>Paciente com vida sexual ativa, apresentando dor pélvica sem causa aparente e com um a dois critérios mínimos de DIPA: Sensibilidade do colo uterino, dor à mobilização uterina, ou dor ao toque de anexos (a paciente do caso apresenta os três), já tem indicação para início do tratamento de DIPA, segundo o CDC (2015), soma-se a isso, a presença de critérios adicionais que reforçam o diagnóstico: secreção purulenta exteriorizando-se pelo orifício externo do colo uterino e temperatura maior que 38,3°C</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: CDC. Guideline STD, 2015</p>
25	B	<p>Trata-se de paciente com transtorno de ansiedade, apresentando critérios transtorno de ansiedade generalizada pelo fato dos sintomas compatíveis com transtorno de pânico não se instalarem abruptamente, alcançando pico em 10 minutos. Nessa paciente, a associação de BZD para tratar os sintomas ansiosos, inclusive a insônia, com ISRS é apropriada. Os BZD devem ser mantidos por 8-12 semanas, período de latência dos ISRS.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LOUZÃ NETO, MR; ELKIS, H (Org.). Psiquiatria Básica. 2^a ed. Porto Alegre: ArtMed, 2007.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
26	D	<p>a. INCORRETA. Pois a digoxina apesar de melhorar sintomas cardíacos como dispneia, pelo efeito inotrópico positivo, não altera mortalidade.</p> <p>b. INCORRETA. Captopril não é uma medicação de dosagem única diária.</p> <p>c. INCORRETA. Não há estudos científicos que embasem a utilização do atenolol em quadros de insuficiência cardíaca com fração reduzida, melhor opção carvedilol.</p> <p>d. CORRETA. Tanto a furosemida quanto a bumetanida associados a tiazídicos podem trazer sinergismo benéfico ao tratamento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica 2012. pg. 9-14.</p>
27	A	<p>a. CORRETA: O método da lactação e amenorreia é muito eficaz quando usado corretamente (IP:0,5 em cada 100)</p> <p>b. INCORRETA: contra-indicação relativa</p> <p>c. INCORRETA: contra-indicação relativa</p> <p>d. INCORRETA: contra-indicação relativa</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BARACAT, E.C. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Unifesp- Escola Paulista de Medicina. Ginecologia. Editora Manole, 2006.</p>
28	A	<p>a. CORRETA: na glomerulonefrite aguda o edema está relacionado a diminuição da filtração glomerular e aumento da reabsorção tubular de sódio</p> <p>b. INCORRETA: o aumento do líquido intersticial pode estar presente mas não é a causa da hipertensão arterial</p> <p>c. INCORRETA: a osmolaridade sérica não tem relação com aumento da pressão arterial</p> <p>d. INCORRETA: na glomerulonefrite existe diminuição da filtração glomerular.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cole BR Salinas-Madrigal L. Acute proliferative glomerulonephritis and a crescentic glomerulonephritis In: Avner ED, Harmon W, Niaudet P, Yoshikawa N. Ed. Pediatric Nephrology, 6ed. Williams & Wilkins. Baltimore, 2009.</p>
29	B	<p>Sugere-se avaliar anualmente, durante cinco anos, todos os contatos não doentes, quer sejam familiares ou sociais. Após esse período os contatos devem ser liberados da vigilância, devendo, entretanto, serem esclarecidos quanto à possibilidade de aparecimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos da hanseníase.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
30	D	<p>A constipação está presente em aproximadamente 30% das crianças escolares. Na conduta terapêutica atual, quando se nota a presença do fecaloma ao exame físico ou em exames de imagem a conduta obrigatória é a desimpactação que deve ser feita por enema pela melhora mais rápida. A reeducação alimentar é mandatória pois em 95% dos pacientes a constipação é funcional apenas. O uso de bisacodil não é recomendado em crianças.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. <i>Pediatria Baseada em Evidências</i>. 1 ed. E-book. Porto Alegre. Editora Manole; 2016 Sociedade Brasileira de Pediatria. <i>Tratado de Pediatria</i>, 4 ed. São Paulo. Editora</p>
31	C	<p>A foliculite em nádegas é normalmente ocasionada por infecções por <i>Staphylococcus</i> que habitualmente colonizam as narinas do paciente ou de seus familiares. A conduta em quadros recidivantes é a utilização de mupirocina tópica em embrocação nasal. A neomicina não deve ser utilizada nestes casos por não apresentar eficácia e ser um sensibilizante potente, onde 10% da população apresenta alergia a neomicina durante o seu uso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. <i>Pediatria Baseada em Evidências</i>. 1 ed. E-book. Porto Alegre. Editora Manole; 2016 Sociedade Brasileira de Pediatria. <i>Tratado de Pediatria</i>, 4 ed. São Paulo. Editora Manole, 2016</p>
32	D	<p>a. INCORRETA (O beta-2 agonista de curta duração deve ser mantido a cada 1-2 horas, mas crise grave necessita de beta-2 agonista de curta duração em doses maiores, há indicação do uso do corticoide e do brometo de ipratrópio).</p> <p>b. INCORRETA (O beta-2 agonista de curta duração deve ser mantido a cada 1-2 horas, o corticoide está indicado), mas há indicação para o início do brometo de ipratrópio).</p> <p>c. INCORRETA (O beta-2 agonista de curta duração deve ser mantido a cada 1-2 horas, mas crise grave necessita de beta-2 agonista de curta duração em doses maiores, o corticoide indicado é a prednisolona ou prednisona 1-2mg/kg/dia, pois a paciente está alerta e não há benefício adicional com o uso da via endovenosa e a dose do brometo de ipratrópio deve ser 20 gotas por dose).</p> <p>d. CORRETA (Paciente em crise grave, sem resposta com o resgate, necessita do corticoide com preferência pela via oral e do brometo de ipratrópio (20 gotas por dose)).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GLOBAL INICIATIVE FOR ASTHMA. From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA 2014. Disponível em: <http://www.ginasthma.org> Acesso em: 20 mar. 2016.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
33	B	<p>a. INCORRETA: Indicações para filtro de veia cava inferior: Pacientes que apresentam complicações hemorrágicas graves decorrentes do uso de anticoagulantes; Ocorrência de embolia pulmonar ou progressão da trombose em vigência de AC adequada ou incapacidade de alcançar e manter AC adequada; Pacientes submetidos à embolectomia pulmonar por embolia maciça; Indicações mais raras incluem os êmbolos sépticos e as embolias paradoxais.</p> <p>b. CORRETA: A rivaroxabana pode ser utilizada como monoterapia ambulatorial.</p> <p>c. INCORRETA: A varfarina nunca deve ser iniciada como monoterapia pois apresenta efeito procoagulante no início, além de levar alguns dias para se obter níveis terapêuticos de INR.</p> <p>d. INCORRETA: A trombectomia venosa só deve ser realizada em casos gravíssimos com trombose iliofemoral maciça.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BERTANHA M et al. Procedimentos de Interrupção Venosa na Trombose Venosa Profunda e na Embolia Pulmonar. In:MAFFEI FHA et al. Doenças Vasculares Periféricas, 5ª edição. Guanabara Koogan; 09/2015. MAFFEI FHA, ROLLO HA, LASTORIA S. Tratamento Anticoagulante das Tromboses Venosas. In:MAFFEI FHA et al. Doenças Vasculares Periféricas, 5ª edição. Guanabara Koogan; 09/2015. MAFFEI FHA, ROLLO HA. Trombose Venosa Profunda dos Membros Inferiores Incidência, Patogenia, Patologia, Fisiopatologia e Diagnóstico. In:MAFFEI FHA et al. Doenças Vasculares Periféricas, 5ª edição. Guanabara Koogan; 09/2015.</p>
34	A	<p>O Protocolo do MS 2015 diz que adolescente mais 45 Kg DEVE FAZER: Profilaxia DST NÃO VIRAIS: Sífilis com Penicilina Benzatina 2,4 milhões, 1 amp. IM; Inf Clamidia com Azitromicina 1g v.o.; Gonococo com Ceftriaxone 500 mg I.M; TRICOMONIASE com Metronidazol 2g vo. Postergar uso de Metronidazol, para profilaxia de Tricomoníase, se houver uso de contracepção de emergência com levonogestrel.</p> <p>Profilaxia HIV com Tenofovir/Lamivudina + Atazanavir/ritonavir por 28 dias. A nevirapina (NVP) está formalmente contraindicada em esquemas de PEP para adultos e adolescentes devido ao risco de efeitos adversos graves, tais como hepatotoxicidade, já relatados na literatura entre adultos não infectados pelo HIV. A preferência por tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) nos casos de PEP é baseada em dados comparativos de estudos de terapia antirretroviral, de Profilaxia Pré-exposição (PrEP) e de PEP.</p> <p>Além disso, estudos randomizados comparando TDF+3TC e AZT+3TC como parte do esquema de primeira linha da terapia antirretroviral identificaram um risco inferior de descontinuação do tratamento e de efeitos adversos. Em relação à escolha da terceira droga do esquema de PEP, as evidências científicas são menos claras. Dez estudos avaliaram lopinavir/ritonavir (LPV/r) atazanavir/r (ATV/r), darunavir/r (DRV/r) e raltegravir (RAL) como parte da profilaxia com três drogas.</p> <p>Tamanhos amostrais pequenos e baixa qualidade dos estudos não permitiram chegar a uma preferência clara entre esses medicamentos.</p> <p>CONTRACEPÇÃO EMERGENCIA. A possibilidade de concepção em um coito desprotegido em qualquer fase do ciclo menstrual e de 2% a 4%, sendo esse risco aumentado no período fértil. Recomenda-se, como primeira escolha, o uso de progestagênio puro (levonorgestrel 0,75 mg/comprimido, 2 comprimidos, VO, dose única, ou 1 comprimido, VO, a cada 12 horas). O método de Yuzpe, segunda opção, consiste na administração oral da associação de estrogênios e progestagênios</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.</p> <p>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.120 p.</p> <p>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. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.</p> <p>Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.</p> <p>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. 2015. 54p.</p> <p>Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.</p>
35	D	<p>a. INCORRETA: Os dados clínicos apresentados e o uso de gentamicina não sugerem nefrite intersticial aguda. Pela ausência de reações de hipersensibilidade tais como rash cutâneo, febre e a presença de leucocitúria, ou eosinófilos na urina.</p> <p>b. INCORRETA: A lesão renal aguda pré-renal decorre de redução da volemia e os dados apresentados na anamnese não referem perda volêmica tais como diarreia, vômitos, perda sanguínea, o paciente apresenta-se hidratado, com pressão arterial e frequência cardíaca normal.</p> <p>c. INCORRETA: A história clínica e os exames laboratoriais não sugerem glomerulonefrite aguda. Não há referencia de aparecimento súbito de edema, hematuria ou hipertensão arterial e o exame de urina não apresenta hematuria que caracterize a glomerulonefrite aguda.</p> <p>d. CORRETA: A história apresenta um paciente de risco para nefrotoxicidade por aminoglicosídeo: idoso, fez uso por 7 dias de gentamicina. Além da redução do volume urinário, elevação de ureia e creatinina e um exame de urina com leve proteinúria sem leucocitúria ou hematuria, o que sugere necrose tubular aguda.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Kidney Disease: Improving Global Outcomes. KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney IntSuppl 2012; 2 (Suppl 1)</p> <p>Miguel Carlos Riella - Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos, 5ª edição, 2010.</p>
36	D	<p>a. INCORRETA: a presença de hematuria deve ser sempre investigada</p> <p>b. INCORRETA: o US normal não descarta doença glomerular</p> <p>c. INCORRETA: a presença de dismorfismo representa perda glomerular</p> <p>d. CORRETA: a presença de dismorfismo – células alvos- associado a proteinúria é sugestivo de lesão glomerular</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Radiologic evaluation of hematuria: guidelines from the american college of radiology's Appropriateness Criteria Peter L. Choyke, National Cancer Institute< Bethesda, Maryland. Am Fam Physician</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
37	A	<p>a. CORRETA: AVCs na distribuição da artéria cerebral média (ACM) são o tipo mais comum de AVC focal, causando aproximadamente dois terços de todos os infartos cerebrais. O quadro clássico de oclusão do tronco da ACM é fraqueza contra-lateral e perda sensitiva na face e no membro superior e hemianopsia homônima no lado da fraqueza, poupando relativamente o membro inferior. Inicialmente pode haver depressão da consciência e desvio do olhar para o lado da lesão. Nos destros o paciente pode não conseguir entender a fala dos outros nem produzir fala com sentido.</p> <p>b. INCORRETA: Vide justificativa acima</p> <p>c. INCORRETA: Vide justificativa acima</p> <p>d. INCORRETA: Vide justificativa acima</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: CECIL MEDICINA – Goodman L & Ausiello, D. 23 edição adaptado a realidade brasileira. 23ª edição. Elsevier Saunders. Rio de Janeiro. 2009. Capítulo 431. pg 3133.</p>
38	A	<p>a. CORRETA: Atende aos critérios diagnósticos da Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da síndrome metabólica.</p> <p>b. INCORRETA: Índice de massa corpórea e acantose nigricans não estão incluídas entre os critérios diagnósticos da Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da síndrome metabólica.</p> <p>c. INCORRETA: Colesterol total não está incluído entre critérios diagnósticos da Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da síndrome metabólica</p> <p>d. INCORRETA: Acantose nigricans e obesidade não estão incluídas entre os critérios diagnósticos da Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da síndrome metabólica</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. Arq Bras Cardiol. 2005; 84 (supl 1): 1-28.</p>
39	B	<p>Este paciente tem dor precordial intensa e está com infarto agudo do miocárdio demonstrado no ECG pelo supradesnivelamento do segmento ST. Entretanto, um número expressivo de pacientes se apresenta na fase superaguda do IAM com ECG absolutamente normal ou com alterações inespecíficas, sendo mandatório para este subgrupo um período maior de observação para a definição diagnóstica. A administração das drogas trombolíticas por via venosa é um procedimento seguro e simples de ser realizado, e comprovadamente eficaz na diminuição da mortalidade e das complicações do IAM. As contraindicações absolutas: Sangramento interno em atividade (exceto menstruação); Suspeita de dissecação aórtica; Neoplasia intracraniana conhecida. História de acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico em qualquer tempo; outros AVE ou eventos cerebrovasculares no último ano.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Diretrizes para o tratamento do IAM. Revista Brasileira de Cardiologia. Disponível em: http://www.rbconline.org.br/artigo/diretrizes-para-o-tratamento-do-iam/ Acesso em 29/08/2016.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
40	D	<p>a. INCORRETA: a ausculta respiratória não é compatível com bronquiectasia, na qual é esperado encontrar crepitações inspiratórias e expiratórias fixas.</p> <p>b. INCORRETA: o quadro clínico/exame físico não é tão compatível com pneumonia.</p> <p>c. INCORRETA: asma isoladamente não cursa com perda de peso e é raro cursar com baquetamento digital. A ausculta pulmonar não é compatível com asma.</p> <p>d. CORRETA, No caso apresentado, baseando-se em aspecto epidemiológico/clínico e radiológico, o mais provável seria tratar-se de adenocarcinoma. Segundo as recomendações da American College of Chest Physicians e a American Society of Clinical Oncology: Tabagistas entre 55 e 74 anos, com carga tabagística de pelo menos 30 anos/maço, que ainda fumam ou que deixaram de fumar há menos de 15 anos, devem ser orientados a realizar LDCT anualmente, desde que as condições de análise da tomografia e de investigação e tratamento das lesões sejam adequadas (Grau de evidência: 2B).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med 2011; 365:395-409. Portal:INCA (Instituto Nacional do Câncer): http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao/diagnostico1</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 aplástica e a anemia hemolítica não apresentam quadro neurológico associado.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 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 paciente apresenta sinais de desidratação compatível ao Plano B, de acordo com o Ministério da Saúde podendo envolver 2 ou mais a seguir: irritabilidade, olhos fundos, choro sem lágrimas, avidez por água, sinal da prega desaparece lentamente, pulso cheio. A conduta ideal seria administrar Soro de Reidratação Oral (50 a 100ml/kg) administrados em 4-6 horas até que desapareçam os sinais de desidratação.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde nº 28, Vol.II, 2012. Páginas 58 e 59 Urgências Clínicas e Cirúrgicas em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas. 1 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2004, v. 1, p. 233-256.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
43	C	<p>a. INCORRETA: esta alternativa apresenta a medicação correta, porém a concentração e o intervalo de aplicação estão incorretos</p> <p>b. INCORRETA: esta alternativa apresenta a medicação correta, a concentração correta, porém o intervalo e tempo de uso estão incorretos</p> <p>c. CORRETA: Esta alternativa apresenta a medicação, a concentração a dose e o tempo de uso corretos.</p> <p>d. INCORRETA: Esta alternativa apresenta a medicação correta, o intervalo de uso correto, porém a dose está incorreta.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Dermatoses Parasitárias na Infância. Leide Parolin Marinoni e Jandrei Rogério Markus. In; Tratado de Pediatria. SBP. Organizadores: Dioclécio Campos Júnior, Dennis Alexandre Rabelo Burns. 3 ed. Barueri, SP: Manole – 2014.p: 853-855.</p>
44	B	<p>O eletrocardiograma demonstra bradicardia sintomática decorrente de bloqueio do átrio ventricular de terceiro grau. Deve ser tratado com estimulação elétrica artificial (marca-passo).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Duncan BB, Schmit MA & Giubliani MS. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.</p>
45	D	<p>Questão aborda conhecimentos sobre a vacinação para difteria-tétano-coqueluche durante o pré-natal.</p> <p>Segundo o calendário vacinal, nessa situação está preconizada a letra D.</p> <p>“Gestantes que receberam uma dose com os componentes difteria, tétano e coqueluche há menos de dez anos, aplicar uma dose de dTpa em cada gestação”</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Calendário Nacional de Vacinação. Ministério da Saúde, 2016.</p>
46	C	<p>a. INCORRETA: O nível de urobilinogênio deve ser normal, já que se trata de um defeito na conjugação da bilirrubina e não na produção de bilirrubina;</p> <p>b. INCORRETA: O nível de bilirrubina conjugada está abaixo do normal, com aumento na não conjugada ou indireta;</p> <p>c. CORRETA: O nível de bilirrubina indireta ou não conjugada aumentada, associado a valores de transaminases pouco alterados, são sugestivos de Síndrome de Gilbert, que é um transtorno genético que reduz a captação de bilirrubina não conjugada pelo hepatócito, pela redução de 60-70% da enzima responsável pela conjugação da bilirrubina;</p> <p>d. INCORRETA: O nível de bilirrubina direta está baixo, portanto é incompatível com obstrução pós-hepática.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Duncan BB, Schmit MA & Giubliani MS. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
47	B	<p>Segundo Zugaib (capítulo 34, página 633):</p> <p>“Existem várias classificações para as síndromes hipertensivas na gestação. As mais citadas na literatura são variantes da classificação inicial de Hughes, de 1972 (adotada pelo American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG, no mesmo ano). Nessa classificação define-se:</p> <p>Pré-eclâmpsia: desenvolvimento de hipertensão arterial, com proteinúria significativa e/ou edema de mãos e face que ocorre após 20 semanas. Era considerada hipertensa a mulher com pressão arterial sistólica de pelo menos 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica de pelo menos 90 mmHg. A proteinúria significativa era definida como pelo menos 0,3 g/L em urina de 24hs ou de pelo menos 1+ pelo método quantitativo de fita.</p> <p>(...)</p> <p>Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia associada à hipertensão arterial crônica: aparecimento de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia em paciente com antecedente de hipertensão arterial crônica.”</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>ZUGAIB, Marcelo e FRANCISCO, Rossana PV. Zugaib Obstetrícia. 3 ed. São Paulo: Manole, 2016.</p>
48	A	<p>Esta paciente apresenta dengue, embora inicialmente o teste rápido tenha sido negativo. O isolamento viral; realizado a partir de amostras de sangue, derivados ou tecidos coletados nos primeiros 5 dias após o início da febre, sendo importante para a identificação do sorotipo viral circulante.</p> <p>Evoluiu com todos os sintomas característicos da doença: febre elevada, mialgia, dor retro ocular e exantema. A notificação deve ser realizada semanalmente para os casos e imediatamente para os óbitos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_bolso_5ed2.pdf</p> <p>ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/DNC2016_NAC_Port204_205_17022016_Monitoramento_Unidades_Sentinelas.pdf</p> <p>http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf</p>
49	C	<p>a. INCORRETA. Tetraciclina é um inibidor de proteínas bacterianas, com ação bacteriostática, não sendo escolha para tratamento de pielonefrite.</p> <p>b. INCORRETA. Nitrofurantoína não atinge boas concentrações plasmáticas no sistema urinário.</p> <p>c. CORRETA. Opções terapêuticas de escolha são: aminoglicosídeos (amicacina), fluoroquinolonas (ciprofloxacino), e carbapenêmicos (meropenem ou imipenem).</p> <p>d. INCORRETA. Eritromicina é bacteriostático e não atinge boas concentrações no sistema urinário.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Barros E, Giorgio CO, Eick RG, Thomé FS. Infecção do Trato Urinário. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Cap. 139.</p> <p>Gupta K, Trautner BW. Urinary Tract Infections, Pyelonephritis, and Prostatitis. In: Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th ed. 2013. Chapter 288. pg. 2387-2395.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
50	D	<p>Questão exige correlação anatomoclínica/conhecimento topográfico do nível de compressão radicular em hérnias disciais. No caso, a diminuição de força muscular apresentada e o teste alterado indicam comprometimento da raiz S1, que sai da coluna entre as vértebras L5 e S1.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GUSSO, G; LOPES, JMC (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática. 2 ed. Artmed. 2012.</p>
51	B	<p>O primeiro gemelar apresenta características de desenvolvimento esperados para a faixa etária de 4 meses a 6 meses. O segundo gemelar apresenta marcos mais específicos do 2º ao 4º mês de vida, porém, iniciando com a presença de aquisições da faixa etária como observação das mãos, não podendo concluir se há ou não um atraso de desenvolvimento, já que desenvolvimento é o resultado da interação ativa e dinâmica entre o indivíduo e o seu contexto histórico, cultural, biológico e social, sendo assim necessário um acompanhamento ambulatorial sequencial avaliando as relações familiares e maternas de forma individualizada. Ainda não há necessidade de uma investigação mais minuciosa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Burns, DA; Campo, D: Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. In: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Vol 2, cap 2, p2452-2455, 2014</p>
52	C	<p>A questão aborda princípios básicos da terapêutica em um paciente com cetoacidose diabética.</p> <p>Nesse caso, a primeira medida a ser tomada é a hidratação do paciente: "O objetivo inicial é a reposição do vol. Extra e intracelular mediante aplicação intravenosa de solução salina isotônica, soro fisiológico 0,9% na velocidade de 15-20 ml/kg/h". Após hidratação inicial e administração de insulina, quando a glicose atingir níveis em torno de 250-300 mg/dl deve-se adicionar a glicose ao fluido intravenoso ou substituir a solução fisiológica pela glicosada.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Lopes, Antonio Carlos, ed. - Tratado de Clínica médica. São Paulo, Roca, 2006. 3v. ilustrado.</p>
53	B	<p>A menor apresenta um quadro prévio de sinusite que vem melhorando com o uso do antibiótico, porém, apresenta intensificação da congestão nasal com uso de descongestionante, apresentando apenas resolução temporária. A clínica e a história é sugestiva de intoxicação por descongestionante nasal que apresenta em sua formulação derivados imidazólicos que estimulam os receptores alfa-2 adrenérgicos periféricos e centrais levando a clínica da menor. O tratamento consiste em medidas de suporte e uso da fentolamina que é um antagonista alfa-adrenérgico</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Burns, DA; Campo, D: Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. In: Intoxicações Exógenas. Vol 2, cap 21, p3030-3031, 2014</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
54	D	<p>a. INCORRETA: BACTEREMIA é condição clínica que não apresenta fenômenos tromboembólicos como sugere o caso. Mas apenas a bactéria circulando no sangue.</p> <p>b. INCORRETA: Sífilis Secundária com comprometimento renal devido presença de manchas em palmas e conjuntiva, febre, hematuria, leucocitose e FR positivo. A Sífilis Secundária com comprometimento renal o paciente apresenta lesões disseminadas na pele (palmas e tronco) com proteinúria e consumo de complemento.</p> <p>c. INCORRETA: Os achados radiológicos ALT BALA CANHAO são típicos de tromboembolismo pela Endocardite e não pela extração dentária. Não é caso de TEP primário, mas é secundário. E também o paciente não tem doença previa causadora de Tromboembolismo.</p> <p>d. CORRETA: Endocardite infecciosa devido á febre, a presença de manchas em palmas e conjuntiva, extração dentária e ás alterações radiológicas pulmonares típicas de Tromboembolismo secundário à Endocardite infecciosa.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MANDEL et al. 2015. Principles Philladelphia: Elsevier. Cap 82. Endocardites and intravascular infetions. P. 1312.</p>
55	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>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf</p>
56	D	<p>A medicação mais adequada é o diazepam para alívio dos sintomas de dependência. A administração de glicose pode precipitar a Síndrome de Wernicke antes da administração de tiamina, portanto não seria uma boa opção. A fenitoina e clorpromazina não são as melhores opções para controle das alucinações, o mais indicado é o haloperidol, entretanto o paciente descrito não apresenta relato de alucinações. Com o valor de 15 nesta escala a conduta adequada é administração do diazepam e mantê-lo em observação. A avaliação deve ser repetida até que os valores sejam inferiores a 10. Ele não tem indicação de internação neste momento.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Br J Addict. 1989 Nov;84 (11):1353-7. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Duncan BB, Schmit MA & Giubliani MS. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 4ed. Porto Alegre:Artmed, 2013.</p>
57	A	<p>A puberdade precoce acelera a maturação óssea fazendo com que a criança se apresente alta para a sua idade cronológica, porém essa aceleração precoce cessa mais cedo fazendo com que o paciente pare de crescer também mais cedo.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Marcondes, Eduardo e cols, Pediatria Básica, Tomo I, editora Savier, 9ª edição. Júnior, Dioclésio Campos e cols, Tatado de Pediatria, Tomo I, SBP, 3ª edição.</p>
58	A	<p>Há incapacidade funcional virtual da matriz uterina para manter a gravidez até o termo</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: NEME, Bussâmara. Obstetrícia Básica. Editora Sarvier,2005.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
59	D	<p>a. INCORRETA:</p> <p>b. INCORRETA:</p> <p>c. INCORRETA: Neste caso não é possível se calcular a incidência, portanto a medida de associação é o odds ratio.</p> <p>d. CORRETA: Como se trata de uma observação do tipo caso/controle, a medida de associação a ser utilizada é o Odds Ratio, pois não é possível se calcular a incidência. Odds creche = 80/20 / Odds casa = 10/40 – OR = (80/20)/(10/40)</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Gordis, L. Epidemiology Ed Revinter, 4ª. Edição. 2010 Rio de Janeiro. 392 p.</p>
60	C	<p>Descrição da lesão corresponde a carcinoma basocelular, bem como localização em paciente com atividade profissional que exigia exposição solar. Conduta exérese com margens apropriadas</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 6ª. edição. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2013. Ramos-e-Silva M, Castro MCR. Fundamentos da Dermatologia. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu; 2009. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th edition. New York: Ed. MacGraw Hill; 2008. Sampaio, SAP; Rivitti, EA. Dermatologia. 3.ed.rev e ampl. São Paulo, 2008.</p>
61	B	<p>a. INCORRETA: Descrição dos adenomas polipóides ou vilosos que são lesões benignas.</p> <p>b. CORRETA: Na maior parte das áreas do adenocarcinoma de colon as células formam glândulas com luz, com perda da diferenciação em células colunares e calciformes com atipias nucleares e mitoses. O tumor infiltra todas as camadas e produz células cribiformes e intensa reação desmoplásica.</p> <p>c. INCORRETA: É a descrição microscópica da retocolite ulcerativa.</p> <p>d. INCORRETA: É a descrição microscópica da tuberculose intestinal.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: CECIL MEDICINA – Goodman L & Ausiello, D. 23 edição adaptado a realidade brasileira. 23ª edição. Elsevier Saunders. Rio de Janeiro. 2009. Capitulo 431. pg 849/70 Robins e Cotran. Patologia Estrutural e Funcional. Neoplasias do intestino grosso. 3ª Ed.</p>
62	C	<p>a. INCORRETA: A depressão tem como sintomas principais tristeza persistente e perda de interesse global e tem múltiplos fatores relacionados a sua gênese;</p> <p>b. INCORRETA: Na síndrome da fadiga crônica a fadiga piora com a atividade física e não está associada a estresse ocupacional;</p> <p>c. CORRETA: A síndrome de burnout está associada a estresse ocupacional crônico e os sintomas são de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal;</p> <p>d. INCORRETA: O transtorno de estresse pós-traumático cursa com revivência episódicas, pesadelos e ansiedade e o quadro é causado por um evento traumático específico.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Mariano SSL, Gonçalves CS, Raya AM. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. Cad. saúde colet. [Internet]. 2014 Dec [acesso em 11 de maio de 2016]; 22(4): 386-392. Disponível em</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000400386&lng=en.</p> <p>Santos AP, Abdalla de Oliveira CT. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. Saude soc. [Internet]. 2012 Mar [acesso em 11 de maio de 2016]; 21(1):129-140. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100013&lng=en.</p>
63	C	<p>Na maioria dos casos de pneumonia comunitária, o patógeno responsável nunca é identificado. Portanto, a normatização recente promulgada pela American Thoracic Society e a Infectious Diseases Society of America enfatizou a necessidade de se iniciar a terapia empírica para pneumonia comunitária logo que possível, baseando-se na idade do paciente, presença de co-morbidade e gravidade da doença. Esta paciente apresenta um caso leve de pneumonia comunitária, portanto deve ser pensado como agente etiológico mais comum o <i>Streptococcus pneumoniae</i>.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File Jr TM, Musher DM, Fine AM. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults: Clin Infect Dis. 2000;31:347-82. UI: 20472074</p> <p>Niederman MS, Bass JB Jr, Cambell GD, Fein AM, Grossman RF, Mandell LA, et al. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. Am Rev Respir Dis. 1993;148:1418-26. UI:94057725</p>
64	D	<p>a. INCORRETA. O mecanismo mais importante para explicar a hipotensão é a insuficiência cardíaca direita.</p> <p>b. INCORRETA. A diferença alveoloarterial é de 57, 23mmHg, portanto está aumentada e não normal.</p> <p>c. INCORRETA. As áreas de alto V/Q, habitualmente compensam as áreas de baixo V/Q, no que diz respeito a PaCO₂, por isso, habitualmente observa-se hipocapnia associada a hipoxemia na tromboembolia pulmonar.</p> <p>d. CORRETA. O aumento agudo da resistência vascular pulmonar em decorrência da obstrução embólica leva ao aumento da pressão arterial pulmonar e ao aumento da pós-carga para o ventrículo direito. Dependendo da extensão da obstrução vascular o ventrículo direito pode evoluir com insuficiência de sua função determinar redução significativa do débito cardíaco, o que levará a hipotensão arterial sistêmica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>West JB. Fisiologia respiratória. 9. ed. [S.l.]: Artmed; 2013.</p> <p>Goldman L, Schafer AI, editors. Goldman Cecil Medicina. 24. ed.: Elsevier; 2014</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
65	A	<p>a. CORRETA: por descrever o tipo de lesão e correlacionar com topografia e possíveis diagnósticos etiológicos.</p> <p>b. INCORRETA: por definir nomenclatura LESÃO NUCLEAR como comprometimento incompleto da motricidade facial assim como topografia errada NÃO sendo capsula interna e sim região da PONTE</p> <p>c. INCORRETA: por indicar o comprometimento de núcleos de outros nervos cranianos</p> <p>d. INCORRETA: por listar como possíveis diagnósticos diferenciais das paralisias faciais do tipo periférico e não central.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: SANVITO WL, HAZIO MEJ. Breviário de Condutas Terapêuticas em Neurologia. São Paulo: Atheneu, 2015.</p>
66	D	<p>a. INCORRETA: por que quando há risco de vida deve-se avisar uma terceira pessoa, com ou sem a anuência do paciente.</p> <p>b. INCORRETA: não dá para transferir o paciente para um hospital psiquiátrico antes de se dar os primeiros socorros e se esclarecerem os fatos.</p> <p>c. INCORRETA: a notificação compulsória é imediata e não semanal.</p> <p>d. CORRETA:</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BRASIL, PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014. BRASIL, PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.</p>
67	C	<p>a. INCORRETA. Não se faz TRH com contraceptivo oral, pois este é para evitar gravidez. O contraceptivo oral já possui progestágeno na sua formulação não estando indicado seu uso com progestágenos.</p> <p>b. INCORRETA. Não se repõe estradiol isolado em mulheres que possuem útero pelo risco de hiperplasia e adenocarcinoma endometrial. A reposição de testosterona é controversa, sendo utilizado quando há queixas de diminuição de libido e de prazer sexual.</p> <p>c. CORRETA. Trata-se de uma mulher recentemente pós-menopausada com sintomas importantes vasomotores. Devido a isso tem indicação de TRH. Os progestágenos devem ser adicionados ao estrogênio nas mulheres pós-menopausadas não histerectomizadas, para prevenir a hiperplasia e adenocarcinoma endometrial estrógeno-induzidos. Dos esquemas mostrados, o único correto é o de estradiol transdérmico diário e progesterona via oral durante 10 a 14 dias mensalmente.</p> <p>d. INCORRETA. Se os estrógenos conjugados orais forem usados, o uso é contínuo; a metroxiprogesterona é adicionada durante 10 a 12 dias por mês.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Vilar L. Endocrinologia Clínica. 5. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2013. p.605-14.</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
68	A	<p>A pressão de oxigênio inferior a 60mmHg após adoção de medidas iniciais é a indicação para a intubação orotraqueal e instalação da ventilação mecânica. A ketamina é a droga utilizada, pois é um anestésico geral, de uso EV, que tem propriedades sedativas, analgésicas, anestésicas e broncodilatadoras. Tem sido utilizada na dose de 1-2mg/kg EV, até 4,5mg/kg. É contraindicada em pacientes com doença vascular aterosclerótica, hipertensão, aumento na pressão intracraniana e pré-eclâmpsia. Aumenta as secreções laríngeas e não inibe os reflexos laríngeos e faríngeos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32s7/02.pdf http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Dir_VM_2013/Diretrizes_VM2013 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000600005</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
69	B	<p>a. INCORRETA. A cultura é o método diagnóstico considerado padrão-ouro para confirmação da tuberculose, com elevada sensibilidade e especificidade. Porém, o tratamento preconizado para tuberculose em adultos e adolescentes se faz com rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol nos primeiros 02 meses, seguidos por rifampicina/isoniazida por mais 04 meses. Referência: Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT/Infecções respiratórias, volume 05, 2014, páginas: 280. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, Ministério da Saúde, 2011, página: 62.</p> <p>b. CORRETA. O SNC e o sistema respiratório são os órgãos mais comumente envolvidos nas infecções por <i>Cryptococcus</i>. As manifestações pulmonares podem se apresentar como: nódulos (únicos ou múltiplos), infiltrado lobar, padrão intersticial, padrão miliar, cavidade, massa endobronquial, colonização endobronquial, adenopatia mediastinal, adenopatia hilar, pneumonia, síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), derrame pleural, empiema e pneumotórax. O tratamento de criptococose pulmonar em pacientes HIV positivos com sintomas graves ou progressivos é realizado com Anfotericina B. Referência: Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT/Infecções respiratórias, volume 05, 2014, páginas: 212/213/219/220.</p> <p>c. INCORRETA. Para tratamento do <i>Micobacterium Avium</i> (MAC) de padrão nodular é obrigatória a utilização de macrolídeo – claritromicina (1000 mg) ou azitromicina (500 mg) associado a etambutol e rifampicina, 3x/semana. Referência: Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT/Infecções respiratórias, volume 05, 2014, página: 346.</p> <p>d. INCORRETA. Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> é a causa mais comum de doença pulmonar oportunista em imunodeprimidos pelo HIV, ocorrendo na grande maioria dos casos em pacientes com contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³. O achado radiográfico mais típico de pneumocistose é o infiltrado intersticial peri-hilar e simétrico. Pneumatocelos e pneumotórax também podem ser observados. Infiltrados apicais bilaterais são apresentações comuns de pneumocistose em pacientes em uso de pentamidina inalatória profilática. Ressalta-se que a radiografia de tórax pode ser normal em até um quarto dos casos de PCP; nessa situação, a TC pode revelar atenuação pulmonar em vidro fosco. A primeira escolha de tratamento é sulfametoxazol + trimetoprima, com 15-20 mg de trimetoprima/kg/dia oral a cada seis ou oito horas por 21 dias. Referência: departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, atualização 27/05/2014 – 11:27, www.aids.gov.br/pcdt/16.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT/Infecções respiratórias, volume 05, 2014, páginas: 280. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, Ministério da Saúde, 2011, página: 62.</p> <p>Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT/Infecções respiratórias, volume 05, 2014, páginas: 212/213/219/220.</p> <p>Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT/Infecções respiratórias, volume 05, 2014, página: 346.</p> <p>Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, atualização 27/05/2014 – 11:27, www.aids.gov.br/pcdt/16</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
70	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>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende Obstetrícia. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.</p>
71	C	<p>a. INCORRETA: pois as drogas citadas causariam insônia, e não hipersonia;</p> <p>b. INCORRETA: pois nódulos tireoidianos geralmente são atóxicos (pacientes são eutireoideos, assintomáticos) ou tóxicos (produzem excesso de hormônio, o que daria insônia, e não hipersonia). Além do que o hábito intestinal é normal e as afecções da tireoide são mais frequentes em mulheres;</p> <p>c. CORRETA: pois a fadigabilidade e sensação de perda de energia podem fazer parte de um transtorno de humor subjacente, sendo a hipersonia um evento secundário a esse transtorno;</p> <p>d. INCORRETA: pois o paciente não apresenta critérios para o diagnóstico de narcolepsia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: LOUZÃ NETO, MR; ELKIS, H (Org.). Psiquiatria Básica. 2ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2007.</p>
72	A	<p>A coqueluche é a doença causada pela Bordetella pertussis, ocorrendo mesmo após o advento da vacinação em pequenas epidemias a cada 2-3 anos. Cursa com 3 fases clínicas, sendo a fase paroxística a fase onde o diagnóstico fica evidente em virtude da tosse clássica. O quadro clínico apresentado pelo menino de tosse em paroxismos durante uma expiração, guincho na inspiração forçada e vômitos pós tosse refere a esta fase. O tratamento deve ser realizado logo que houver suspeita clínica.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: KLIEGMAN, Robert M. Nelson: Tratado de Pediatria. 18 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, v. 1, 2009.</p>
73	D	<p>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.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 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</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
74	C	<p>a. INCORRETA. Apesar de atualmente a terapia de reposição de nicotina (TRN), a Bupropiona e a Vareniclina serem consideradas fármacos de primeira linha, para tratamento do tabagismo, devemos considerar que a Vareniclina não é disponível na rede pública, além de ser de altíssimo custo o que inviabiliza a sua indicação para os pacientes das UBS. A Vareniclina apresenta contraindicação absoluta, conforme o SPPT, somente nos casos de Insuficiência Renal Grave (IRG) e hipersensibilidade a mesma. Referência: Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e tabagismo, volume 08, 2015, página 300.</p> <p>b. INCORRETA. A Bupropiona, apesar de ser tratamento de primeira linha é contraindicada em pacientes: portadores de epilepsia, com histórico de convulsão febril na infância, com tumor no sistema nervoso central, com anormalidades no eletroencefalograma (EEG), com traumatismo craniano e uso de inibidor da monoamina oxidase (MAO). Referência: Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e tabagismo, volume 08, 2015, página 301.</p> <p>c. CORRETA. A terapia de reposição de nicotina (TRN) é disponível nas UBS e apesar de contraindicação relativa para o tratamento é considerada a terapêutica mais adequada. Referência: Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e tabagismo, volume 08, 2015, página 301.</p> <p>d. INCORRETA. Nortripitilina não é considerada um tratamento de primeira linha para cessação do tabagismo; Referência: Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e tabagismo, volume 08, 2015, página 300.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Série atualização e reciclagem em pneumologia – SPPT, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e tabagismo, volume 08, 2015, páginas 300-301.</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>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ref. Sabiston – Tratado de Cirurgia. Editor: Courtney M. Townsend. 18ª Edição. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. 2010. Pagina: 903</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
76	A	<p>a. CORRETA: pois os pais não possuem fatores de risco isolados, tais como idade materna maior que 35 anos ou paterna maior que 45 anos; e possuem cariótipo normal, o que dá risco similar à população geral nessa faixa etária de ter um outro filho com a mesma síndrome.</p> <p>b. INCORRETA: pois o risco não é maior que o da população nessa faixa etária, uma vez que o casal possui cariótipo normal e a Síndrome de Down ocorre por trissomia do 21 de forma aleatória em 95% dos casos dentro da faixa etária citada.</p> <p>c. INCORRETA: pois o risco não independe da faixa etária dos pais.</p> <p>d. INCORRETA: pois há dois erros: primeiro já justificado na alternativa B, e o segundo seria o erro de comparar esse casal com outras faixas maiores, tais como as mães maiores de 35 anos ou pais maiores de 45 anos, pois estes possuem risco maior de ocorrência de tal síndrome.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Nussbaum RL, McInness RR, Willard H. Genética Médica - Thompson & Thompson. Editora: Elsevier; 7ª Edição. 2008.</p>
77	B	<p>a. INCORRETA: pois apesar de se tratar de uma hérnia encarcerada por não reduzir a manobra manual o saco herniário encontra-se medial aos vasos epigástricos inferiores profundos, portanto trata-se de uma hérnia inguinal direta. Toda a técnica de Lichtenstein utiliza tela de polipropilene. A fásia de Scarpa deve ser rafiada com fio absorvível por se tratar de um plano subcutâneo;</p> <p>b. CORRETA: pois o saco herniário encontra-se medial aos vasos epigástricos inferiores profundos, portanto, trata-se de uma hérnia inguinal direta e não reduz tão pouco a manobra manual. Toda a técnica de Lichtenstein utiliza tela de polipropilene. A fásia de Scarpa deve ser rafiada com fio absorvível por se tratar de plano subcutâneo;</p> <p>c. INCORRETA: a hérnia não é indireta e sim direta, pois o saco herniário encontra-se medial aos vasos epigástricos inferiores profundos, além de se tratar de uma hérnia encarcerada, pois a mesma não reduz a manobra manual, Toda a técnica de Lichtenstein utiliza tela de polipropilene. A fásia de Scarpa, localizada no subcutâneo não deve ser rafiada com fio inabsorvível;</p> <p>d. INCORRETA: a hérnia inguinal é direta, pois o saco herniário encontra-se medial aos vasos epigástricos inferiores profundos, além de se tratar de uma hérnia encarcerada pois a mesma não reduz a manobra manual, e que todo reforço inguinal pela técnica de Lichtenstein utiliza a tela de polipropilene e que a fásia de Scarpa deva ser sempre rafiada com fio absorvível, por se tratar de um plano subcutâneo;</p> <p>Obs: Todos no Zollinger, R.M., Atlas de cirurgia, pag. 456-459 e Schwartz, tratado de cirurgia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Schwartz. Tratado de cirurgia. 9o ed. Brunickardi FC, organizador. Rio de Janeiro: Revinter; 2013. 1832 p. Zollinger RM. Atlas de cirurgia. 9o ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. 506 p.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
78	B	<p>a. INCORRETA: A manifestação clínica mais comum das reações adversas a Drogas é a cutânea, estando presente de 96% dos casos. Podem ser Imediatas (mediadas por IgE) ou Tardias (mediadas por Células T). Lesões purpúricas não são comuns nesse tipo de reação, a não ser em situações graves (Stevens-Johnson e Necrose epidérmica Tóxica), por exemplo. Não encontraremos também a língua framboesiforme como sinal clínico. Referência: Diagnóstico e Tratamento de Doenças Alérgicas em Pediatria – Capítulo 8.</p> <p>b. CORRETA: São necessários 5 dos 6 critérios listados abaixo para se fazer o diagnóstico da doença, excluindo-se doenças como viroses exantemáticas, escarlatina, síndrome do choque tóxico, dentre outras. Critérios diagnósticos da Doença de Kawasaki febre por mais de 5 dias, não responsiva a antibioticoterapia hiperemia conjuntival alterações da orofaringe lábios eritematosos, edemaciados e fissurados, eritema difuso da orofaringe língua em “framboesa” ou “morango” alterações nas extremidades periféricas eritema de palmas e plantas edema de dorso de mãos e pés, descamação da pele das mãos e pés exantema polimorfo linfadenopatia cervical geralmente única >1.5 cm. Referência: Protocolos e Normatizações da Sociedade Brasileira de Pediatria. www.sbp.com.br)</p> <p>c. INCORRETA: É uma doença viral aguda, transmitida principalmente por mosquitos, tais como <i>Aedes aegypti</i>, caracterizada por exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça. Apresenta evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3-7 dias. Não há linfadenomegalia e língua framboesiforme. Referência: Portal da Saúde – Ministério da Saúde</p> <p>d. INCORRETA: Na Rubéola, ocorre um exantema de coloração róseo, inicialmente em face. Apresenta linfadenopatias cervicais e retroauriculares, podendo ter petéquias em palato e artrite associada. Referência: Manual Prático de atendimento em consultório e ambulatório de Pediatria SBP</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Protocolos e Normatizações da Sociedade Brasileira de Pediatria. (www.sbp.com.br) Manual Prático de atendimento em consultório e ambulatório de Pediatria – SBP – 2015</p>
79	C	<p>O uso de progesterona não se faz em paciente histerectomizada.</p> <p>A TH pode apresentar benefícios sobre os sintomas emocionais quando utilizada na perimenopausa (nível de evidência:B), porém, TH estrogênica isolada ou combinada não deve ser recomendada a mulheres com antecedentes de câncer de mama.</p> <p>O carbonato de lítio é indicado para transtorno afetivo bipolar que não é a clínica da paciente em questão que apresenta um quadro depressivo, sendo adequado a prescrição de um antidepressivo, no caso, a venlaxina.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Steiner ML, Fernandes CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa: In: Wender COM, Pompei LM, Fernandes CF. Quais os efeitos da terapêutica hormonal nas manifestações emocionais da pós-menopausa? p.79-81, In: Luciano de Melo Pompei, César Eduardo Fernandes, Nilson Roberto de Melo Quais os efeitos da terapêutica hormonal sobre o risco de câncer de mama? p.83-87, São Paulo: Leitura Médica, 2014</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
80	B	<p>a. INCORRETA: porque otite serosa é mais comum na faixa etária pediátrica, sendo uma das principais causas de surdez e há melhora da dor nesse tipo de otite com uso do calor local.</p> <p>b. CORRETA: porque nas otites externas com intenso prurido é recomendada a aspiração da secreção retida.</p> <p>c. INCORRETA: porque trata-se da otite do nadador (otite externa) e está indicado o uso de protetores macios para evitar a entrada de água em ambos os ouvidos.</p> <p>d. INCORRETA: porque bactérias Gram-positivas, fungos, cocos Gram-negativos, e N gonorrhoeae e N. meningitidis, possuem resistência ao sulfato de Polimixina B.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Caderno de Atenção Primária, nº30 – Ministério da Saúde – Brasília DF -2011.</p>
81	D	<p>Este é um caso de mononucleose infecciosa, que pode ser confundida com as outras patologias uma vez que há comprometimento dos gânglios. Mas, apenas o sarampo e a mononucleose cursam com exantema.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-s115/port.pdf</p>
82	A	<p>a. CORRETA: Conjuntivite viral, cursa com secreção esbranquiçada e linfadenomegalia;</p> <p>b. INCORRETA: Conjuntivite bacteriana cursa com secreção amarelada, mais olho vermelho;</p> <p>c. INCORRETA: Conjuntivite alérgica se manifesta após um período longo de irritação ocular e prurido e não apresenta linfadenomegalia;</p> <p>d. INCORRETA: Conjuntivite química pelo contato com substâncias químicas irritantes, não cursa com linfadenomegalia.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Hofling-lima AL, Dantas MCN, Alves MR. Doenças Externas Oculares e córnea. 3.ed. Rio de Janeiro, RJ: Cultura Médica; 2013.</p>
83	A	<p>a. CORRETA: o teste de Adams consiste no paciente inclinar-se para frente pela cintura e, assim, assimetria das costelas é evidenciada, mesmo em pequeno grau, sendo a primeira anormalidade percebida na escoliose idiopática;</p> <p>b. INCORRETA: habitualmente a escoliose idiopática resulta em uma perda da cifose torácica normal na região da curvatura (lordose torácica relativa);</p> <p>c. INCORRETA: a parede torácica anterior fica achatada na concavidade em decorrência da rotação para dentro da parede torácica e costelas;</p> <p>d. INCORRETA: os achados associados podem incluir elevação do ombro e deslocamento lateral do tronco e uma discrepância aparente do comprimento dos membros.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: SPIEGEL, D.A.; DORMANS, J P. Escoliose Idiopática. In: NELSON. Tratado de Pediatria. 19 ed. Elsevier , 2013. p.2363-2366.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
84		<p>a. CORRETA: Paciente com categoria de risco 1 para neuropatia diabética, neste caso indicado como medidas de prevenção estabelecer um plano terapêutico (controle glicêmico rigoroso), avaliação semestral na unidade básica, e para readaptação indicar o uso de calçados adaptados;</p> <p>b. INCORRETA: Não há necessidade de alteração para insulino terapia;</p> <p>c. INCORRETA: A avaliação bimestral não é recomendada neste caso;</p> <p>d. INCORRETA: Não há necessidade de alteração para insulino terapia. A avaliação anual não é recomendada neste caso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).</p>
85	B	<p>A alimentação irregular e sem rotina pode ocasionar falta de apetite durante as refeições principais do dia. A análise da alimentação da criança, principalmente aquelas com queixa de falta de apetite deve ser feita através do cardápio alimentar, avaliando horários e quais alimentos são ingeridos para após definir a investigação de doenças e mesmo a conduta.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Pediatria Baseada em Evidências. 1 ed. E-book. Porto Alegre. Editora Manole; 2016 Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria, 4 ed. São Paulo. Editora Manole, 2016.</p>
86	D	<p>O diagnóstico clínico-laboratorial de vaginose bacteriana se confirma quando estiverem presentes três dos critérios de Amsel):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corrimento vaginal homogêneo, geralmente, acinzentado e de quantidade variável; • pH vaginal > 4,5; • Teste de Whiff ou teste da amina (KOH 10%) positivo; • Presença de clue cells na bacterioscopia corada por Gram. <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.</p>
87	D	<p>a. INCORRETA: Síndrome de Stevens Jonhson;</p> <p>b. INCORRETA: Síndrome de Sjoegren;</p> <p>c. INCORRETA: Síndrome de Stuge Weber;</p> <p>d. CORRETA: Retinopatia diabética.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cecil – Medicina Interna. 23ª Ed. Elsevier. P. 3300-1; 1998-2010.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
88	C	<p>a. Cariótipo 46, XX; pseudo-hermafroditismo.feminino; INCORRETO, pois o cariótipo deveria ser 46, XY; pseudo-hermafroditismo.masculino;</p> <p>b. Cariótipo 46, XX pseudo-hermafroditismo.masculino; INCORRETO, pois o cariótipo deveria ser 46, XY;</p> <p>c. Cariótipo 46, XY pseudo-hermafroditismo.masculino; CORRETA,</p> <p>d. Cariótipo 46, XY pseudo-hermafroditismo.freminino;INCORRETO, pois trata-se de um distúrbio de pseudo-hermafroditismo.masculino;</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Genética Médica. Thopson & Thompson, 7a. Edição Elsevier Editora Ltda.</p>
89	A	<p>a. CORRETA: A combinação de diurético tiazidico com o inibidor da ECA e BCC e recomendada pela maioria dos estudos clínicos, pelo baixo custo e potencial de associação das drogas em um único medicamento. Regra pratica cada agente adicionado baixará a pressão arterial sistólica por adicionais 10 mmHg.</p> <p>b. INCORRETA:</p> <p>c. INCORRETA:</p> <p>d. INCORRETA:</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Cecil – Medicina Interna. 23ª Ed. Elsevier. P. 506-28 (521).</p>
90	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>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.</p>
91	D	<p>a. INCORRETA: pois deve-se manter a pele hidratada com intuito de evitar úlcera de pressão, nem muito seca, nem muito úmida;</p> <p>b. INCORRETA: pois o a elevação acentuada (acima de 30 graus) da cabeceira aumenta a pressão sobre o cóccix e sacro;</p> <p>c. INCORRETA: Joelhos devem ficar ligeiramente fletidos;</p> <p>d. CORRETA: pois esta medida evita pressão sobre os calcâneos.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Portaria 2095, 24 de setembro de 2013. Ministério da Saúde. Protocolo Para Cirurgia Segura. 2013</p>
92	B	<p>Segundo o manual de normas de vacinação do PNI as vacinas de bactérias só são contraindicadas quando em tratamento com corticoide em esquemas imunodepressores durante duas semanas ou mais em crianças. Tratamento sistêmico com corticoide durante período curto (inferior a duas semanas) não contraindica o seu uso.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Burns, DA; Campo, D: Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. In: Imunização. Vol 1, seção 16, cap1.1, p1355, 2014</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
93	A	<p>a. CORRETA: O diagnóstico cabível é meningite pós punção lombar e o tratamento indicado é antibioticoterapia;</p> <p>b. INCORRETA: O diagnóstico inicialmente pensado foi realmente cefaleia pós-raqui, mas a partir do momento em que passou a apresentar febre o diagnóstico modificou para infecção;</p> <p>c. INCORRETA: diagnóstico cabível é meningite pós punção lombar e, caso confirmado, o tratamento será baseado em antibióticos;</p> <p>d. INCORRETA: O diagnóstico cabível é infeccioso, o analgésico usado poderá mascarar febre e protelar o adequado diagnóstico;</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Robbins E., Hauser LH. Técnica de punção lombar. In: Hauser, SL, Josephson AS. Neurologia clínica de Harrison. 3 ed. São Paulo: AMGH, 2015. Cap.6, p.28-30.</p>
94	D	<p>a. INCORRETA: a neuropatia por diabetes desenvolve-se em cerca de 50% dos pacientes com diabetes, especialmente naqueles de história longa e descontrole mantido da glicemia (maior que 180mg/dl). No paciente da questão o diagnóstico de diabetes é recente (2 meses), a história não é longa. A forma mais comum é polineuropatia sensitiva distal e simétrica, com dores e parestesias frequentemente nos pés. a fraqueza muscular descrita no caso da questão não é comum.</p> <p>b. INCORRETA: nesta alternativa o distrator utilizado é a ocupação do paciente (pintor), visto que a exposição crônica a tintas que contenham chumbo poderiam produzir neuropatia por este metal. o quadro clínico desta neuropatia é distinto do paciente da questão, sua incidência é menor, cursa geralmente com sintomas abdominais (cólicas), acomete mais membros superiores com descrição clássica de queda focal de punho em um padrão de neuropatia radial. Os sinais e sintomas sensoriais geralmente estão ausentes.</p> <p>c. INCORRETA: a hipovitaminose b3 (niacina ou ácido nicotínico) caracteriza-se pela pelagra (dermatose em áreas corporais expostas à luz solar, diarreia ou disfunção gastrointestinal, glossite, estomatite, vaginite; transtornos mentais iniciados por diminuição da memória, fadiga, ansiedade, insônia e apatia, que podem evoluir para encefalopatia com sintomas de desorientação e alucinações)</p> <p>d. CORRETA: a resposta correta é a neuropatia alcoólica, identificada por polineuropatia sensitivo-motor distal e simétrica de início insidioso, que acomete mais os membros inferiores que superiores. Os sintomas de síndrome de abstinência alcoólica descrito permitem deduzir que o paciente apresenta um quadro de dependência do uso de bebida alcoólica importante de caracter crônico, justificando a presença de neuropatia alcoólica. A fraqueza descrita auxilia no diagnóstico diferencial dos quadros de neuropatia por diabetes onde a fraqueza muscular não é comum. Os reflexos aquileus abolidos é outra característica. A questão descreve um quadro comum nesta neuropatia que são as distesias onde o simples toque com lençol pode desencadear dores intensas que podem inclusive atrapalhar o sono. (Acometimento principalmente de sensibilidade superficial).</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Rowland PL, Pedley AT, Merritt - Tratado De Neurologia - 12ª Ed. Guanabara Koogan Rio de Janeiro 2011 Kaplan, HI; Sadock, VA; Sadock, BJ . Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre,RS: Artmed, 2007</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
95	B	<p>A epilepsia ausência da infância é caracterizada por crises epilépticas frequentes, em crianças normais, iniciadas na idade escolar, com maior incidência dos seis aos sete 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.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: CYPEL&DIAMENT. Neurologia Infantil. 4ª edição. Atheneu. 2005</p>
96	A	<p>A infecção do trato urinário (ITU) caracteriza-se pela invasão e multiplicação de micro-organismos nos rins e nas vias urinárias. Na maioria das vezes, é resultado da colonização da urina por bactérias fecais, que cresceram em meio anaeróbio, sendo a E. coli o patógeno mais comumente envolvido nessas infecções. A ITU é uma das mais comuns infecções bacterianas na mulher, sendo que pelo menos 40% das mulheres adultas têm pelo menos um episódio de ITU em suas vidas. Manifesta-se clinicamente por disúria, polaciúria, urgência miccional e dor no baixo ventre na cistite, arrepios de frio e lombalgia na pielonefrite, ou completa ausência de sintomas na bacteriúria assintomática. O diagnóstico, na maioria das vezes, com exceção da bacteriúria assintomática, é clínico. A gravidez é situação que predispõe ao aparecimento de ITU, devido às mudanças fisiológicas (mecânicas e hormonais) que ocorrem nesse período da vida da mulher. A ITU durante a gravidez pode causar sérias complicações, como o trabalho de parto pré-termo, recém-nascidos de baixo peso, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intraútero, paralisia cerebral, entre outras. O objetivo da presente revisão foi abordar os principais fatores etiológicos, o diagnóstico e a conduta nos casos de ITU durante a gravidez.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Figueiró-Filho EA, Bispo AMB, Vasconcelos MM, Maia MZ, Celestino FG. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. FEMINA Março 2009 vol 37 nº 3 http://maternalis.com.br/upfiles/Arquivos/file_030313113133_ITU_e_gesta_o.pdf</p>
97	A	<p>a. CORRETA, conforme preveem os incisos III e V, do parágrafo único, do art. 2 da Lei 12.318/2010:</p> <p style="padding-left: 40px;">Art. 2º Considera-se ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este.</p> <p style="padding-left: 40px;">Parágrafo único. São formas exemplificativas de alienação parental, além dos atos assim declarados pelo juiz ou constatados por perícia, praticados diretamente ou com auxílio de terceiros:</p> <p style="padding-left: 80px;">III - dificultar contato de criança ou adolescente com genitor;</p> <p style="padding-left: 80px;">V - omitir deliberadamente a genitor informações pessoais relevantes sobre a criança ou adolescente, inclusive escolares, médicas e alterações de endereço;</p> <p>b. INCORRETA: por não ser a conduta tipificada no enunciado da questão.</p> <p>c. INCORRETA: uma vez que nada tem a ver a situação com violência baseada em gênero.</p> <p>d. INCORRETA: uma vez que nada tem a ver a situação com assédio moral.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Brasil. Lei 12.318 de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Publicada no D.O. de 27/08/2010, p. 3.</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
98	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>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a10.pdf</p>
99	A	<p>a. CORRETA: O diagnóstico de Síndrome de Guillian Barret é confirmado pela elevada taxa de proteínas (anticorpos) no liquor, e uma baixa celularidade. Os anticorpos agem sobre a mielina dos neurônios causando quadros de paralisia e fraqueza muscular aguda. Acometem indivíduos infectados, geralmente, por vírus, entre 4 a 8 semanas antes da manifestação da síndrome. O quadro clínico de fraqueza muscular progressiva, centripetamente, acometendo extremidades inicialmente e liquor demonstrando elevada concentração de proteínas e baixa celularidade são indicativos do diagnóstico.</p> <p>b. INCORRETA: A proteína de Bence Jones refere-se ao mieloma múltiplo</p> <p>c. INCORRETA: O hemograma na síndrome de Guillian Barret pode demonstrar uma discreta leucocitose, porém não há realção leucemóide, característica de infecções bacterianas graves.</p> <p>d. INCORRETA: O glicosídeo GM 1 está positivo no sangue de paciente com síndrome de Guillian Barret em até, no máximo, 12% dos pacientes e não é indicativo de diagnóstico da síndrome.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: http://www.spmi.pt/revista/vol19/vol19_n3_2012_130_139.pdf http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt_guilain-barre_2015.pdf</p>



**CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO**

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
100	D	<p>a. INCORRETA. Cefaleia Tipo Tensão infrequente, ou pouco frequente, é descrita com episódios pouco frequentes de cefaleia, tipicamente bilateral, com carácter de pressão ou aperto, de intensidade média a moderada, durando de minutos a dias. A dor não piora com atividade física de rotina e não se associa a náuseas, mas pode haver fotofobia ou fonofobia. Ainda, ocorre pelo menos 10 episódios de cefaleias ocorrendo em < 1dia por mês em média (< 12 dias por ano) do tipo em aperto não pulsátil. Não é descrito sintomas autonômicos parassimpáticos. A terapêutica consiste em tratamento farmacológico agudo, tratamento farmacológico preventivo e intervenções não farmacológicas, que podem ser usados sozinhos ou em combinação dependendo da frequência da cefaleia e da preferência individual. Analgésicos simples e anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES) são efetivos no tratamento agudo da cefaleia. Antidepressivos tricíclicos (especialmente a amitriptilina) devem ser a primeira escolha no tratamento preventivo da CefaleiaTipo Tensional - CTT episódica ou crônica. O uso de intervenções não-farmacológicas como o relaxamento muscular e o biofeedback eletromiográfico tem suporte clínico sólido no tratamento da CTT e tem taxas de sucesso comparadas ao tratamento preventivo farmacológico. As estratégias terapêuticas devem ser adaptadas para cada caso de acordo com o relato do paciente e o diário de cefaleia. Referências: Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª Edição – 2014. Tradução portuguesa da: International Classification of Headache Disorders ICHD-3 beta – 2013, pág. 38; Cefaleia do Tipo Tensional. Tratamento. International Association for the Study of Pain – IASP. 2011. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/HeadacheFactsheets/3-TensionType_Portuguese.pdf</p> <p>b. INCORRETA. Migrânea com aura típica se caracteriza por Episódios recorrentes, com minutos de duração, unilaterais e completamente reversíveis, de sintomas visuais, sensitivos ou outros atribuíveis ao sistema nervoso central que, geralmente, se desenvolvem gradualmente e, em regra, são seguidos por cefaleias com características de enxaqueca e sintomas associados. No caso descrito não se observa a presença de aura típica que se trata de um ou mais dos seguintes sintomas, totalmente reversíveis: visual, sensitivo, fala e/ou linguagem, motor, tronco cerebral, retiniano. Ainda, deve possuir ao menos duas das quatro características seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pelo menos um sintoma de aura alastra gradualmente em 5 ou mais minutos, e/ou dois ou mais sintomas aparecem sucessivamente; · Cada sintoma individual de aura dura 5 a 60 minutos; · Pelo menos um sintoma de aura é unilateral; · A aura é acompanhada, ou seguida em 60 minutos, por cefaleia. Desta forma, o quadro clínico citado não se trata de enxaqueca com aura típica. <p>Quanto a estratégia de tratamento, a depender da evolução e característica inerente a cada paciente na crise aguda da migrânea com aura típica deve-se seguir: analgésicos simples e combinados, combinação de analgésicos opioides e antieméticos (crise aguda), alcaloides do ergot (ergotamina edihidroergotamina) e agonistas específicos do receptor 5HT (triptanos), não entrando nesta lista os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, que poderá ser usada no tratamento preventivo da enxaqueca. Referência: Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª Edição – 2014. Tradução portuguesa da: International Classification of Headache Disorders ICHD-3 beta – 2013, pág. 24 e 25.</p> <p>c. INCORRETA. Crises de dor aguda, estritamente unilateral, orbitária, supraorbitária, temporal ou qualquer outra combinação destas áreas, com duração de 2-30 minutos, que ocorrem várias ou muitas vezes por dia. As crises estão associadas a hiperemia conjuntival ipsilateral, lacrimejo, congestão nasal,</p>



CONSÓRCIO DAS ESCOLAS DE MEDICINA
REGIÃO CENTRO-OESTE
TESTE DE PROGRESSO 2016
GABARITO COMENTADO

QUEST	RESP	JUSTIFICATIVA
		<p>rinorreia, sudorese facial e da região frontal, miose, ptose, e/ou edema da pálpebra. Respondem de forma absoluta à indometacina. Referência: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CEFALIAS, 3ª Edição – 2014. Tradução portuguesa da: International Classification of Headache Disorders ICHD-3 beta – 2013, pág. 43.</p> <p>d. CORRETA. É descrita por crises de dor forte, estritamente unilateral, orbitária, supraorbitária, temporal ou qualquer combinação destes locais, durando 15-180 minutos, ocorrendo desde uma vez em cada 2 dias até 8 vezes por dia. A dor está associada a hiperemia conjuntival ipsilateral, lacrimejo, congestão nasal, rinorreia, sudorese da região frontal e da face, miose, ptose e/ou edema da pálpebra, e/ou inquietação ou agitação. O Verapamil é uma alternativa efetiva e segura ao tratamento da Cefaleia em Salvas aguda. Referência: Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª Edição – 2014. Tradução portuguesa da: International Classification of Headache Disorders ICHD-3 beta – 2013, pág. 40.</p> <p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Consenso Latino-Americano para as Diretrizes de Tratamento da Migrânea Crônica. Headache Medicine. 2012; 3(4):150-61 Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª Edição – 2014. Tradução portuguesa da: International Classification of Headache Disorders ICHD-3 beta – 2013.</p>