



Faculdade de Medicina do ABC



Faculdade de Medicina de Catanduva



Faculdade de Medicina de Jundiá



PUC Campinas



PUC Goiás



Faculdade de Medicina de Presidente Prudente - UNOESTE

## CONSÓRCIO SP 1 TESTE DE PROGRESSO OUTUBRO/2016

Nome do Aluno	CPF

# COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS

### INSTRUÇÕES

- Verifique se este caderno de prova contém um total de 120 questões, numeradas de 1 a 120.
- Caso contrário solicite ao fiscal da sala um outro caderno completo.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta correta.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher uma resposta.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

#### VOCÊ DEVE:

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão a que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A, B, C, D) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS fazendo um traço bem forte no quadrinho que aparece abaixo dessa letra.

#### ATENÇÃO

- Marque as respostas com **caneta esferográfica de tinta azul ou preta**.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de aparelhos eletrônicos.
- Você terá **4h (quatro horas)** para responder a todas as questões e preencher a Folha de Respostas.

"Direitos autorais reservados. Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem autorização prévia".

**1. B** - A toxina botulínica bloqueia a liberação das vesículas contendo acetilcolina pelo neurônio motor, o que acarreta a paralisia do músculo, uma vez que não se inicia o potencial da placa motora, devido a não ativação dos receptores de nicotínicos.

GUYTON, A.C., HALL, J.E Tratado De Fisiologia Médica 12ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2010.

**2. D** - Os indivíduos portadores de alcoolismo crônico apresentam desnutrição com conseqüente sinais de deficiências vitamínicas (tipo pelagra) e comprometimento hepático presentes (icterícia, ascite, e hipertensão portal). Tendo como principais alterações metabólicas hipoglicemia gerada pela inibição da gliconeogênese e ativação da glicólise anaeróbica, e pela oferta de substrato com alto teor energético favorece a lipogênese hepática, e o comprometimento hepático resulta em hiperbilirrubinemia.

MARZZOCO, A. & TORRES, B. B. Bioquímica básica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BAYNES, Jhon H. e DOMINICZAK, Marek H. Bioquímica médica. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

**3. A** - O baixo pH no plasma (normal= 7,4) indica que o indivíduo tem acidose. O fato da concentração de bicarbonato plasmático também ser baixa (normal= 24 mEq/L) indica que o indivíduo tem acidose metabólica. Entretanto, ele também parece ter acidose respiratória, porque sua PCO<sub>2</sub> plasmática é alta (normalo= 40 mmHg). A elevação da PCO<sub>2</sub> é resultado da respiração prejudicada em função da parada cardiopulmonar. Portanto, o indivíduo tem acidose mista com uma combinação de acidose metabólica e respiratória.

GUYTON, A.C.; HALL, J. E. Tratado de fisiologia médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

BERNE & LEVY- Koeppen, B.M. & Stanton, B.. Fisiologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

**4. C** - O folículo primordial é constituído por ovócito primário envolvido por células foliculares pavimentosas; O crescimento dos folículos (maturação) é dependente de FSH; A teca interna (juntamente com a granulosa) secreta estrógeno durante o processo de maturação folicular, estimulada pelo FSH proveniente da hipófise.

MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N.; M.G Embriologia clínica. 9ª ed. Elsevier. 2013.

JUNQUEIRA, L.C; CARNEIRO, J. Histologia Básica. Texto e Atlas. 12ª ed. Guanabara Koogan, 2013.

KIERSZENBAUM, A.L.; TRES, L. Histologia e Biologia Celular. Uma Introdução à Patologia. 3ª ed. Elsevier. 2012.

**5. B** - O excesso de peso e da produção de prolactina podem contribuir para o desenvolvimento das mamas supranumerárias, mas a causa é a não regressão da linha mamária; Remanescentes da linha mamária também podem ser observados em indivíduos do sexo masculino; A ginecomastia é o desenvolvimento dos ductos lactíferos no tecido mamário do homem.

**6. C** - O uso contínuo de morfina acarreta fenômeno de tolerância pelo desacoplamento da adenilato ciclase da proteína G do receptor da endorfina.

Farmacologia ( Rang H.P., Dale M.M. 5 ed. 2003).

**7. D** - O efeito anti-agregante plaquetário da aspirina é causado pela inibição da produção de tromboxano plaquetário.

Farmacologia ( Rang H.P., Dale M.M. 5 ed. 2003).

**8. A** - Os inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina) são drogas mais indicadas no hipertenso diabético pois segundo estudos tem efeito nefroprotetor e inibe a progressão da vasculopatia diabética. No caso acima, devido o perfil lipídico desfavorável (HDL baixo e LDL elevado) devem ser evitados o uso de diuréticos e beta bloqueadores de primeira geração como o propranolol pois estas drogas pioram o perfil lipídico, segundo dados da literatura.

GOODMAN & GILMAN – As bases farmacológicas da Terapêutica. 12ªed, 2012.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – 2010.

**9. C** - Os proto-oncogenes são oncogenes ativados que atuam estimulando o ciclo celular. Os oncogenes são proto-oncogenes ativados. Os genes supressores de tumor quando inativos inibem a proliferação e a formação de metástases. Os genes supressores de tumor quando inativados ESTIMULAM a proliferação celular e a formação de metástases. Na forma familiar da doença, a mutação inicial ocorre no DNA de uma célula somática. Na forma familiar da doença, a mutação inicial ocorre no DNA de uma célula GERMINATIVA.

NUSSBAUM, R. L.; McINNES, R. R.; WILLARD, H. F. Thompson & Thompson: genética médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

**10. B** - o ectoderma que é o primeiro folheto embrionário em posição e em surgimento, que se diferenciou do epiblasto que são células cilíndricas abaixo da cavidade amniótica dará origem ao tecido nervoso durante a 3ª e 4ª semanas de vida intra-uterina, que é o período da neurulação

EMBRIOLOGIA BÁSICA – MOORE & PERSAUD

LANGMAN – EMBRIOLOGIA CLÍNICA

HISTOLOGIA BÁSICA – JUNQUEIRA & CARNEIRO

**11. C** - A função ciliar é o transporte unidirecional da camada de muco que reveste a superfície interna em direção à faringe; Os cílios são constituídos por microtúbulos, organizados em nove pares periféricos ao redor de um par central, envoltos pela membrana plasmática; Os cílios estão inseridos nos corpúsculos basais, na parte apical das células.

JUNQUEIRA, L.C; CARNEIRO, J. Histologia Básica. Texto e Atlas. 12ª ed. Guanabara Koogan, 2013.

KIERSZENBAUM, A.L.; TRES, L. Histologia e Biologia Celular. Uma Introdução à Patologia. 3ª ed. Elsevier. 2012.

GARTNER, L.P.; HIATT, J.L. Atlas colorido de histologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

**12. A - CERTA.** Ambas as Sras. A e C apresentaram IgM POSITIVA para Toxoplasmose, um marcador de infecção aguda, e embora a Sra. C apresentasse IgG POSITIVA para toxoplasma, esta é de baixa avidéz, indicando a não maturidade da resposta imune associada à infecção aguda.

ERRADA. A Sra. A tem diagnóstico de toxoplasmose aguda pois apresentou sorologia POSITIVA para IgM anti- toxoplasma, um marcador de infecção aguda e IgG anti-toxoplasma NEGATIVA, um marcador de infecção passada; já a Sra. B apresentou sorologia NEGATIVA para IgM anti-toxoplasma e POSITIVA para IgG anti-toxoplasma, alta avidéz, indicando um diagnóstico de infecção passada por *Toxoplasma gondii*. Tanto a Sra. A como a Sra. C apresentou sorologia POSITIVA para IgM anti- toxoplasma, um marcador de infecção aguda, e embora a Sra.C apresentasse IgG POSITIVA para toxoplasma, esta é de baixa avidéz, indicando a não maturidade da resposta imune associada à infecção aguda. ERRADA. A Sra. B apresentou sorologia NEGATIVA para IgM anti-toxoplasma e POSITIVA para IgG anti-toxoplasma, alta avidéz, indicando um diagnóstico de infecção passada por *Toxoplasma gondii*; e a Sra. C apresentou IgM POSITIVA para Toxoplasmose, um marcador de infecção aguda, e IgG POSITIVA para toxoplasma, de baixa avidéz, indicando a não maturidade da resposta imune associada à infecção aguda.

ABBAS A.K., LICHTMAN A.H. & POBER J.S. Imunologia celular e molecular.

6. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MURPHY, K., TRAVERS, M. & WALPORT. M. Imunobiologia de Janeway. 7ª Ed., IncluiCD-ROM,PortoAlegre:Editora: Artmed, 2009.

VOLTARELLI,J., editor. Imunologia clínica na prática médica. 1ª. Ed., Editora: Atheneu, 2008.

PARSLOW, T. G. ET AL. Imunologia médica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

**13. D -** A coloração de gram é um método utilizado para diferenciar de forma tintorial, dois grandes grupos bacterianos, de acordo com a quantidade de peptídeo-glicana em sua parede. Durante o processo as bactérias são coradas pela violeta genciana, descoradas e coradas novamente por fucsina, que dá a cor rosa. Sem fucsina as gram negativas não serão coradas, ficando incolores.

Thielman NM, Guerrant RL; Clinical practice. Acute infectious diarrhea.; N Engl J Med; 2004; Vol. 350; pp. 38-47.

MURRAY, P.R. et al. Manual of clinical microbiology. 8th. Ed. Washington, DC. ASM Press, 2004.

LUIZ B. TRABULSI e FLÁVIO ALTERTHUM. Microbiologia. 5 ed. Atheneu, 2009.

**14. B -** A bacterioscopia de Gram relatou diplococos Gram negativos (intra e extracelulares) que sugere o agente etiológico *Neisseria meningitidis*. E os sinais e sintomas relatados são coerentes com o quadro, que são compatíveis com a idade do paciente.

Wallach, Jacques B.; Snyder, L. Michael. Wallach interpretação de exames laboratoriais. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

Trabulsi, L.R.; Alterthum, F. Microbiologia. 5ªed. São Paulo: Atheneu, 2008.

Tortora, G. J. Funke, B.R.; Case, C.L. Microbiologia. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

**15. C -** A pneumonite de Löeffler é a fase pulmonar da ascaridíase (ciclo de Loss), ou seja, uma das etapas do ciclo biológico do *Ascaris lumbricoides* no homem. Em virtude do ciclo pulmonar da larva, alguns pacientes apresentam manifestações pulmonares, com broncoespasmo, hemoptise e pneumonite, caracterizando a síndrome de Löeffler, que cursa com eosinofilia importante. A confirmação diagnóstica pode ser feita unindo os dados epidemiológicos (local de origem do paciente) da clínica (ausculta pulmonar e hemoptise) e exames laboratoriais (eosinofilia e infiltrados pulmonares), que descartam os demais agentes infecciosos e parasitários.

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS – GUIA DE BOLSO – 8ª edição. MINISTÉRIO DA SAÚDE.Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica BRASÍLIA / DF – 2010

AMATO NETO, V. et al. Parasitologia: uma abordagem clínica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008

**16. A -** É transmitida por caramujos aquáticos que se contaminam através de miracídeo liberados por ovos eliminados por doentes que contaminam as coleções de água onde vivem os moluscos. Estão incorretas conforme descrição: morador de região endêmica não significa parasitado. Roedores não participam do ciclo do parasita; a disseminação se dá pelo homem. Animais não fazem parte do ciclo do parasita; uso de calçados é indiferente para o acometimento do indivíduo e não há outros animais infectados além do homem e do caramujo.

Neves, David Pereira Parasitologia Humana, 12ª edição, São Paulo: Editora Atheneu, 2011. Capítulo 22, páginas 228 e 229.

**17. C -** A angiotensina I é formada pela ação da renina sobre o angiotensinogênio. A angiotensina I é convertida em angiotensina II por ação da ECA. A Angiotensina II promove vasoconstrição periférica e também atua aumentando a absorção renal de sódio, ambos eventos contribuem para elevar a pressão arterial. Assim, espera-se que a administração de um inibidor da ECA diminua a formação de angiotensina II, a resistência periférica total e a pressão arterial.

GUYTON, A.C.; HALL, J. E. Tratado de fisiologia médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

BERNE & LEVY- Koeppen, B.M. & Stanton, B.. Fisiologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

**18. D -** A dificuldade respiratória se deve à perfuração da pleura parietal do pulmão direito e nesta condição ocorre igualdade da pressão intrapleural com a pressão atmosférica, não ocorrendo pressão negativa intrapleural e intraalveolar, desta maneira não ocorre diferença de pressão entre a pressão intraalveolar e pressão atmosférica e o ar não entra no pulmão direito, provocando maiores dificuldades na respiração.

Douglas, C.R. - Tratado de Fisiologia Aplicada às Ciências Médicas. 6ª edição, Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2006.

Berne & Levy - Fisiologia. 6ª edição, Elsevier. Rio de Janeiro, 2009.

**19. B** - Esteatose é lesão celular reversível, o que permite o retorno da célula a normalidade, caso o agente agressor seja afastado. As respostas estão incorretas conforme descrição: Ocorre acúmulo de triglicerídeos em vacúolos e não de glicogênio. A interrupção da ingestão alcoólica permite a restituição dos hepatócito para condições de normalidade. A apoptose é importante via de morte celular no etilista crônico.

1. Robbins - Patologia Básica, 9ª edição, 2013, Elsevier
2. Bogliolo – Patologia Geral, 5ª edição, 2013, Guanabara Koogan
3. Robbins & Cotran, Patologia – Bases Patológicas das Doenças, 9ª Ed., 2016

**20. C** - Uma dieta rica em carboidratos aumenta a secreção da insulina, que a ativa a enzima reguladora da síntese de ácidos graxos: AcetilCoA carboxilase; com isso, aumenta a síntese de ácidos graxos e a lipogênese.

Bayner, John W.; Dominiczak, Marek H. Bioquímica médica. Editora Elsevier

**21. A** - Se a pessoa fonte for portadora do HIV a profilaxia antirretroviral deve ser iniciada o mais rápido possível, dentro das primeiras 72 horas da exposição, independentemente da situação da fonte, desde que a pessoa exposta não seja portadora do vírus. Essa profilaxia deve ser com terapia tripla para qualquer tipo de exposição sexual.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – Ministério da Saúde, Brasília – DF – 2015.

**22. D** - Teste treponêmico positivo (FTA-ABS) significa contato prévio com o treponema. Se a gestante não se lembra se fez tratamento prévio, esse deve ser iniciado o mais precoce possível. Nesse caso, como o período da possível infecção não é conhecido, a conduta é tratar como sífilis latente tardia, uma vez que o VDRL apresenta titulação baixa.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – Ministério da Saúde – Brasília – DF – 2015.

**23. A** - O SUS tem na sua composição, princípios doutrinários tais como a universalidade, integralidade e equidade, mas utiliza-se de princípios organizacionais que venham a contribuir de forma sistematizada para o desenvolvimento do sistema. Assim a hierarquização, regionalização, descentralização e o controle social ganham importância para a organização de funcionamento do sistema, que possui a rede privada complementando o atendimento de saúde desse sistema.

BRASIL. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Brasília/DF, 1990.

**24. C** - Tomando por base os princípios e diretrizes da Lei 8080/90, quando os gestores do SUS tomaram a decisão política de montar as ESF's, atenderam a diretriz da Descentralização, na qual os diferentes gestores do SUS terão poder de decisão em seus níveis de governo, sendo que o gestor municipal tomará as decisões referentes à organização local do SUS. Quando pensaram em garantir o acesso ao sistema de saúde à totalidade da população, montando 4 ESF's, atenderam o princípio da Universalidade (todos os cidadãos terão direito ao acesso à saúde, com o governo ficando responsável pelo seu financiamento). Quando submeteram a decisão política de montar as ESF's ao Conselho Municipal de Saúde, garantiram a diretriz da Participação Popular e, ao implantar as ESF's nas diferentes regiões do município, atenderam a diretriz da Regionalização (distribuição espacial dos serviços de saúde por todo o território).

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [lei orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

GONDIM, R.(Org.), Qualificação de gestores do SUS. / org. por GONDIM, R. GRABOIS, V.; MENDES, W. - 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2011. 480 p.

**25. A** - A paciente apresenta sinais de violência física em braços, característica do movimento de defesa contra um agressor, é obrigação do profissional de saúde realizar o preenchimento da notificação da suspeita, para ser encaminhada à suavis, deve ser feita pelo profissional que fez a avaliação.

Medicina ambulatorial: condutas de atenção Primária Baseadas em Evidência, 4ª Edição

Duncan, B. B.; Schmidt, M. I.; Giugliani, E. R. J.; Duncan, M. S.; Giugliani, C., Artmed 2013

Capítulo 3 A organização de serviços de atenção primária à saúde, pgs 19-31

Capítulo 57 Abordagem para mudança de estilo de vida, pgs 536-542

Capítulo 68 O cuidado do paciente idoso, pgs 654-664

**26. B** - Todos os problemas do paciente são decorrentes a miocardiopatia chagásica, isto é, doença de base.

Laurenti R, Jorge MHPM. O Atestado de óbito. CREMESP, 2015

**27. C** - Com o passar do tempo, os sintomas da LER/DORT, inicialmente insidiosos e esporádicos, tendem a se manter continuamente, com a existência de crises de dor intensa, geralmente desencadeadas por movimentos bruscos, pequenos esforços físicos, mudança de temperatura ambiente, nervosismo, insatisfação e tensão.

Norma do INSS, nº 98, de 05/12/2003. DOU, 10/12/2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT.

**28. A** - A notificação compulsória de doenças é, por definição, obrigatória e sigilosa. O paciente é identificado na ficha de notificação compulsória, mas não quando as bases do Ministério da Saúde são pesquisadas.

Rouquayrol, MA. Epidemiologia e Saúde. Editora: Artes Médicas, 1999

**29. C** - O ferimento por ser único, superficial, localizado numa região considerada leve, do ponto de vista da doença Raiva, trata-se de uma lesão leve. Como o animal é observável, o protocolo orienta lavar o ferimento com água e sabão e observar o animal por 10 dias.

Manual – protocolo do MS 2014 – Raiva.

**30. B** - A prevenção primordial visa o estabelecimento de estilos de vida mais saudáveis como o combate ao tabagismo, a alimentação saudável e a prática regular de atividade física. A prevenção primária inclui as atividades como a imunização e o uso de preservativos para evitar ou remover a exposição a um fator de risco antes de se ter a doença (período pré-patogênico). A prevenção secundária tem como finalidade a detecção e o tratamento precoces de um problema de saúde para evitar sequelas (período patogênico). É neste nível de prevenção que se enquadram os exames de rastreio (colo do útero, mama, próstata), a busca ativa de doentes e os testes de glicemia e pezinho. Já a prevenção terciária tem como finalidade a reabilitação e reintegração precoces e à potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos já sequelados. A prevenção quaternária propõe-se a evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico (curativo ou preventivo). Ex: cuidados paliativos para paciente terminal.

ALMEIDA, LÚCIO MENESES. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Rev. Prevenção em saúde. v. 23, n.1, jan/jun., 2005. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

DEMARZO, MARCELO MARCOS PIVA. Reorganização dos sistemas de saúde. Universidade Aberta do SUS (Una-SUS). Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_c\\_onteados/unidade02/unidade02.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_c_onteados/unidade02/unidade02.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2016. p. 1-10.

**31. A** - O financiamento ocorre através do Orçamento da Seguridade Social, estados e municípios, conforme descrito no artigo 198 das Constituição Federal.

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988

**32. D** - O componente perinatal é apresenta maior associação à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Rouquayrol, MA. Epidemiologia e Saúde. Editora: Artes Médicas, 1999.

**33. C** - Conceito de vigilância epidemiológico segundo a Lei 8.080 do SUS

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [lei orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

**34. B** - Os estudos epidemiológicos podem ser classificados em observacionais ou experimentais. Os estudos observacionais permitem que a natureza determine o seu curso: o investigador mede, mas não intervém. Esses estudos podem ser descritivos e analíticos. Os estudos epidemiológicos são, na sua quase totalidade, analíticos. Estudos descritivos puros são raros, sendo mais comuns em estatísticas vitais.

1. R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström. Epidemiologia básica.  
2. Gordis L. Epidemiologia. Editora Revinter; 4 ed. 2010.  
3. Rouquayrol, MA. Epidemiologia e Saúde. Editora: Artes Médicas, 1999.

**35. D** - A Atenção Básica tem um papel fundamental no controle da dengue desenvolvendo ações de promoção, prevenção e atenção ao doente. As equipes de atenção básica devem desempenhar atividades relacionadas a educação em saúde, observação do domicílio e espaço comunitário e orientar sobre a remoção e destruição de possíveis criadouros do mosquito. Todos os profissionais devem estar capacitados e atualizados para implementação dos protocolos assistenciais, realizando uma detecção precoce dos sintomas, direcionando ao tratamento oportuno, notificando e acompanhando os casos (Brasil, 2007; Brasil, 2009a). Na Estratégia Saúde da Família o Gerenciamento da Unidade cabe a Enfermeira a qual delega funções e capacita os demais integrantes da Equipe de Saúde.

Diretrizes da Estratégia da Saúde da Família e Comunidade- Ministério da Saúde.

**36. A** - De acordo com a Lei 8080/90 a diretriz da Hierarquização preconiza que as equipes de saúde deverão se organizar para serem autossuficientes na Atenção Básica, que se constituirá na porta preferencial dos serviços de saúde de onde partirão às demandas pelos serviços de maior complexidade para atendimento referenciado dos casos mais complexos.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [lei orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

**37. B** - Um dos objetivos básicos do sistema de informação em saúde, na concepção do sistema único de saúde (sus), é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, tomando como referencial microrregiões homogêneas e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença. O nível local tem, então, a responsabilidade, não apenas com a alimentação dos sistemas de informações em saúde, mas também com a sua organização e gestão. Desse modo, outro aspecto de particular importância é a concepção do sistema de informação, que deve ser hierarquizado, no qual o fluxo ascendente de variáveis ocorra de modo inversamente proporcional à agregação geográfica, ou seja, no nível local deve se dispor de maior número de variáveis, para as análises epidemiológicas.

1. Rouquayrol, MA. Epidemiologia e Saúde. Editora: Artes Médicas, 1999.

2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de V Epidemiológica. 7. ed. Brasília. 2009.

**38. D** - Estudos de casos e controles constituem uma forma relativamente simples de investigar a causa das doenças, particularmente doenças raras. Esse tipo de estudo inclui pessoas com a doença (ou outra variável de desfecho) e um grupo controle (grupo de comparação ou referência) composto de pessoas não afetadas pela doença ou variável de desfecho. A ocorrência de uma possível causa é comparada entre casos e controles.

1. R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström. Epidemiologia básica (online).

2. Gordis L. Epidemiologia. Editora Revinter; 4 ed. 2010.

3. Rouquayrol, MA. Epidemiologia e Saúde. Editora: Artes Médicas, 1999

**39. C** - A AGI é indicado para todo paciente acima de 60 anos, associado à anamnese e exame físico padrão, o que melhora muito a precisão diagnóstica e terapêutica. Não oferece riscos a saúde dos idosos independente da idade do paciente.

Tratado de geriatria e gerontologia /Elizabeth Viana de Freitas ... [et al.] Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.2002.

**40. D** - A PNAN adota as recomendações internacionais de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até o segundo ano de vida, mostrando que pelo menos 95% das crianças brasileiras foram alguma vez amamentadas, mas esse número cai drasticamente ao longo dos dois primeiros anos de vida (Pesquisa Nacional de demografia e Saúde, 2006). A transição do aleitamento materno para os alimentos consumidos pela família é o período denominado como alimentação complementar, que deve ser iniciada aos seis meses de idade e concluída aos 24 meses. A introdução de alimentos deve ser feita em tempo oportuno, em quantidade e qualidade adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil. Esse é o momento em que os primeiros hábitos são adquiridos e formados e a correta inserção dos alimentos tem o papel de promoção à saúde e hábitos saudáveis, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na idade adulta.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica

**41. B** - Quadro compatível com acidente vascular encefálico, porém na sala de emergência deve ser excluída hipoglicemia como diagnóstico diferencial.

Após, realizar TC de crânio para definição de conduta terapêutica

JauchEc et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke.2013;870-947

**42. D** - Trata-se pneumonia bacteriana adquirida na comunidade, com baixos fatores de risco, sendo orientado o tratamento ambulatorial com betalactâmicos ou macrolídeos

Emergências Clínicas: abordagem prática/ Herlon Saraiva Martins, et al. 8.ed.rev e atual.Barueri,SP:Manole,2013; 585

**43. C** - Trata-se de paciente com pancitopenia, com anemia megaloblástica e sintomas neurológicos periféricos, compatíveis com déficit de vitamina B12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. Hematologia: fundamentos e prática. 1st ed. São Paulo: Atheneu;2004; 198-208

**44. A** - Paciente HAS e DM, apresentando doença renal crônica, apresenta contraindicação à metformina devido à insuficiência renal, aumentando risco de acidose láctica

Vecchio S et al. Metformin accumulation: lactic acidosis and high plasmatic metformin levels in a retrospective case series of 66 patients on chronic therapy. ClinToxicol (Phila) 2014; 52:129

**45. D** - Quadro clássico de cetoacidose diabética, com perda ponderal, dor abdominal e desidratação

Emergências Clínicas: abordagem prática/ Herlon Saraiva Martins, et al. 8.ed.rev e atual.Barueri,SP:Manole,2013; 1023-4

**46. B** - Paciente com quadro de artrite migratória, associado a lesões pustulosas hemorrágicas. Em mulheres jovens, com vida sexual ativa, o principal diagnóstico é artrite gonocócica.

Fauci AS, Langford CA. Harrison'srheumatology. 2nd. New York: The McGraw-Hill Copanies; 2010;246-7

**47. D** - Trata-se de uma paciente com SCACSST ( infarto agudo do miocárdio) de parede inferior com extensão ao VD, manifesto clinicamente pela presença de sinais de choque, na ausência de congestão pulmonar. A conduta imediata consiste de reposição de volume, drogas vasoativas e reperfusão preferencialmente mecânica., com contraindicação formal ao uso de nitrato.

Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105

**48. C** - O tratamento da Hipertensão arterial sistêmica envolve a estratificação de risco cardiovascular, a identificação de comorbidades relacionadas como o diabetes, doença renal crônica e a interpretação de exames como eletrocardiograma com sobrecarga ventricular esquerda para a tomada de decisão terapêutica, que segundo as referências citadas recomendam a terapêutica com bloqueador de canal de cálcio e/ou diurético, para pacientes negros, sem doença renal, mesmo que diabéticos.

JAMA. 2014;311(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427

**49. D** - Trata-se de paciente com estenose aórtica grave sintomática de baixo fluxo/baixo débito, com comprometimento da função sistólica do ventrículo esquerdo. O baixo gradiente na válvula aórtica que poderia confundir a conduta é fruto do baixo débito cardíaco que resulta em baixo fluxo na válvula e baixo gradiente de pressão. Nenhuma medida farmacológica apresenta qualquer impacto na evolução. A única medida capaz de reduzir o risco de morte é a intervenção na válvula aórtica com possível troca valvar. A manutenção em tratamento clínico resulta em maior risco de morte em três anos de evolução.

Tarasoutchi F, Montera MW, Grinberg M, Barbosa MR, Piñeiro DJ, Sánchez CRM, Barbosa MM, Barbosa GV et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. Arq Bras Cardiol 2011; 97(5 supl. 1): 1-67

**50. B** - A tireoidite subaguda é a causa mais frequente de dor na tireoide. Mais frequente em mulheres, apresenta geralmente quadro de infecção respiratório viral anterior, inicialmente com hipertireoidismo leve a moderado, evoluindo para hipotireoidismo transitório e normalização após 6 meses do início. O diagnóstico é confirmado por dor intensa à palpação da tireoide, VHS aumentado, tireoglobulina elevada, TSH suprimido, áreas hipoecóides ao ultrassom e diminuição de captação à cintilografia. O tratamento é sintomático, com antiinflamatórios e betabloqueadores.

Romaldini JH, Sgarbi JA. Tireoidites. In: Saad MJA, Maciel RMB, Mendonça BB. Endocrinologia. São Paulo: Atheneu; 2007. P 413-422.

**51. D** - Este paciente apresentou um quadro de pneumonia comunitária e evoluiu com derrame pleural. Por tratar-se de um derrame pleural unilateral e com mais de 10mm de altura no decúbito lateral direito, o próximo passo é a realização de toracocentese diagnóstica para elucidar a etiologia.

Diretrizes Brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes J Bras Pneumol. 2009;35(6):574-601

Froudarakis ME. Diagnostic Work-Up of Pleural Effusions Respiration 2008;75:4-13

**52. C** - B errada pois alta infectividade é Anti HBr +. A e D erradas pois fase crônica é HbsAg +

Ferreira Diagnóstico Laboratorial das Principais Doenças Infecciosas e Autoimunes - 3ª Editora: GUANABARA KOOGAN Ed. 2013

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 68 p. : il.

**53. A** - Imunosilenciosos são indivíduos que possuem níveis baixos ou mesmo ausência de anticorpos específicos e, dessa forma, não são detectados nos testes sorológicos e os controladores de elite, que mantêm a viremia em um nível que pode ser indetectável em testes moleculares;

Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. APRESENTAÇÃO. O Departamento de DST, Aids e HIV.

**54. D** - Das alternativas apenas os pesticidas são anticolinérgicos.

Livro - As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman 12ª edição

**55. D** - O hemograma é imprescindível para diagnosticar a neutropenia e permitirá a escolha de antibiótico de amplo espectro

tratado de Clínica Médica – Antonio Carlos Lopes 2ª edição

**56. B** - Lesões típicas de sífilis secundárias, portanto não latente nem neurosífilis, sem quadro clínico neurológico

Ferreira Diagnóstico Laboratorial das Principais Doenças Infecciosas e Autoimunes - 3ª Editora: GUANABARA KOOGAN Ed. 2013

**57. D** - Não há contraindicação pelo HIV, o fato de não ter tido lesões não contraindica a vacina e não é só para menores de 26, embora mais efetiva nessa fase

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. Manual de normas e procedimentos para vacinação, 2014.

**58. A** - Estar internada na infectologia não muda a conduta sobre profilaxia, observação sem as sorologias não é uma conduta aceitável e na alternativa D faltam igualmente as sorologias primeiro.

RECOMENDAÇÕES PARA ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO : HIV E HEPATITES B e C. Cristiane Rapparini.

[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual\\_acidentes.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual_acidentes.pdf)

**59. D** - Eletrocardiograma típico de hipercalemia. Única opção é o gluconato de cálcio iv em bólus

tratado de Clínica Médica – Antonio Carlos Lopes 2ª edição

**60. B** - a sepse é uma causa de morbimortalidade que vem crescendo e preocupando tanto médicos como gestores de saúde. O reconhecimento precoce dessa patologia tem implicação direta na assistência e na sobrevivência dos pacientes. Portanto, é importante que o aluno de medicina esteja preparado para diagnosticá-la e tratá-la rapidamente.

[www.sepsenet.org](http://www.sepsenet.org)

**61. D** - A história e a evolução clínica mostram o aparecimento do chamado intervalo lúcido que é um período de consciência desde o momento do impacto até a manifestação clínica do hematoma, o que é típico do hematoma epidural. No exame tomográfico também indica o hematoma epidural por causa do formato biconvêxo descrito. Já no hematoma subdural o formato é côncavo-convexo, na lesão microvascular difusa e na isquemia hipoxêmica não achamos a hiperdensidade relatada e na lesão axonal difusa a tomografia pode ser normal ou ter apenas lesões puntiformes.

Emílio Carlos Elias Baracat, Sulim Abramovici. Emergências pediátricas. Editora Atheneu, São Paulo, 2005.

**62. C** - Correta: a avaliação de ausculta pulmonar, expansibilidade torácica e capnometria são os indicativos padrão-ouro para determinação de IOT bem sucedida; Incorreta: a ausência de ruídos audíveis no abdome durante a VPP não indica que a IOT está localizada na traqueia; Incorreta: presença de névoa na IOT é um sinal de muito baixa especificidade para confirmação de IOT, o Rx de tórax é um exame útil, porém, depois de se confirmar que a IOT foi realizada com sucesso. ;Incorreta: a gasometria arterial apesar de ser um bom indicativo, é um exame que demora para se ter o resultado, portanto, não se deve retardar a confirmação da IOT adequada, a fim de se evitar deterioração clínica do paciente.

Destques da American Heart Association 2015- Novas Diretrizes para RCP e ACE

Tratamento de Desconforto e Insuficiência Respiratória. Manual de Suporte Avançado de Vida em Pediatria para Profissionais de Saúde- American Heart Association 2011

**63. D** - Emílio Carlos Elias Baracat, Sulim Abramovici. Emergências pediátricas. Editora Atheneu, São Paulo, 2005.

**64. B** - Trata-se de uma pneumonia comunitária, com necessidade internação, sendo a primeira escolha de antibioticoterapia parenteral a penicilina cristalina.

Marcondes, Eduardo. Pediatria Básica. 9.ed. / rev. ampl. São Paulo: Sarvier ,2005-2011.

**65. C** - Filho de mãe portadora do vírus HIV deve receber vacina BCG ao nascer pois mesmo que tenha contraído o vírus ao nascer não esta imunossuprimido.

A imunização passiva e ativa (imunoglobulina + vacina) previne >90% a transmissão perinatal da Hepatite B mesmo que a mãe esteja com doença ativa (HbeAg+)

Infectologia pediátrica; Calil Kairalla Farhat, Luiza Helena Fallerios Rodrigues Carvalho, Regina Celia de Menezes Succi, 3a edição 2007.

Norma Técnica do Programa de Imunização, CVE, São Paulo, 2008.

**66. A** - Deve ser realizado apos 48 horas de vida, apos o pico do TSH

O diagnostico da hiperplasia congênita de supra-renal pode sofrer influência do uso de corticóide pela gestante; Após 30 dias o IRT não pode ser confiável

Justificativa: o teste do pezinho é teste obrigatório e muito importante no diagnostico de doenças graves e que precisam de diagnostico e tratamento precoces.

Marcondes, Eduardo. Pediatria Básica. 9.ed. / rev. ampl. São Paulo: Sarvier ,2005-2011.

Murahovschi, Jayme. Pediatria: Diagnostico e Tratamento. 4.ed. / rev. Ampl. São Paulo: Sarvier, 1990.

Maria Fernanda Branco de Almeida & Ruth Guinsburg. Manual de Reanimação Neonatal da SBP. Texto disponível em [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br) - 1º de abril de 2013.

**67. D** - Icterícia precoce (menor de 24h), sem incompatibilidade de Rh e com incompatibilidade ABO.

MAISELS MJ; WATCHKO JF. Hiperbilirrubinemia Neonatal. In: KLAUS & FANAROFF, 6ª ed. Alto Risco em Neonatologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 305-337.

**68. B** - Avaliação do conhecimento do diagnóstico diferencial entre a principal neoplasia da infância e das condições frequentemente encontradas na pediatria. A única condição que apresenta o quadro clínico referido acima E exames laboratoriais descritos é a leucemia.

Camargo, B & Lopes LF. Pediatria oncológica: noções fundamentais para o pediatra. São Paulo: Lemar, 2000

**69. A** - Com um mês de idade um lactente reconhece a face humana, segue objetos até a linha média, inicia vocalização, assusta-se com barulho ou campainha e volta sua cabeça para a fonte sonora. Aos 2 meses ele tem sorriso social e por volta dos 3 meses ele acompanha com o olhar um objeto que se move de um lado para outro e também no plano vertical. Também aos 3 meses adquire tonicidade da musculatura cervical posterior e sustenta a cabeça. Aquisições de motricidade grosseira como sentar-se com ou sem apoio são atingidas, respectivamente, aos 6 e 8 meses de idade.

Hay et al p. 81. Kliegman et al, pp. 74-81. 999-1001. et al, pp. 2515-2516.

**70. C** - Os sinais e sintomas de meningite são mais sutis e inespecíficos quanto menor for a faixa etária da criança, principalmente no período neonatal e em menores do que um ano de idade, e incluem: letargia, recusa alimentar, distensão abdominal, vômito e diarreia, desconforto respiratório e/ou instabilidade térmica. Rigidez de nuca e sinais de Kerniq e Brudzinski podem estar ausentes em crianças menores.

Kliegman et al, pp. 2515-2516



**71. D** – Algumas bactérias podem provocar meningite no período neonatal entre elas: E. coli, L. monocytogenes, H. influenza, gram negativos, Streptococcus do grupo B, Staphylococcus coagulase positivo e coagulase negativo. Estatisticamente a causa mais frequente de início tardio no período neonatal é o Streptococcus do grupo B; A infecção precoce por Streptococcus do grupo B, nos primeiros dias de vida está associada com complicações maternas como amniorrhexis prematura e corioamnionite. O início tardio, após 7 dias de vida está associado com fatores ambientais mais do que problemas maternos; Como esperado, a incidência da forma precoce da infecção tem diminuído com a profilaxia materna, enquanto o início tardio permanece inalterada.

Kliegman et al, pp. 1145-1149, 2513-2521;

Mc Millan et al, pp. 924-93;

Rudolph et al, pp. 900-904, 999-1001. et al, pp. 2515-2516.

**72. B** – B. Aldosteronismo primário: pode apresentar todos os sintomas citados, mas a ausência de fraqueza e poliúria falam contra; Síndrome de Cushing: é excluída pela ausência de ganho ponderal e de fácies cushingóide; Hipertiroidismo: Elevação acentuada da PA e piora dos sintomas durante exercício falam contra; Feocromocitoma: Pacientes com feocromocitoma apresentam hipertensão persistente, cefaleia, palpitações, tontura e dor abdominal. Nos casos graves pode haver edema pulmonar, cardiomegalia e hepatomegalia

Tratado de Pediatria - SBP 3ª edição

**73. D** – Dengue não cursa com hepatoesplenomegalia tão importante

Linfoma de Hodgkin apresentaria adenomegalia generalizada e HE leve

Mononucleose não cursa com febre de 2 meses, apresenta adenomegalia e exantema

Infectologia pediátrica; Calil Kairalla Farhat, Luiza Helena Fallerios Rodrigues Carvalho, Regina Celia de Menezes Succi, 3ª edição 2007.

Tratado de Pediatria – SBP - 2009

**74. B** – O preconizado pelo Ministério da Saúde para uma criança de 6 meses de idade, realmente é: vacina BCG, Hepatite B 1 dose, Paralisia Infantil (VIP) 3 doses, Penta (DTP, Hib, Hep B) 3 doses, Rotavírus 2 doses, Pneumo 10, 2 doses e meningococo C, 2 doses. A vacina Triplice viral só será feita com 1 ano de idade e a vacina contra Febre Amarela só será feita a partir do nono mês.

Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação

**75. D** –

Tabela 2 – Recomendações quanto à suplementação de ferro

Situação	Recomendação
Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno	1 mg/kg peso/dia a partir do sexto mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida.
Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500 g	2 mg/kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg/kg peso/dia durante um ano. Posteriormente, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g	4 mg/kg peso/dia durante um ano. Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de Condutas Gerais/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Sociedade Brasileira de Pediatria ([www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br))

Ministério da Saúde ([www.bvsm.s.saude.gov.br](http://www.bvsm.s.saude.gov.br))

**76. C** – O quadro clínico em questão é claro em relação ao tempo de evolução de um quadro agudo, principalmente com início de febre e vômitos associado. Existe a associação do aleitamento materno como fator de prevenção das doenças diarreicas. Justificativa: a diarreia aguda é considerada uma patologia de alta morbimortalidade em pediatria, principalmente em crianças menores de 5 anos.

Assistência e controle das doenças diarreicas- ministério da saúde, 2008

**77. D** - Em torno do 5º mês o peso da criança duplica, com um ano triplica e aos dois anos quadruplica.

Marcondes, Eduardo. Pediatria Básica. 9.ed. / rev. ampl. São Paulo: Sarvier, 2005-2011.

Murahovschi, Jayme. Pediatria: Diagnostico e Tratamento. 4.ed. / rev. Ampl. São Paulo: Sarvier, 1990

**78. A** – Sociedade Brasileira de Pediatria. Obesidade na infância e adolescência. 2ª Edição. Rio de Janeiro, 2012

**79. D** – Os acidentes com animais peçonhentos no Brasil são muito comuns, sendo o acidente botrópico um dos que apresenta maior incidência.

Comentário: Este é um caso com quadro clínico clássico de acidente botrópico apresentando edema e dor local e alteração do tempo de coagulação.

Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos, 2ed. Brasília; 2001.

Cardoso, JLC, França, OSF, Wen, FH, Mlaque, CMS, Haddad Jr, V. Animais peçonhentos no Brasil: biologia clínica e terapêutica. São Paulo: Sarvier; 2002.

**80. B** – Questão clássica de síndrome de Löeffler: migração radiológica com eosinofilia relativa importante.

Murahovschi, J – Pediatria: diagnóstico e tratamento, Sarvier.

**81. A** – A partir da 10<sup>a</sup>. a 12<sup>a</sup>. semana é possível auscultar os bcf pelo sonar. com pinar somente após 16 semanas. não há sensação dos movimentos fetais com 12 semanas.

Assistência Pré-Natal – Zugaib Obstetrícia pg 199- Ed Manole 2008

**82. C** – Observar o trabalho de parto, sem necessidade de nenhuma medida adicional, além dos controles de atividade uterina e batimentos cardíacos fetais, pois está em franco TP espontâneo, não cabendo nenhuma medida intervencionista; Não há necessidade de manter veia cateterizada e nem manter-se em decúbito.; Não deve ser instalada ocitocina, pois o parto está evoluindo bem; Não há que se preparar para fórceps de rotação, pois ainda deverá ocorrer a rotação na evolução.

Freitas F, et al, Rotinas em obstetrícia, 3<sup>a</sup> edição, 1997, páginas 144-156

**83. A** – A suspeita clínica inicial é de endometrite, justificando-se terapia antimicrobiana polimicrobiana parenteral com internação da paciente, por pelo menos 48 horas após o término da febre. Não há necessidade de mantermos o antibiótico por mais dias, mesmo por via oral.

Obstetrícia, Marcelo Zugaib, 2<sup>a</sup> edição.

Obstetrícia, Jorge de Rezende.

**84. B** – B .A tríade sintomática caracteriza a iminência de eclâmpsia, sendo primordial como primeira conduta a sulfatação para prevenção de crise convulsiva, enquanto se avalia a necessidade ou não de anti-hipertensivo, a vitalidade fetal até estabilização da gestante para programação do parto, pois já está com 35 semanas; Inicialmente se deve sulfatar e depois reavaliar a necessidade de anti-hipertensivo e não se deve colocar a paciente para cesárea antes de se compensar a gestante clinicamente e se avaliar se não tem plaquetopenia; Se trata, sem dúvida, de pre-eclâmpsia grave, mas não tem sintomas de eclâmpsia, pois não convulsionou e não deve operar direto.

Dolnikoff M, Lições de Clínica Obstétrica, 1997, página 158-168, editora: arte&ofício

**85. D** – Não existindo fetopatia diabética, que se poderia inferir pelo feto GIG ou macrossômico e/ou polidrâmnio, deve-se tentar a compensação do padrão glicêmico. Não se justifica a interrupção imediata, exceto se fetopatia diabética em situações especialíssimas. Não se indica corticoide com 35 semanas e nem se indicaria a resolução nesta idade gestacional, sem outros comemorativos. Não se pode aguardar a idade gestacional de 41 semanas, sem referência a inexistência de fetopatia diabética.

Dolnikoff M, Lições de Clínica Obstétrica, 1997, página 189-200, editora: arte&ofício

Freitas F, et al, Rotinas em obstetrícia, 3<sup>a</sup> edição, 1997, páginas 294-307, editora artes medicas

**86. C** – Confirmado o diagnóstico de rotura prematura de membranas ovulares, a conduta é expectante nesta idade gestacional, avaliando parâmetros de infecção, clínicos e laboratoriais, além da vitalidade fetal. Não se justifica dar corticoide e resolver em 48h. Deve-se dar corticoide pelo risco de entrar em trabalho de parto, mas não se programa a interrupção da gestação com 31 semanas. Não se deve tocar. O diagnóstico do trabalho de parto se faz por avaliação a atividade uterina. Não se inibe. Alguns serviços inibem para esquema de corticoide.

Obstetrícia, Manual da Febrasgo. Vários autores.

Obstetrícia, Marcelo Zugaib.

**87. D** – Devido ao bom estado geral da gestante e boa vitalidade fetal da criança.

Projeto Diretrizes da AMB - [http://www.projetoDiretrizes.org.br/novas\\_diretrizes\\_sociedades.php](http://www.projetoDiretrizes.org.br/novas_diretrizes_sociedades.php)

Medicina Baseada em Evidência Cochrane Library <http://www.cochrane.org/reviews/en/topics/87.html>

Manual de Obstetrícia da Febrasgo <http://www.febrasgo.org.br>

**88. B** – Progesterona natural diariamente, após complemento da propeleutíca, que deverá afastar causas infecciosas e anatômicas. Não se usa uterolítico fora da caracterização do TP prematuro como prevenção. Só se faz profilaxia do EGB no intra-parto nos casos confirmados ou no grupo de alto risco, sem pesquisa. Não se faz corticoide preventivamente fora do risco iminente e nem o uterolítico fora do TPP.

Williams Obstetrics. Cunningham et al.

Obstetrícia, Marcelo Zugaib.

**89. A** – Cardiotocografia: dentre as funções placentárias, a nutritiva e respiratória são de extrema importância e o comprometimento da função nutritiva leva a crescimento fetal restrito o que pode ser avaliado através da ultrassonografia enquanto que a função placentária pode ser avaliada indiretamente pela cardiotocografia e também pelo dopplervelocimetria. não se usa o peso materno e tempo de gravidez pois não tem implicação direta sobre a vitalidade fetal e sem correspondência com índice de massa corporal; crescimento fetal e hipoxemia dependem diretamente da função placentária. dopplervelocimetria avalia a circulação fetal e determina sim o grau de oxigenação fetal e é de extrema importância para a avaliação de vitalidade fetal.

van Geijn, 1997: "Procedimientos de controle fetal"

**90. C** - Devemos investigar a amenorreia primária com o objetivo de fazer diagnóstico de puberdade atrasada: - na menina com ausência da menarca aos 14 anos de idade e sem desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários: normalmente o desenvolvimento dos caracteres sexuais tem início a partir dos 8 anos de idade; caso não aconteça até os 14 anos, deve-se proceder a investigação; na menina com ausência da menarca aos 16 anos de idade, independente do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários: se os caracteres sexuais secundários estão ausentes, já deveria ter-se procedido a investigação a partir dos 14 anos e se os caracteres sexuais secundários estão desenvolvidos e a menarca não ocorre, podemos estar frente a uma disfunção ovulatória ou a um causa canalicular e devemos realizar a investigação.

Machado, LV – Puberdade Precoce e tardia. Endocrinologia Ginecológica. 2ª. Ed. Med Book. 2006. p273-284.

Machado, LV – Amenorréia. Endocrinologia Ginecológica. 2ª. Ed. Med Book. 2006. p.101-124.

Speroff, L & Fritz, MA. – Abnormal Puberty and Growth Problems. In: \_\_\_\_\_-Clinical Gynecologic Endocrinology & Infertility. 7ª. Ed. Philadelphia, Williams & Wilkins, 2005. p.361-399.

**91. B** – Paciente com diagnóstico prévio de endometriose, com prole constituída, exames sem alterações dignas de nota, próximo do período da menopausa, poderá ser abordada com uso de análogos de GnRH. A cirurgia, não encontra respaldo neste momento, uma vez que não está documentada nenhuma alteração morfológica uterina, condição debilitante uterina associada, endometriomas de grande volume, bem como, não foi esgotada a terapia clínica (no caso, análogo).

Tratado de Ginecologia, Novak & Berek.

**92. C** – As queixas de náusea e vômitos não tem relação propriamente com a dose hormonal combinada, e a diminuição da mesma, não necessariamente traz melhora destas queixas. O mioma, não é contra-indicação segundo a OMS. O contraceptivo injetável tem como uma das suas maiores queixas, a irregularidade menstrual. O patch transdérmico sofre restrição nas pacientes obesas, maiores do que 90 kg

Critérios de Elegibilidade da OMS, 2010.

**93. A** – O achado de lesão intraepitelial de baixo grau na citologia raramente esconde uma lesão intraepitelial mais grave, e pode representar apenas a infecção pelo vírus e não necessariamente uma lesão instalada. Assim nas pacientes acima de 30 anos recomenda-se a repetição do exame citológico em 6 meses e somente será indicada a colposcopia na persistência ou piora da alteração citológica.

Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. ISBN 978-85-7318-184-5

**94. B** – Se por um lado alguns estudos demonstram a ocorrência de hipertensão arterial com o uso de estrogênios pela elevação da atividade da renina e conseqüente maior retenção de sódio, outros observam manutenção ou até diminuição dos níveis pressóricos em mulheres realizando TH, fato este que pode ser explicado pelo predomínio de uma das ações antagônicas que os estrogênios exercem. Os estrogênios promovem ação vasodilatadora pela produção de prostaglandina E e protacilinas. Por outro lado, exerce também ação vasoconstritora estimulando a produção hepática de proteínas, como o substrato da renina, enzima esta que por hidroxilação produz angiotensina 1, que por sua vez leva a produção de angiotensina 2, que é potente vasoconstritor. A ocorrência da hipertensão arterial secundária dá-se em 1% a 3% das mulheres na menopausa, independentemente da utilização TH de baixa dose ou doses convencionais.

É de consenso atual que o uso de TH não está contraindicado em mulheres hipertensas tratadas que estejam mantendo os níveis pressóricos normais e estáveis. Deve-se ter o cuidado de optar pela via de administração não oral, para evitar a primeira passagem hepática de metabolização, evitando com isso portanto, a maior formação de proteínas hepáticas que podem interferir de forma mais importante nos níveis pressóricos. Entretanto, caso a via oral seja utilizada, pode-se dar preferência para compostos utilizando a drospironona como componente progestagênico, com comprovação de diminuição dos níveis pressóricos.

1. Fernandes CE, Pinho-Neto JSL, Gebara OCE, et al. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). Arq Bras Cardiol. 2008;91(supl.1):1-23.

2. Langer RD. Efficacy, safety, and tolerability of low-dose hormone therapy in managing menopausal symptoms. J Am Board Fam Med. 2009;22(5):563-73.

3. Vitale C, Mendelsohn ME, Rosano GMC. Gender differences in the cardiovascular effect of sex hormones. Nat Rev Cardiol. 2009;6:532-42.

4. Cignarella A, Kratz M, Bolego C. Emerging role of estrogen in the control of cardiometabolic disease. Trends Pharmacol Sci. 2010;31(4):183-9.

**95. A** Diante da falha do tratamento medicamentoso e fisioterápico na bexiga hiperativa a medida que se impõe é o uso de toxina botulínica.

Girão et al. Ginecologia. 1a. Ed., Manole, São Paulo, 2009.

**96. C** – A traquelectomia se faz necessária antes de indicarmos qualquer outro tratamento para afastar a possibilidade de tumor invasor.

Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo de útero 2011

**97. A** – A infecção por herpes vírus é recorrente e está relacionada a fatores ambientais e imunitários específicos do hospedeiro. As múltiplas inclusões citológicas observadas nos macrófagos gigantes definem a confirmação laboratorial ao diagnóstico eminentemente clínico

Deesetologia no bolso. o que deve saber um profissional que atente dst.

edição 2010. Mauro Romero Leal Passos – Paulo Cesar Giraldo

**98. B** – O uso contraceptivo hormonal em mulheres com enxaqueca sem aura e com idade superior a 35 anos é categoria 3 para os injetáveis e 4 para os orais. Categoria 4 significa risco inaceitável e, portanto, não é uma boa opção. Os dispositivos intrauterinos são categoria 2, portanto, boas opções para estes casos.

World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use Reproductive Health and Research. 5 Th Ed. Geneve: Who, 2015.

**99. A** – Para gestantes soropositivas com carga viral maior ou igual a 1000 cópias/ml ou desconhecida após 34 semanas de gestação, o mais indicado é a cesariana eletiva, aquela realizada antes do início do trabalho de parto, sem rompimento da bolsa. Geralmente, a cesariana deve ser marcada para a 38ª semana de gravidez.

Em casos de gestantes que chegam à maternidade em trabalho de parto ou com carga viral menor que 1000 cópias/ml e que não fizeram tratamento durante a gravidez, a escolha do tipo de parto deve levar em consideração a fase e o tempo previsto para os procedimentos de cada um, assim como a probabilidade de complicações. Mas as alternativas variam quando o trabalho de parto está acelerado ou não. O médico deve avaliar a melhor opção em cada caso. Toda gestante soropositiva deve receber o AZT na veia do início do trabalho de parto até o nascimento do bebê, clampeamento do cordão. Para as gestantes com indicação de cesariana, o consumo de AZT deve ser de 3 horas antes da cirurgia até o nascimento.

Durante a gestação, trabalho de parto e parto, devem ser evitados o recolhimento do sangue do cordão umbilical e de líquido amniótico, além do uso de fórceps, por exemplo. No parto normal, deve-se evitar corte cirúrgico feito entre a vagina e o ânus (períneo) e o trabalho de parto deve ser monitorado usando gráfico de acompanhamento da evolução (partograma), evitando toques vaginais repetidos.

<http://www.aids.gov.br/pagina/2010/44019> - Ministério da Saúde  
Livros consultados:

Zugaib M, Bittar RE. Protocolos assistenciais da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Atheneu; 2011

**100. C** - a amnioscopia é um método propedêutico importante para o diagnóstico de várias situações, porém das alternativas apresentadas a melhor é a que pesquisa o sofrimento fetal crônico e a prenhez prolongada.

Peixoto s. Pré-natal. São Paulo:Rocca, 2004.

**101. B** – É desejável que acima dos 65 anos de idade se conheça a contagem de células sanguíneas (hemograma), função renal, glicemia, coagulação sanguínea, eletrocardiograma e a radiografia de tórax do paciente a ser operado. Entretanto a função pulmonar somente deve fazer parte da rotina se o paciente for tabagista ou tiver antecedente de doença pulmonar. Assim acontece igualmente com os hormônios tireoideanos que só devem fazer parte do pré-operatório de pacientes com disfunção hormonal tireoideana prévia. A gasometria arterial fica restrita à rotina de pacientes sob ventilação mecânica, situação esta certamente não eletiva.

Santos js, kemp r. Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios. Medicina ( ribeirão preto) 2011;44(1) 2-17.

Princípios de pré-operatório e transoperatório. In sabiston tratado de cirurgia 19ª ed, 2015, elsevier.

**102. A** – A câmara hiperbárica tem boa eficácia mesmo em tecidos desvitalizados, pois além de ser transportado pelas hemácias o oxigênio também circula como solução no plasma. A câmara hiperbárica aumenta a quantidade de oxigênio que circula diluído no plasma garantindo boa oferta mesmo em tecidos desvitalizados. Além disso, uma das ações da câmara é estimular a angiogênese, o que mais uma vez favorece tecidos desvitalizados. A necrose de membro não tem indicação de câmara hiperbárica, sendo indicado a amputação; a câmara hiperbárica opera de 2,5 a 3 atm. O tratamento da doença da descompressão e embolia gasosa tem indicação absoluta de terapia hiperbárica.

1.Gill al, bell cn. Hyperbaric oxygen: its uses, mechanisms of action and outcomes. Qjm 2004; 97:385.

2.[http://www.uptodate.com/contents/hyperbaric-oxygen-therapy?Source=search\\_result&search=terapia+com+oxigenio+hi+perbarico&selectedtitle=1~97](http://www.uptodate.com/contents/hyperbaric-oxygen-therapy?Source=search_result&search=terapia+com+oxigenio+hi+perbarico&selectedtitle=1~97)

**103. C** – A história de abaulamentos (caroço, bola) da região inguinal do bebe sugerem hérnia inguinal, e a confirmação diagnóstica pode ser realizada pela visibilização do abaulamento inguinal, pelo “sinal da seda” ou ultrassonografia que identifica o conduto peritônio vaginal aberto. Os tumores de testículo são palpáveis, exceto quando criptorquídicos, e apresentam-se por massa que não desaparece espontaneamente.

Tratado de cirurgia do cbc – 2ª edição.

**104. A** – A hérnia na linha semilunar de spiegel é uma hérnia de situação imediatamente abaixo da aponeurose do grande oblíquo. Ocupa uma posição inter muscular entre este músculo e o oblíquo interno. Geralmente aparecem em pacientes acima dos 60 anos e o seu diagnóstico é presumido pela história clínica e exame físico e comprovado pela ultrassonografia e de maneira mais sensível e elegante pela tomografia computadorizada do abdome

Townsend cm (ed) et al. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 17th ed. Elsevier, philadelphia, pa. 2004:1214.

**105. B** – A paciente do caso acima apresentou há 24horas dor em fid com irradiação para todo abdômen associado a náuseas e vômitos, inicialmente claro e depois bilioso. Em seu exame físico não tem irritação peritoneal porem o abdômen encontra se distendido, com ruídos hidroaéreos exarcebados e encarceramento de massa. Com essa descrição o diagnostico inicial e de obstrução intestinal, provavelmente de delgado, com peristalse de luta. A rotina de abdômen agudo só vem para confirmar a suspeita, demonstrando sinal de empilhamento de moeda e níveis hidroaéreos. Sendo a causa dessa obstrução, uma hérnia inguinal encarcerada (não há sinais flogísticos nem sinais peritoneais). A conduta então e abordagem cirúrgica da região inguinal através de uma inguinotomia, seguida de avaliação das vísceras contidas no saco herniário com a integridade das alças preservadas, estas estruturas são reduzidas e a cirurgia para hérnia realizada.

Tratado de cirurgia, sabiston volume 1 e 2 ,18º edição.

**106. A** – O dólíco megaesôfago é a forma mais avançada desta doença e nenhum procedimento que não seja a extripação subtotal do órgão difusamente doente representa a possibilidade terapêutica adequada.

Sabiston text book of surgery 18ª edição

**107. C** – Como nos demais tumores periampulares, a manifestação clínica mais comum no adenocarcinoma de pâncreas é a icterícia obstrutiva, acompanhada de colúria, acolia fecal e prurido; perda de peso também é frequente. Tumores na cabeça do pâncreas mais frequentemente apresentam icterícia, esteatorreia e perda de peso. As alterações laboratoriais incluem o aumento das bilirrubinas, principalmente as custas de direta, elevação de fosfatase alcalina e gama-glutamiltransferase. Na ressonância, costuma-se observar lesão focal hipossensa, mal delimitada, associada a dilatação de vias biliares. A colangiografia define melhor a anatomia do ducto biliar e pancreático, sendo capaz de avaliar os ductos acima e abaixo da estenose. Dilatação dos ductos biliar e pancreático é chamado de “sinal do duplo ducto” e esta presente em 62% a 77% dos casos. Pacientes com lesões ressecáveis, sem disseminação sistêmica, e que apresentam condições operatórias, são candidatos a ressecção radical. Nas neoplasias da região cefálica, a ressecção, invariavelmente inclui a duodenectomia, com ou sem gastrectomia. A gastroduodenopancreatotomia é a operação clássica descrita por Whipple, com reconstrução por anastomose gastrojejunal, hepatojejunal em alça única.

Sabiston. Tratado de cirurgia. 17. Ed.

Coelho, JCU. Manual de clínica cirúrgica: cirurgia geral e especialidades. São Paulo: Atheneu, 2009.

**108. D** - Paciente com dor abdominal, febre e icterícia (triade de Charcot) apresentam os sinais clássicos de colangite, ocasionada por cálculo impactado em colédoco distal o que causou obstrução e translocação bacteriana para o sistema biliar. Com a evolução do quadro paciente começou a apresentar confusão mental e sepse grave com repercussão em sistema nervoso central e rins, caracterizando a pêntrade de Reynaud. Nesses casos a conduta eminente deverá ser a estabilização hemodinâmica e a realização de CPRE o mais precoce possível para descompressão da via biliar.

[Http://www.uptodate.com/](http://www.uptodate.com/)

**109. B** – A CPRE pode induzir a um edema da papila de Vater com consequente obstrução da mesma, impedindo o escoamento da secreção enzimática pancreática e desencadeando a pancreatite aguda.

A litostatina tem sua produção inibida pelo álcool e tem participação na gênese da pancreatite crônica.

Já a ativação da tripsina intra-pancreática tem papel fundamental na origem da pancreatite aguda desencadeada por cálculos biliares.

A pancreatite crônica é irreversível e o uso abusivo do álcool é sua principal causa.

Tratado de cirurgia do CBC – 2ª edição

**110. A** – Dor abdominal de início abrupto, repercussões sistêmicas e exame físico apresentando abdome em tábua.

Utiyama e.m.,(ed) et al. Propedêutica cirúrgica. 2ª ed. Manole, São Paulo, sp. 2007:176-201

**111. B** – No tratamento da síndrome de Ogilvie, é necessário avaliar sinais de perfuração iminente ou já instalada. Descartados estes sinais de alerta pode-se optar por um manejo conservador nas primeiras 24 a 48 horas. Neste período corrigir as possíveis causas, como distúrbios hidroeletrólíticos, além de medidas de alívio, como sondagem gástrica de alívio. Caso não seja obtida melhora neste período pode-se fazer uso de inibidores da acetilcolinesterase. Manter o paciente sob monitorização e vigilância constantes por pelo menos 30 minutos. Caso não seja obtido o efeito esperado ou recorra deve-se tentar a descompressão via colonoscopia e em última instância recorrer à descompressão percutânea ou cirurgia.

Tratado de cirurgia Sabiston 19ª edição

Clínica cirúrgica Colégio Brasileiro de Cirurgiões

**112. B** – O “sinal do cinto de segurança” indica um traumatismo de alta energia cinética com aumento brusco da pressão intra-abdominal e compressão de vísceras ocas e desaceleração com ruptura mesenterial com consequente sangramento. Peritonite, hipotensão e choque podem estar presentes já no exame primário.

Utiyama e m, Steinman e, Birolini d. Cirurgia de emergência. 2ª ed. Editora Atheneu, São Paulo. 2011:367

**113. D** – Traumatismos torácicos de alta energia com afundamento de tórax, com frequência são acompanhados de contusão pulmonar que levam à insuficiência respiratória aguda de instalação insidiosa porém com evolução de média a alta gravidade

Utiyama e m, Steinman e, Birolini d. Cirurgia de emergência. 2ª ed. Editora Atheneu, São Paulo. 2011:292

**114. A** - A dor testicular de início súbito em crianças ou adolescentes, sem antecedente de trauma local ou febre, deve ser suspeitado fortemente de tratar-se de torção de testículo. O exame de escolha para o diagnóstico é a ultrassonografia testicular com Doppler.

Urologia moderna /Rodolfo Borges dos Reis, Stenio de Cassio Zequi, Miguel Zeratti Filho. São Paulo: Lemar, 2013

**115. B** – Tendo-se como princípio que os cálculos de ácido úrico são radiotransparentes devido a sua baixa densidade, estes não seriam visualizados em uma radiografia tal qual a utilizada acima (alternativa c errada). No caso da nefrocalcinose ocorrem múltiplas calcificações papilares renais, normalmente não acometendo a pelve renal (alternativa d errada). Segundo o Harrison medicina interna 18ª edição, capítulo 287 e o Sabiston textbook of surgery 19th ed., os cálculos coraliformes são predominantemente constituídos por estruvita e crescem com frequência até alcançarem dimensões tão avantajadas que impedem sua penetração no ureter, sendo que até mesmo os mais volumosos normalmente são oligo ou assintomáticos e podem acarretar a perda da função renal, o que justifica a intervenção cirúrgica imediata dos mesmos (alternativa a correta; alternativas b e e erradas).

Sabiston textbook of surgery 19th ed.  
Harrison medicina interna 18ª edição

**116. C** – após o tratamento de revascularização do membro, pós uma oclusão arterial aguda o edema é por causa do aumento de volume do músculo causado pela revascularização aguda.

Tratado de cirurgia do cbc – 2ª edição.

**117. A** – fissura anal crônica é frequentemente acompanhada por pregas cutâneas externas (plicoma sentinela) na borda distal da fissura e papilas anais hipertrofiadas na proximal.

Tratado de cirurgia do cbc – 2ª edição.

**118. C** – Resposta "a" é correta pois após a ressecção da laringe, o paciente poderá ser reabilitado através de voz esofágica, laringe eletrônica ou confecção de fistula traqueo-esofágica com colocação de prótese vocal. Ficará com traqueostomia definitiva.

Cirurgia de cabeça e pescoço- fundamentos para a graduação médica. Lenine Garcia Brandão & Marília d'Elboux Guimarães, Sarvier, 2010.

Cummings otolaryngology - head and neck surgery-volume set: expert consult Paul W. Flint, Bruce H. Haughey, Mark A. Richardson, K. Thomas Robbins, J. Regan Thomas. 5ed. Mosby-Elsevier, 2010

**119. B** – Conhecimento sobre a carcinogênese do câncer coloretal, lesões precursoras, diagnóstico diferencial entre os diversos tipos de polipos encontrados na prática clínica, e opções de tratamento

Tratado de coloproctologia. Fábio Guilherme C. M. de Campos, Francisco Sérgio P. Regadas, Mauro Pinho; Editora Atheneu – 2012.

**120. A** - Processos agudos repetidos em pacientes portadores de colelitíase podem determinar o aparecimento de processos inflamatórios crônicos junto à vesícula biliar com aderências firmes do duodeno e do cólon na parede da vesícula. A fistulização destas vísceras ocas para a luz de vesícula, podem originar a migração de cálculo biliar de grande dimensão para a luz intestinal impactando na válvula ileocecal e consequente obstrução do intestino delgado. A fistulização para o cólon é bem mais rara. Os dados radiológicos confirmam o diagnóstico de obstrução do intestino delgado, pois não existe ar no cólon. A presença de aerobilia fala a favor da fistulização entre o duodeno e a vesícula biliar. A este quadro particular e raro de obstrução intestinal dá-se o nome de íleo biliar (cálculo biliar impactado na válvula ileocecal).

Postgrad med J. 1984. Oct; 60(708):698-9.  
Cholecystoduodenocolic fistula and gallstone ileus. Gibbons CP, Ross B.