

**Concurso Público para provimento de cargos de  
Médico - Nível III (Grau A) - Residência Médica  
Patologia**

Nome do Candidato

Caderno de Prova '29', Tipo 001

Nº de Inscrição

MODELO

Nº do Caderno

MODELO1

Nº do Documento

0000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

00001-0001-0001

**P R O V A****Conhecimentos Gerais  
Conhecimentos Específicos  
Dissertativa****INSTRUÇÕES**

- Verifique se este caderno:
  - corresponde a sua opção de cargo.
  - contém 40 questões, numeradas de 1 a 40.
  - contém a proposta e espaços para rascunho e transcrição definitiva das três questões dissertativas.Caso contrário, reclame ao fiscal da sala um outro caderno.  
Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta certa.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

**VOCÊ DEVE**

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A,B,C,D,E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, conforme o exemplo: (A) ● (C) (D) (E)
- Ler o que se pede na Prova Dissertativa e utilizar, se necessário, o espaço para rascunho.

**ATENÇÃO**

- Marque as respostas primeiro a lápis e depois cubra com caneta esferográfica de material transparente de tinta 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 máquina calculadora.
- Em hipótese alguma os rascunhos das questões da Prova Dissertativa serão corrigidos.
- A duração da prova é de 5 horas para responder a todas as questões objetivas, preencher a Folha de Respostas e responder a Prova Dissertativa (rascunho e transcrição).
- Ao término da prova, chame o fiscal da sala e devolva todo o material recebido.
- Proibida a divulgação ou impressão parcial ou total da presente prova. Direitos Reservados.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

1. Em relação às instituições públicas, é correto afirmar:
  - (A) Uma organização é considerada moderna se é capaz de usar o conhecimento para desenvolver e oferecer novos produtos e serviços, dentro de espírito inovador e criativo.
  - (B) Um ambiente de trabalho moderno é bastante rígido, proporciona disciplina, impermeabiliza procedimentos já existentes dentro da organização e evita inovações que desestabilizem a rotina.
  - (C) O fornecimento de informações aos cidadãos é essencialmente seletivo, para que eles não influenciem significativamente as decisões políticoadministrativas.
  - (D) A política de capacitação de servidores públicos prescinde de ferramentas de informática e uso das tecnologias da informação.
  - (E) O compartilhamento de conhecimento e informação na gestão pública será incluído como prioridade apenas em políticas de gestão do conhecimento futuras.

---

2. No momento em que o Governo avalia o desempenho de suas organizações e de seus servidores por metas ou objetivos alcançados, ele está avaliando a gestão pública por meio
  - (A) da eficiência.
  - (B) da eficácia.
  - (C) da efetividade.
  - (D) da qualidade.
  - (E) do custo.

---

3. De uma maneira geral, as competências gerenciais são classificadas em três categorias: conhecimentos, habilidades e atitudes. Essas categorias são necessárias para ocupar um cargo de gerente e dependem do nível hierárquico do cargo, das tarefas a serem desenvolvidas pelo gerente e do tipo de organização, entre outros fatores. A relação correta entre habilidades e nível hierárquico é:
  - (A) Quanto mais alto o nível hierárquico do cargo a ser ocupado, mais habilidades técnicas serão requeridas.
  - (B) Em cargos de gerências táticas e intermediárias são requeridas com maior intensidade as chamadas habilidades e atitudes.
  - (C) Em cargos com características operacionais são requeridas maiores habilidades técnicas como principal condição desse gerenciamento.
  - (D) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades atitudinais serão requeridas.
  - (E) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades conceituais serão requeridas.

---

4. O Brasil é um Estado organizado de forma Federativa. Isto significa que as atribuições inerentes aos poderes executivo, legislativo e judiciário são divididas em duas esferas de atuação: a Federal (União) e a Estadual. Em relação a essas esferas, é INCORRETO afirmar que
  - (A) a cúpula dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário formam o núcleo estratégico do Estado.
  - (B) aos Estados e Municípios são atribuídas as ações de caráter local.
  - (C) a Constituição da União e as leis federais determinam o escopo e o alcance das constituições dos Estados Federados.
  - (D) o critério de divisão de poderes entre União e Estados membros é, ao mesmo tempo, funcional e territorial.
  - (E) os Estados têm total autonomia para formulação e aplicação de suas políticas, independentemente do poder central.

---

5. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) consta que: “são significativos os fatores externos decorrentes do desenvolvimento do capital humano sob a perspectiva do Ciclo de Vida. Ao mesmo tempo em que uma população saudável e bem nutrida influencia positivamente os indicadores educacionais, o investimento em educação tem reflexos positivos sobre os indicadores de saúde”.  
Dentre outras, são ações propostas no PMDI:
  - (A) adoção de perspectiva integrada de desenvolvimento do capital humano; salto de qualidade no ensino e ampliação da escolaridade da população jovem mineira, orientada por padrões internacionais (OCDE); superação da pobreza crônica das novas gerações; protagonismo juvenil e capacitação para o trabalho.
  - (B) aumento do número de escolas e hospitais de atendimento público; aumento de ambulatórios setoriais ou regionais; aumento do número de vagas para médicos no atendimento público.
  - (C) adoção de qualidade no ensino e no atendimento público em todos os órgãos destinados à população; superação da pobreza crônica e capacitação para o trabalho.
  - (D) superação da pobreza crônica; elaboração de programas materno-infantil e de adolescentes para diminuir a mortalidade infantil; construções de escola de nível médio e de ensino superior.
  - (E) construções de redes de hospitais de atendimento público; implantação em todo o estado mineiro do Programa de Saúde do Trabalhador; Construção de Escolas Públicas para aumentar o número de vagas disponíveis e capacitação para o trabalho.



6. É VETADO ao Funcionário Público
- (A) facilitar as atividades de fiscalização pelos órgãos de controle.
  - (B) observar os princípios e valores da Ética Pública.
  - (C) divulgar e informar a todos os integrantes de sua classe sobre a existência de Código de Conduta Ética.
  - (D) utilizar-se do cargo, emprego ou função para obter qualquer favorecimento para si ou outrem.
  - (E) apresentar-se ao trabalho com vestimentas adequadas ao exercício da função.
- 
7. Dentre as características das organizações públicas modernas, nas quais o conhecimento é valorizado, encontra-se
- (A) coordenação centralizada de tarefas.
  - (B) predomínio do trabalho individual.
  - (C) transmissão do conhecimento coletivo, de preferência, em forma de documentos impressos.
  - (D) o servidor-polivalente e inovador.
  - (E) diminuição do poder dos usuários dos serviços dessas empresas.
- 
8. Segundo seu delineamento, em um estudo de
- (A) *coorte*, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (B) caso-controle, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (C) prevalência, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (D) caso-controle, o risco da doença não é medido diretamente.
  - (E) caso-controle e de prevalência, o risco da doença é medido diretamente.
- 
9. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe
- (A) que as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde do país sejam homogeneizadas e contempladas dentro de um documento igual para todos os estados.
  - (B) que a esfera federal de gestão realize todo o planejamento e a regionalização das ações fique a cargo dos estados e municípios.
  - (C) que cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) realize o seu planejamento.
  - (D) instrumentos de planejamento de centralização: Plano Diretor, Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).
  - (E) Plano Federal Bienal de Saúde, instrumento básico que norteia a Programação Bienal das ações e serviços de saúde prestados.
- 
10. Sobre os modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar que
- (A) se fundamentam em regionalização, integralização e terceirização dos serviços.
  - (B) cada doença tem um nível de atenção à saúde (primária, média complexidade e alta complexidade) predeterminado.
  - (C) se fundamentam em regionalização e integração dos serviços interfederativos.
  - (D) foram implantados com vistas ao atendimento das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).
  - (E) os serviços de atenção primária são as únicas portas de entrada no sistema SUS.



- 
11. O projeto de vigilância em saúde (Vigisus) é
- (A) voltado à redução de mortalidade por doenças transmissíveis e não abrange a exposição a fatores de risco associados com a saúde.
  - (B) composto de duas fases: Vigisus I (1999 a 2004) para Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigisus II (2005-2013) para Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.
  - (C) destinado à redução da mortalidade e da morbidade de doenças transmissíveis, mas não abrange as doenças não transmissíveis.
  - (D) executado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Fundação Nacional de Saúde, sendo financiado pelo Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento.
  - (E) direcionado para serviços de saneamento em grandes aglomerados urbanos e, por isso, não inclui a saúde de povos indígenas e quilombolas.
- 
12. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições,
- (A) o controle e a fiscalização do serviço de internação e atendimento ambulatorial, não abrangendo a execução da política de sangue e seus derivados.
  - (B) a fiscalização e inspeção de alimentos quanto à qualidade sanitária, sem abranger a vigilância nutricional e a orientação alimentar.
  - (C) a participação na formulação da política de saúde pública, não incluindo a execução de ações de saneamento básico.
  - (D) a participação no controle e formulação da política de medicamentos, excetuando a participação na produção de insumos de interesse para a saúde.
  - (E) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
- 
13. O controle social no Sistema Único de Saúde
- (A) diminuiu após a Norma Operacional Básica (NOB 1/96), desde que esta redefiniu vínculos de serviços com seus usuários.
  - (B) está contemplado em um dos blocos de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde.
  - (C) está previsto somente para serviços públicos de assistência à saúde.
  - (D) pressupõe ações dos usuários sobre serviços, exclusivamente, da iniciativa privada.
  - (E) requer financiamento do próprio usuário.
- 
14. A educação em saúde, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) é o objetivo de um Programa destinado a capacitar trabalhadores da saúde para a utilização adequada de equipamentos usados em serviços de saúde.
  - (B) está prevista em legislação, mas ainda não existe uma secretaria de gestão relacionada a essa área.
  - (C) restringe-se a um compromisso de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores da saúde.
  - (D) refere-se à qualificação de trabalhadores da saúde e, ainda, à promoção de hábitos saudáveis aos usuários do SUS.
  - (E) prevê atividades exclusivas dos trabalhadores da saúde para atendimento da população.
- 
15. Quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência podem corresponder ao Piso Assistencial Básico (PAB) destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal.
  - (B) na esfera estadual, conta com recursos transferidos pela União e essas transferências regulares não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
  - (C) na esfera municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, existem transferências eventuais da União para municípios, as quais não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
  - (D) os fundos de saúde dos municípios não podem receber verba oriunda de reembolso de despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde.
  - (E) os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG) e o teto financeiro do estado; não deve conter os tetos de municípios.
-



16. Na legislação do Sistema Único de Saúde,
- (A) “Programação Pactuada e Integrada (PPI)” restringe-se às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.
  - (B) “Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)” é um montante que corresponde ao financiamento do conjunto de ações assistenciais em situações de emergência, assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde, transferido eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde.
  - (C) “Índice de Valorização de Resultados (IVR)” consiste na atribuição de valores adicionais ao teto financeiro da assistência do estado, transferidos eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, quando houver obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
  - (D) “Remuneração por Serviços Produzidos” restringe-se ao pagamento direto aos prestadores privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor.
  - (E) “Fração Assistencial Especializada (FAE)” é um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.
- 
17. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê:
- (A) Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade de serviços de média complexidade, incluindo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar para sua própria população.
  - (B) Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, nos quais as funções de gestão e relacionamento com prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor municipal, podendo este delegar aos gestores de hospitais as funções de controle e avaliação dos prestadores.
  - (C) Ao governo federal cabe prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município, para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência, sempre de acordo com a Programação Pactuada e Integrada.
  - (D) A assistência de alta complexidade deve ser programada no âmbito federal, e em alguns casos macrorregionais, tendo em vista as características especiais desse grupo: alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.
  - (E) A programação da assistência de alta complexidade, consolidada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, não deve conter a referência de pacientes para outros Estados, ou mesmo, reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados.
- 
18. As ações de auditoria dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são
- (A) atividades que necessitam de um órgão que consolide as informações necessárias, analise os resultados obtidos em decorrência de suas ações, mas não proponha medidas corretivas.
  - (B) de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho.
  - (C) ações de controle que podem, ou não, auditar procedimentos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos.
  - (D) ações de controle que excluem autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, desde que sejam critérios médicos.
  - (E) monitoramentos da qualidade dos serviços prestados, sem priorizar a regularidade e fidedignidade de registros de produção e faturamento de serviços.
- 
19. Segundo Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS-NOAS 01), houve fortalecimento do controle, regulação e avaliação da assistência aos usuários devido
- (A) à criação de procedimentos técnico-administrativos prévios à prestação de serviços hospitalares, os quais não podem ser fiscalizados pelos usuários.
  - (B) à previsão de compra de serviços da rede privada, pautada apenas na sua indisponibilidade na rede pública.
  - (C) à possibilidade de compra de serviços da rede privada com base no interesse público e necessidades assistenciais.
  - (D) à implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos que não podem ser avaliados pelos usuários.
  - (E) ao fato do gestor federal elaborar todos os planos de controle, regulação e avaliação para fortalecimento da capacidade de gestão.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

20. A bacterioscopia e cultura de escarro ou aspirado endotraqueal traz informações importantes para o clínico, principalmente, na instituição rápida de uma terapêutica eficaz. Sendo assim, o laboratório deve se assegurar que a amostra é representativa. Está correto afirmar que:
- (A) no trato respiratório superior, encontram-se diferentes bactérias, mas a cultura com identificação de agentes patogênicos sempre indica infecção.
  - (B) amostras consideradas não representativas em imunossuprimidos seguem a mesma interpretação dos imunocompetentes.
  - (C) amostras consideradas não representativas com isolamento de fungos como *Histoplasma* ou *Pneumocystis* ou vírus, não devem ser valorizadas.
  - (D) no esfregaço corado pelo Gram, o número de leucócitos >10 e de células epiteliais <10 por campo no aumento de dez vezes é uma amostra representativa.
  - (E) nos aspirados endotraqueais, valores encontrados acima de  $10^2$  UFC/mL (Unidades Formadoras de Colônias/mL) são considerados significativos.
- 
21. A resistência bacteriana tem sido um desafio na terapêutica de infecções hospitalares portanto a detecção laboratorial é importante para o clínico. Em relação aos testes de triagem e confirmatórios para bactérias produtoras de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL),
- (A) o teste de triagem inicial pode ser realizado com ceftazidima ou cefotaxima.
  - (B) o teste confirmatório com disco combinado beta-lactâmicos e inibidor de beta-lactamase é baseado na diminuição do halo do beta-lactâmico na presença do ácido clavulânico.
  - (C) o teste é considerado positivo quando se obtém uma zona menor ou igual a 5 mm entre o disco combinado e o correspondente não combinado.
  - (D) as bactérias que mais comumente produzem ESBL são bacilos Gram-negativos não fermentadores.
  - (E) a combinação de mecanismos de resistência nas bactérias com presença de Amp<sup>i</sup>-C não leva a dificuldade de identificação ESBLs, uma vez realizado o teste com disco combinado de maneira correta.
- 
22. O período de aquisição da toxoplasmose, principalmente na gravidez, é de grande importância devido a infecção congênita. Com relação ao diagnóstico laboratorial,
- (A) em pacientes imunossuprimidos, como pacientes de AIDS e transplantados, a sorologia é importante para o diagnóstico de doença ativa.
  - (B) a presença de IgM positiva indica infecção antiga.
  - (C) a avides para IgG menor que 30% indica infecção antiga.
  - (D) o PCR (Reação em cadeia da polimerase) para *Toxoplasma* no líquido amniótico sempre está indicado para afastar a possibilidade de infecção fetal.
  - (E) na primeira semana de doença aguda a IgM e IgG podem estar negativas.
- 
23. Um paciente apresenta adenomegalia febril com atipia linfocitária, com sorologias IgG e IgM positivas para mononucleose (vírus Epstein Barr), toxoplasmose e caxumba, simultaneamente. Acerca deste achado laboratorial, é correto afirmar:
- (A) Trata-se de um paciente imunossuprimido.
  - (B) O paciente tem as três infecções, simultaneamente.
  - (C) A avides de IgG associada não auxilia no diagnóstico diferencial neste paciente.
  - (D) Trata-se de erro laboratorial.
  - (E) Trata-se de reatividade cruzada entre os anticorpos da classe IgM da mononucleose, toxoplasmose e caxumba.
- 
24. A manifestação clínica como uretrite e vaginite por *Clamídia* é uma das mais frequentes doenças bacterianas. Quanto aos exames laboratoriais necessários para estabelecer o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis,
- (A) técnicas moleculares, como PCR (Reação em cadeia da polimerase) em tempo real nas mulheres, devem ser colhidas de secreção vaginal, pois o raspado endocervical não aumenta a sensibilidade do diagnóstico.
  - (B) nas uretrites e vaginites por *Clamídia*, a sorologia por testes imunoenzimáticos e imunofluorescência indireta sempre indicam doença ativa.
  - (C) a soro-prevalência para *Clamídia* pode ultrapassar 50% na população feminina com diagnóstico de doença inflamatória pélvica, portanto, a sorologia não é um teste para diagnóstico de doença ativa.
  - (D) no homem, a sensibilidade do PCR (Reação em cadeia da polimerase) na urina de primeiro jato não equivale a do raspado uretral, devendo ser colhido desta maneira com intuito de aumentar a sensibilidade.
  - (E) até uma semana do início do tratamento com antimicrobianos, a pesquisa de DNA para *Clamídia* não deve ser realizada devido a alta possibilidade de teste negativo.



25. Em relação ao diagnóstico laboratorial da hepatite B,
- (A) anti-HBeAg normalmente indica o início da fase replicativa.
  - (B) o anti-HBcAg é o único anticorpo que confere imunidade ao vírus da hepatite B (VHB), sendo indicativo de cura ou está presente em pacientes vacinados.
  - (C) a mutação pré-core detectada por sequenciamento leva à ocorrência de elevados níveis de HBeAg, indicando alta replicação.
  - (D) a prevalência de HBV-DNA positivo pode ocorrer em pacientes com HBsAg negativo, podendo chegar a 10% em pacientes sem doença hepática.
  - (E) anti-HBcAg total indica contato com o vírus da hepatite B, estando presente apenas associado à presença do vírus da hepatite B.
- 
26. Nos últimos anos a resistência bacteriana tem atingido proporções elevadas deixando o médico sem opções terapêuticas. Neste contexto, a produção de carbapenemases tem sido um desafio, portanto, sua detecção precoce é extremamente importante para o isolamento destes pacientes evitando sua disseminação. A interação com o laboratório é fundamental, sendo assim, em relação as carbapenemases,
- (A) o teste de Hodge positivo é o indicativo principal da produção de carbapenemase tipo metallo.
  - (B) a sensibilidade aos carbapenêmicos em cepas produtoras de KPC (*Klebsiella* produtora de carbapenemase) indicada pelo Vitek tem resultados confiáveis, não sendo necessária a confirmação deste achado por testes adicionais.
  - (C) a resistência *in vitro* ao ertapenem é um marcador importante laboratorial, podendo sugerir a produção de KPC (*Klebsiella* produtora de carbapenemase).
  - (D) a confirmação de produção de KPC (*Klebsiella* produtora de carbapenemase) é realizada pelo teste de Hodge, não sendo necessário PCR (Reação em cadeia da polimerase).
  - (E) KPC (*Klebsiella* produtora de carbapenemase) é produzida somente pela *Klebsiella* sp.
- 
27. Em relação ao diagnóstico diferencial laboratorial das hepatites,
- (A) o aumento expressivo nas concentrações séricas de gamaglobulinas, associado à elevação das amino-transferases/transaminases, sugere o diagnóstico de hepatite viral aguda.
  - (B) a presença de FAN (fator antinúcleo), anticorpos antimúsculo liso (AML) ou anti-LKM1 (*Liver/Kidney microsomal antibody*) acima de 1:80, fazem o diagnóstico de hepatite autoimune.
  - (C) anticorpos antimitocondria estão, quase sempre, presentes nas hepatites autoimunes.
  - (D) nas hepatites autoimunes as sorologias para as hepatites A, B e C normalmente são positivas.
  - (E) na cirrose biliar primária os anticorpos mais frequentes são os anticorpos antimúsculo liso (ALM).
- 
28. Com relação ao diagnóstico de meningites pela análise do líquido cefalorraquidiano (liquor),
- (A) os enterovírus, causadores frequentes de meningite viral, podem ser detectados por técnicas moleculares como sequenciamento genômico de microrganismos em 2 horas.
  - (B) a leucoencefalopatia multifocal progressiva, causada pelo vírus JC, precisa de altas cargas virais para ser detectada no liquor. Devido a isso a biopsia cerebral é necessária.
  - (C) aglutinação pelo látex para diagnóstico de meningite bacteriana principalmente para *N. meningitidis*, *H. influenzae* e *S. pneumoniae*, é uma técnica de baixa sensibilidade e especificidade, sendo preferível a contraímunoeletroforese.
  - (D) só se recomenda a bacterioscopia e cultura para identificação da bactéria responsável pela meningite no liquor, pois em outros materiais, como sangue e pele (local com petéquias), raramente isola-se o microrganismo.
  - (E) o quimiocitológico do liquor tem alto grau de especificidade para o diagnóstico etiológico final.
- 
29. Com a necessidade de busca da qualidade nos processos laboratoriais, foram criados os programas de acreditação brasileiros, como o Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC) da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML), e o Departamento de Inspeção e Credenciamento da Qualidade (DICQ) da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC). Devido a importância destes programas de qualidade dos laboratórios clínicos,
- (A) há vários fatores pré-analíticos que podem provocar erros ou variações nos resultados dos exames, mas estes fatores são de fácil controle pelo laboratório.
  - (B) todas as atividades do laboratório devem ser relatadas em um documento identificado como POP, ou seja, Procedimento Operacional Padrão.
  - (C) para monitorar e avaliar o desempenho dos processos analíticos empregados é suficiente o Controle Interno da Qualidade.
  - (D) a fase pós-analítica inclui cálculo e liberação dos resultados, mas, uma vez confirmado o resultado e entregue ao paciente, não há necessidade de armazenar amostra do paciente.
  - (E) treinamento de pessoal, descarte de material biológico e limpeza de material fazem parte das atribuições da medicina do trabalho e da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), não necessitando constar no documento do laboratório.



30. No monitoramento de pacientes sob terapia com anticoagulantes, um teste de tempo de
- (A) coagulação (Lee-White), em pacientes com heparina, pode ser prolongado em deficiência grave de qualquer fator de coagulação (<6%), exceto fatores XIII (fator de estabilização da fibrina) e VII.
  - (B) coagulação (Lee-White), para monitorar terapia com heparina é sempre aumentado em pacientes com doença de Von Willebrand.
  - (C) trombotina parcial ativado (TPTa) não é indicado para monitorar tratamento com heparina, pois avalia apenas os fatores de coagulação VII e XIII importantes na formação de trombina.
  - (D) protombina (TP) é o mais indicado para monitorar terapia com heparina, mas não serve para os casos sob tratamento com cumarínicos e derivados da indandiona.
  - (E) coagulação (Lee-White) é mais indicado do que o tempo parcial de trombotina ativada (TPTa), em casos sob heparina, por ser preciso e sensível para detectar condições leves de sangramento.
- 
31. Sobre fatores que podem interferir e alterar resultados laboratoriais,
- (A) um plasma turvo ou icterico pode resultar em valores muito baixos no tempo de trombotina parcial ativado (TPTa).
  - (B) a contaminação da amostra de sangue com heparina é causa comum de aumento do tempo de trombina, teste usado para detectar fibrinogênio normal.
  - (C) o fator reumatoide é importante para vários exames, mas não para testes de aglutinação com partículas de látex.
  - (D) a estação do ano e a posição do paciente (sentado, deitado ou em pé) na hora da coleta não são relevantes para exame de colesterol sérico total.
  - (E) a dosagem de tiroxina total sérica (T4) pode estar aumentada em pacientes sob uso de aspirina.
- 
32. O diagnóstico diferencial da leucemia mielogênica crônica inclui resultado de
- (A) fosfatase alcalina leucocitária (LAP), em geral, acima de 150, diferente do valor (abaixo de 10) observado com frequência na leucemia mieloblástica aguda ou alto (>150) na reação granulocítica leucemoide.
  - (B) mieloblastos e promieloblastos no sangue, ou medula óssea, abaixo de 30%, semelhante ao observado em mielofibrose, mas diferente da leucemia mieloblástica aguda na qual essa contagem é acima de 30%.
  - (C) cromossomo Filadélfia ausente, em contraste com resultado positivo observado na leucemia mieloblástica aguda, assim como na reação granulocítica leucemoide e mielofibrose.
  - (D) contagem de leucócitos acima de cem mil por milímetro cúbico, o que é raramente observado na leucemia mieloblástica aguda e não ocorre na reação granulocítica leucemoide.
  - (E) fibrose na medula óssea, em contraste com a hiperplasia granulocítica observada na reação granulocítica leucemoide e na mielofibrose; na leucemia mieloblástica observa-se contagem acima de 30% de mieloblastos.
- 
33. No diagnóstico laboratorial das anemias é correto afirmar:
- (A) O nível de ferro sérico aumentado, contagem de plaquetas acima de 100.000 por milímetro cúbico e de neutrófilos acima de 1.000 por milímetro cúbico, em sangue periférico, caracterizam anemia aplásica.
  - (B) Na anemia hipoplásica idiopática, ou anemia não-regenerativa, a contagem de reticulócitos está aumentada, em regra, ou normal.
  - (C) Anemias normocíticas não-hemolíticas e sem causa óbvia, caracterizadas por fortes alterações nas hemácias do sangue periférico, devem levar à suspeita de fibrose medular.
  - (D) Dosagem baixa de folato sérico indica deficiência de folato e evidência de deficiência tecidual e, portanto, exclui avaliação de folato das hemácias.
  - (E) Na anemia macrocítica da doença hepática a macrocitose arredondada uniforme é um achado raro, mas estomatócitos podem estar presentes nessa doença.
- 
34. A coleta e manutenção da amostra biológica são fases críticas para a grande maioria dos exames laboratoriais, e por isso
- (A) a estocagem do soro, para dosagem de ácido fólico sérico, deve ser feito à temperatura de 37 °C.
  - (B) a urina noturna (8 h), para teste de atividade da desidrogenase láctica (LDH), deve ser mantida à temperatura ambiente.
  - (C) as amostras de fezes, destinadas a exame do sangue oculto, devem ser reidratadas até a realização do teste.
  - (D) o esfregaço sanguíneo, para pesquisa de hemácias falciformes, deve ser seco e bem fixado sob aquecimento.
  - (E) a velocidade de hemossedimentação deve ser avaliada dentro do período de 2 h, após a coleta.





35. O exame das isoenzimas da desidrogenase láctica (LD) sérica é útil para delinear a fonte tissular da LD total sérica elevada. Desse modo, no diagnóstico dessas doenças as seguintes associações são verdadeiras:
- (A) Embolia pulmonar (*cor pulmonale*) ou carcinoma da próstata e LD-1 maior do que LD-2.
  - (B) Dermatomiosite ou neoplasma maligno do sistema nervoso central e aumento de LD-3 e LD4.
  - (C) Linfoma maligno ou lúpus eritematoso sistêmico e aumento de LD-5.
  - (D) Infecção viral ou neoplasma e aumento de LD1.
  - (E) Infarto agudo do miocárdio ou infarto cortical renal agudo e aumento de LD-1 maior do que LD-2.
- 
36. A avaliação laboratorial para diagnóstico de febre reumática aguda indica que
- (A) o valor da elevação do título da anti-estreptolisina O (ASO) está relacionado com a gravidade da doença e a albumina sérica está aumentada e as globulinas alfa2 e gama estão diminuídas.
  - (B) o título de anticorpos anti-estreptocócicos está elevado, a velocidade de hemossedimentação está aumentada e se relaciona com a proteína C-reativa.
  - (C) índices de queda nos títulos da anti-estreptolisina O (ASO) estão relacionados com o curso da infecção.
  - (D) os resultados do teste anti-DNase estão diretamente proporcionais aos de anti-estreptolisina O e as hemoculturas são, em geral, negativas para estreptococo do grupo A.
  - (E) os títulos de anti-hialuronidase são inversamente proporcionais aos de anti-estreptolisina O e a proteína C-reativa não se correlaciona com a velocidade de hemossedimentação.
- 
37. As reações denominadas enzimas imunoensaios
- (A) têm como base a separação dos complexos antígeno-anticorpo para conjugação da enzima.
  - (B) têm a vantagem de utilizar radioisótopos e, por isso, sua especificidade é superior aos testes de aglutinação ou precipitação.
  - (C) utilizam enzimas com atividades inespecíficas e, por isso, formam conjugados tanto com antígenos quanto com anticorpos.
  - (D) são métodos quantitativos em que a reação antígeno anticorpo é monitorada por medida da atividade enzimática.
  - (E) raramente utilizam a enzima peroxidase devido ao alto custo, dificuldade de obtenção e perda rápida de atividade.
- 
38. Sobre as reações de inibição da hemaglutinação direta para rubéola, sarampo e influenza, é correto afirmar:
- (A) As partículas virais, quando estão presentes na amostra biológica, inibem a aglutinação das hemácias.
  - (B) Anticorpos presentes na amostra biológica aglutinam as hemácias recobertas pelos vírus.
  - (C) Baseiam-se na capacidade dos antígenos virais de, espontaneamente, aglutinarem certos tipos de hemácias.
  - (D) Partículas de látex são sensibilizadas com hemácias que se ligam nas partículas virais presentes na amostra.
  - (E) Baseiam-se na capacidade dos anticorpos anti-virais aglutinarem certos tipos de hemácias em condições de laboratório.
- 
39. A citometria de fluxo é uma técnica que
- (A) mede uma partícula, ou uma célula, de cada vez e não valores médios de uma população.
  - (B) o sensor analisa as estruturas e formas das células, mas não o tamanho das mesmas.
  - (C) o sensor é dotado de uma luz fluorescente que atravessa as células.
  - (D) não emprega anticorpos monoclonais ou policlonais.
  - (E) não requer o alinhamento das células, podendo estas estarem aglomeradas.
- 
40. Criança nascida de cesária por rotura prematura de placenta; no berçário identificaram hepato-esplenomegalia e a pesquisa de *Trypanosoma cruzi* foi positiva no sangue (na coleta do hemograma). A mãe tinha sido tratada para doença de Chagas aguda após transfusão há 20 anos. Em relação ao diagnóstico, é correto afirmar que
- (A) na fase aguda da doença de Chagas a pesquisa direta do parasita é a técnica recomendada. Se negativa e a suspeita for forte, podem ser associados PCR (Reação em cadeia da polimerase) e IgM para Chagas.
  - (B) a detecção de IgG na criança até 6 a 9 meses idade, após parto, faz diagnóstico de Chagas de transmissão transplacentária.
  - (C) a associação de métodos sorológicos na fase crônica de Chagas não aumenta a sensibilidade e especificidade para o diagnóstico.
  - (D) a reativação de Chagas pode ocorrer em situações de imunossupressão, sendo assim recomenda-se como métodos de primeira escolha, os testes sorológicos.
  - (E) os testes sorológicos mais utilizados atualmente são: a reação de fixação de complemento (Machado Guerreiro), imunofluorescência indireta e testes imunoenzimáticos.



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



**PROVA DISSERTATIVA**

**QUESTÃO 1**

O *Treponema pallidum* é um microrganismo altamente fastidioso e de difícil cultivo. Levando-se em conta o fato de estar ocorrendo um aumento da incidência de sífilis no mundo, torna-se evidente a importância do laboratório no diagnóstico desta doença sexualmente transmissível.

a. Cite os exames diretos que podem ser realizados no cancro duro.


RASCUNHO

**Redação Definitiva**


b. Cite os testes sorológicos disponíveis:

- Testes não treponêmicos (TNT).
- Testes treponêmicos (TT).


RASCUNHO

**Redação Definitiva**




c. Exemplifique dentro dos resultados dos testes TNT e TT associados as situações clínicas abaixo:

- Possível teste falso positivo.
- Infecção recente.
- Infecção latente ou cicatriz sorológica.


**Redação Definitiva**


d. Cite os testes sorológicos que podem ser usados para prever resposta ao tratamento.


**Redação Definitiva**


e. Cite uma técnica molecular para diagnóstico em material clínico.


**Redação Definitiva**


NOTA



**QUESTÃO 2**

Os marcadores tumorais, servem para:

- a. Monitorar o efeito de cirurgias e quimioterapia;
- b. Prever recorrência das lesões;
- c. Acompanhar evolução clínica;
- d. Definir o tumor de origem da doença.

Descreva as possibilidades de resultado do marcador CA-125 sérico e cite as interpretações desse exame, em cada uma dessas quatro situações. Explique se existe resultados falso-positivos e falso-negativos. Relacione o CA-125 sérico com antígeno carcinoembrionário (CEA) para indicar a localização do tumor.


RASCUNHO

**Redação Definitiva**


NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA

**QUESTÃO 3**

Este é um trecho do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Doença de Alzheimer.

*A Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. Embora não haja cura para DA, a descoberta de que é caracterizada por déficit colinérgico resultou no desenvolvimento de tratamentos medicamentosos que aliviam os sintomas.*

*O diagnóstico da DA é de exclusão e segue os critérios do National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDSADRDA).*

*Os Inibidores da acetilcolinesterase representam a principal linha de tratamento da DA. As revisões chegam a conclusões similares em certas doses testadas. Comparados com placebo, os inibidores da colinesterase revelaram efeitos consistentes. Revisões da Cochrane Collaboration de cada um dos inibidores da colinesterase já foram completadas e publicadas. Há vinte e três estudos com donepezila (5.272 pacientes randomizados), nove com rivastigmina (3.449 pacientes randomizados) e nove com galantamina (5.194 pacientes randomizados). O objetivo da maioria destes estudos é avaliar a eficácia e a tolerabilidade do inibidor da colinesterase entre os grupos tratados e placebo ao longo de 3 ou 6 meses. Apenas 46% dos ensaios clínicos randomizados discutiram a significância clínica dos seus resultados, sendo que a maioria das medidas de significância clínica era baseada em opinião.*

*As revisões chegam a conclusões similares: em certas doses testadas, nas mais altas do que nas mais baixas, os inibidores da colinesterase mostram maior eficácia sobre a função cognitiva, atividades de vida diária, comportamento e estado clínico global, comparada a do placebo, bem como mais efeitos adversos, como náusea, anorexia, vômitos, cefaleia e dor abdominal, associados com o inibidor da colinesterase do que com o placebo.*

Com base no texto, retirado dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, pergunta-se:

- a. Qual é o objetivo da elaboração de diretrizes médicas?


**Redação Definitiva**




b. Quais foram os métodos de coleta de evidências para estabelecer a opção terapêutica?


**Redação Definitiva**


c. Se você fosse planejar um estudo para obter um alto grau de recomendação e força de evidência para os medicamentos propostos, como organizaria?


**Redação Definitiva**








NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA