

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

Nome do Candidato

Caderno de Prova '14', 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. Quanto à prevenção de infecção da corrente sanguínea relacionada a dispositivo intravascular é correto afirmar que

- (A) não há evidências de que a adoção de um grupo de medidas específicas (*bundle*) diminua a incidência de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central, de curta permanência, em unidades de terapia intensiva.
- (B) o sítio de inserção jugular é o que apresenta menor risco de infecção relacionada a cateter venoso central de curta permanência.
- (C) permanência por mais de 10 dias, secreção purulenta no sítio de inserção e inserção em caráter de urgência são fatores independentes de indicação de remoção e troca de cateter venoso central de curta permanência.
- (D) não há indicação de trocas periódicas programadas dos equipos de infusão.
- (E) após 24 horas de instalação de cateter venoso central de curta permanência, o sítio de inserção pode ser mantido coberto com gaze estéril ou membrana transparente semipermeável.

21. Indique a alternativa que contempla três indicações independentes de cobertura antimicrobiana para infecção por cocos Gram-positivos, usando glicopeptídeo, para tratamento da neutropenia febril em pacientes oncológicos.

- (A) Colonização por *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina (MRSA), sepse grave e mucosite grau 3.
- (B) Presença de cateter venoso central de longa permanência, mucosite grau 3 e hemoculturas com crescimento de cocos Gram-positivos.
- (C) Colonização por *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina (MRSA), sepse grave e presença de cateter venoso central de longa permanência.
- (D) Cateter venoso central com secreção no local de inserção, neutropenia por mais de sete dias e sepse grave.
- (E) Neutropenia por mais de sete dias, mucosite grau 3 e bacteriemia à manipulação de cateter venoso central.

22. Com relação à hepatite C crônica, é correto afirmar que

- (A) 70 a 85% dos indivíduos infectados desenvolvem hepatite crônica, com evolução para cirrose em 20 a 30 anos.
- (B) dos genótipos prevalentes no Brasil, o 1 e o 4 são os mais agressivos e, por isso, os novos inibidores de protease (boceprevir e telaprevir) devem ser associados ao esquema terapêutico.
- (C) a resposta virológica sustentada é obtida em 35 a 50% dos infectados com o genótipo 1 do HCV tratados por 48 semanas com a associação de interferon peguilado e ribavirina.
- (D) em infecções recentes, monoterapia com um inibidor de protease (boceprevir ou telaprevir) pode ser cogitada, com o intuito de aumentar a tolerabilidade ao tratamento.
- (E) os genótipos 2 ou 3 são menos virulentos e a evolução para cirrose é pouco provável nos pacientes infectados por esses genótipos.

23. Paciente de 34 anos é trazido ao pronto-socorro com história de febre alta (T até 39 °C) e cefaleia holocraniana há três dias, vômitos há um dia. Hoje, extremamente sonolento, contactuando com dificuldade. Ao exame físico nota-se rigidez de nuca ++/4+. Papilas sem edema. Como antecedente, esposa refere que o paciente sofreu acidente automobilístico há um ano, com traumatismo craniano avaliado como leve na ocasião, mas que o paciente havia referido em algumas ocasiões uma coriza persistente em narina direita. Colhido líquido cefalorraquidiano, que revelou: 1.235 leucócitos/mm³, sendo 87% de neutrófilos, proteínas = 234 mg/dL e glicose: 8 mg/dL.

O agente etiológico mais provavelmente envolvido nesse quadro é

- (A) *Staphylococcus aureus*.
- (B) *Streptococcus pneumoniae*.
- (C) *Pseudomonas aeruginosa*.
- (D) *Escherichia coli*.
- (E) *Haemophilus influenzae*.

24. No que se refere à infecção pelos vírus linfotrópicos de células T humanas, sabe-se que

- (A) pode ser causada por dois tipos virais, HTLV-1 e HTLV-2, ambos retrovírus que exibem citotropismo preferencial para linfócitos T CD4+.
- (B) a transmissão materno-infantil dessas retrovíroses é associada ao aleitamento materno prolongado.
- (C) o HTLV-1 é etiológicamente associado à leucemia de células T do adulto, a quadros neurodegenerativos (paraparesia espástica tropical e esclerose múltipla) e a síndromes inflamatórias (uveítes, artrites, polimiosites e síndrome de Sjögren).
- (D) do ponto de vista diagnóstico, a sorologia baseada em ensaios imunoenzimáticos é útil para identificar o tipo viral responsável pela infecção (HTLV-1 ou HTLV-2).
- (E) o emprego de antirretrovirais associado a imunomoduladores é eficaz para o tratamento da mielopatia associada à infecção por HTLV-1.

25. Em relação ao tratamento das infecções por bactérias multirresistentes, é correto afirmar que

- (A) a daptomicina é o antimicrobiano de escolha para tratamento de pneumonia por *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina (VRE).
- (B) há evidências de melhor resposta à terapia combinada com polimixina e quinolona, em relação à monoterapia com polimixina, nas infecções de corrente sanguínea por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos.
- (C) o nível sérico desejado de vancomicina para tratamento de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à vancomicina (MRSA) não depende do sítio de infecção.
- (D) a terapia combinada com polimixina e aminoglicosídeo é uma opção para tratamento de infecção da corrente sanguínea por *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase (KPC).
- (E) a tigeciclina não pode ser utilizada para o tratamento de infecção intra-abdominal por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenêmicos, devido à baixa concentração tissular local.



26. A alternativa que contempla as opções consideradas como de primeira escolha para o tratamento, respectivamente, das seguintes enteroparasitoses: microsporíase; estrogiloidíase; giardíase e himenolepiase é:
- (A) fumagilina; tiabendazol; furazolidona e clorossalicilamida.
 (B) albendazol; albendazol; metronidazol e nitazoxanida.
 (C) nitazoxanida; albendazol; albendazol e mebendazol.
 (D) albendazol; ivermectina; metronidazol e praziquantel.
 (E) paromomicina; ivermectina; furazolidona e praziquantel.
-
27. A malária é uma das mais importantes endemias brasileiras. Em relação às características clínico-epidemiológicas dessa doença no Brasil, pode-se afirmar corretamente que
- (A) nas últimas décadas, vêm-se observando aumento da mortalidade por malária na região amazônica em função do aparecimento de cepas de *Plasmodium falciparum* resistentes aos antimaláricos.
 (B) hospedeiros primoinfectados, gestantes, indivíduos esplenectomizados e pessoas que vivem com HIV/Aids são considerados de alto risco para desenvolvimento de complicações da malária *falciparum*.
 (C) a maior gravidade da malária *falciparum*, quando comparada à malária *vivax* está relacionada à ocorrência frequente de recaídas.
 (D) a febre periódica característica da malária *vivax* é terça, enquanto observada na infecção por *Plasmodium falciparum* é quarta.
 (E) na malária *falciparum* o tratamento somente com esquizotomicidas sanguíneos é capaz de levar o paciente à cura clínica e à cura radical.
-
28. Paciente do sexo masculino, com 31 anos, é garimpeiro em Itaituba-PA há três meses. Relata que há cinco dias apresenta febre alta, porém não aferida, diária, com calafrios e sudorese, acompanhada de intenso mal-estar e cefaleia. Refere não evacuar há dois dias. Ao exame físico apresenta-se toxemiado, febril (temperatura axilar = 38,9 °C), anictérico, descorado +/++++ e desidratado ++/++++. PA = 110/80, Pulso = 64 batimentos por minuto, Frequência respiratória = 16 incursões por minuto. Ausculta pulmonar normal. Precórdio sem alterações. Abdome plano, flácido, doloroso à palpação profunda em hipogástrio. Fígado a 2 cm do rebordo costal direito, amolecido e doloroso à palpação. Baço percutível e palpável junto ao rebordo costal esquerdo, consistência normal e doloroso. Ruídos hidroaéreos presentes. Descompressão brusca negativa.
- Do ponto de vista clínico,
- (A) a hipótese diagnóstica de malária pode ser afastada pelo fato da febre ser contínua.
 (B) o hemograma com leucopenia, neutrofilia com desvio à esquerda e aneosinofilia reforçaria a hipótese diagnóstica de febre tifoide.
 (C) deve-se pensar na hipótese diagnóstica de hepatite aguda B. Nesse caso, as aminotransferases se mostrariam bastante elevadas (concentrações superiores a 20 vezes a do limite superior da normalidade) e o diagnóstico poderia ser confirmado pela detecção sérica de AgHBs.
 (D) o diagnóstico de febre tifoide deve ser buscado por meio de coprocultura para isolamento da *Salmonella typhi*.
 (E) caso o paciente apresente malária por *Plasmodium vivax*, a pesquisa de hematozoários deve revelar a presença de trofozoítas jovens, mas não a de esquizontes no sangue periférico.
-
29. A leishmaniose tegumentar americana é doença que se encontra em franca expansão no território brasileiro. Do ponto de vista terapêutico, é considerada a droga de primeira escolha:
- (A) Miltefosina.
 (B) Anfotericina B.
 (C) Antimoniato de N-metil glucamina.
 (D) Sulfato de pentamidina.
 (E) Estibogluconato de sódio.
-
30. Evidências recentes confirmam a eficácia de novas tecnologias biomédicas para a prevenção da infecção por HIV/Aids. Nesse contexto, pode-se dizer que
- (A) a circuncisão foi capaz de reduzir significativamente a aquisição do HIV por homens submetidos a essa intervenção, bem como a transmissão do vírus de homens soropositivos circuncidados para suas parceiras sexuais.
 (B) no estudo CAPRISA, a aplicação intravaginal de gel de tenofovir como microbicida, em dose única, até 12 horas antes da relação sexual, reduziu em 60% o risco de aquisição do HIV.
 (C) na profilaxia pós-exposição (PEP), a terapia antirretroviral não deve ser recomendada após 72 horas da exposição sexual acidental ao HIV.
 (D) o uso de antirretrovirais como profilaxia pré-exposição (PrEP) é eficaz entre homens que fazem sexo com homens (HSH), mas não se mostrou útil para prevenir a transmissão viral em parcerias heterossexuais sorodiscordantes.
 (E) em pacientes sob terapia antirretroviral, a negatização da viremia elimina a excreção sexual do HIV, razão pela qual se pode entender o tratamento também como uma estratégia de prevenção.
-
31. Segundo o "Consenso Brasileiro de Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV", de 2008, a combinação de drogas NÃO recomendada é:
- (A) Abacavir e tenofovir.
 (B) Fosamprenavir e lopinavir/ritonavir.
 (C) Didanosina e zidovudina.
 (D) Efavirenz e atazanavir.
 (E) Enfuvirtida e raltegravir.
-
32. Na meningoencefalite criptocócica, são sinais de prognóstico ruim:
- (A) infecção por *Cryptococcus gatti* e níveis de pressão de abertura à punção líquórica superiores a 30 cm H₂O.
 (B) início abrupto e infecção por *Cryptococcus neoformans* var. *grubi*.
 (C) infecção por HIV e contagem de leucócitos no líquido superior a 500/mm³, no momento do diagnóstico.
 (D) presença de lesões periventriculares "em bolha de sabão" à ressonância magnética e hipoglicorraquia inicial.
 (E) presença de nódulo pulmonar compatível com criptococoma e proteinorraquia superior a 100 mg/dL.



33. Dentre as causas de endocardite infecciosa com hemocultura persistentemente negativa, destacam-se:
- (A) *Bartonella* spp e *Coxiella burnetii*.
 - (B) *Borrelia burgdorferi* e *Brucella abortus*.
 - (C) *Nocardia brasiliensis* e *Actinomyces israelii*.
 - (D) *Corynebacterium* spp e *Mycobacterium kansasii*.
 - (E) *Rickettsia rickettsii* e *Rhodococcus equi*.
34. Com relação à síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI), observada no contexto da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), é correto afirmar que
- (A) sua ocorrência não guarda relação com os níveis de carga viral e de linfócitos T CD4+ prévios à introdução dos antirretrovirais.
 - (B) no modelo de SIRI por desmascaramento, o sarcoma de Kaposi é a manifestação mais comum, sobretudo com comprometimento visceral.
 - (C) a ocorrência de SIRI, após o início do tratamento de tuberculose disseminada e da introdução dos antirretrovirais é de tal forma comum que justifica a introdução de corticosteroide associado ao esquema antimicobacteriano.
 - (D) a SIRI, envolvendo a neuroinfecção por *Cryptococcus neoformans*, está entre as mais comuns e pode justificar o reestabelecimento de hipertensão intracraniana ao longo do tratamento antimicótico.
 - (E) a suspensão dos antirretrovirais nunca se justifica, mesmo nas formas de SIRI muito graves e que não respondem a elevadas doses de corticosteroides.
35. Com relação aos herpes-vírus, é correto afirmar:
- (A) O HHV-8 é implicado na patogenia das úlceras gigantes do tubo digestivo e na leucoplasia pilosa oral, em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida.
 - (B) O DNA do vírus de Epstein-Barr (EBV) é encontrado em tecido neoplásico na maioria dos casos de doença linfoproliferativa associada à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).
 - (C) A detecção do DNA do citomegalovírus (CMV) em aspirado de medula óssea constitui-se no método diagnóstico preferencial da pancitopenia associada a esse agente em pacientes coinfectados por HIV (vírus da imunodeficiência humana).
 - (D) A infecção por vírus herpes simplex (HSV-1 e -2) está associada etiologicamente à maior parte das encefalites difusas em pacientes imunodeprimidos.
 - (E) A reativação da infecção pelo vírus varicela-zoster (VZV) em pacientes imunodeprimidos, sempre resulta em doença disseminada.
36. Atualmente, o sítio de doença por citomegalovírus mais frequente em pacientes imunodeprimidos não-AIDS
- (A) é o sistema nervoso central.
 - (B) é o trato respiratório.
 - (C) é o trato gastrointestinal.
 - (D) é o trato urinário.
 - (E) são a coróide e a retina.
37. No manejo da dengue, a detecção precoce dos chamados sinais de alerta constitui-se em importante estratégia de diagnóstico de complicações. Três desses sinais são:
- (A) dor abdominal, prova do laço positiva e oligúria.
 - (B) hipotensão postural, dor abdominal e hipotermia.
 - (C) cefaleia recorrente, vômitos e diarreia.
 - (D) leucopenia, plaquetose e queda súbita do hematócrito.
 - (E) convulsões, leucocitose às custas de linfocitose e plaquetopenia.
38. No aconselhamento relativo às imunizações pré-viagem, deve-se orientar que
- (A) a imunização anti-amarílica não é recomendada para viajantes com destinos para a região Sudeste, localizados nos estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais.
 - (B) a quimioprofilaxia antimalárica com mefloquina é indicada para viajantes com destino à região amazônica cujo tempo estimado de permanência na região seja superior a 15 dias.
 - (C) as vacinas contra sarampo e rubéola não são indicadas para viajantes com destino a países da Europa Ocidental.
 - (D) peregrinos com destino à Arábia Saudita (Hajj) devem receber a vacina antimeningocócica quadrivalente.
 - (E) pessoas que vivem com HIV, mesmo que se dirijam a áreas de transmissão de febre amarela, não podem receber a vacina de vírus vivo atenuado.
39. Segundo as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde em 2012, NÃO se recomenda iniciar a terapia antirretroviral combinada para
- (A) indivíduos sintomáticos, independentemente do número de linfócitos CD4+ que exibem em sangue periférico.
 - (B) gestantes, independentemente do número de células CD4+ periféricas.
 - (C) indivíduos assintomáticos, com menos de 500 células CD4+ periféricas/mm³.
 - (D) indivíduos com mais de 500 células CD4+ periféricas/mm³, coinfectados pelo vírus da hepatite B, sem indicação de tratamento da hepatite.
 - (E) pacientes com tuberculose ativa associada à infecção por HIV, de qualquer forma clínica, independentemente do número de células CD4+ periféricas.
40. Em relação à tuberculose, o Ministério da Saúde recomenda
- (A) utilizar esquema combinado de 4 drogas (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), nos primeiros dois meses e terapia dupla (rifampicina e isoniazida), nos quatro meses subsequentes para os casos de meningoencefalite.
 - (B) o tratamento da infecção latente em indivíduos infectados pelo HIV e reatores à intradermoreação com PPD, empregando-se para tal a monoterapia com isoniazida, por seis meses.
 - (C) em casos de meningoencefalite associar corticosteroide ao esquema terapêutico antimicobacteriano somente nos casos em que houver sinais de hipertensão intracraniana.
 - (D) investigar o perfil de sensibilidade do *Mycobacterium tuberculosis* isolado do paciente em todos os casos, tendo em vista o recente incremento na prevalência de isolados multirresistentes.
 - (E) evitar o uso de inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos em associação à rifampicina em pacientes com coinfeção HIV - tuberculose.

**PROVA DISSERTATIVA****QUESTÃO 1**

Na admissão do Pronto-Socorro de Hospital, em Belo Horizonte, uma paciente, 36 anos, natural de Almenara (MG), zona rural, e residente em Contagem (MG) há 24 anos, é trazida por familiares, com história de diarreia há 45 dias, tendo perdido cerca de 12 quilos nesse período. Há duas semanas esteve em consulta com um clínico geral que prescreveu apenas dieta hipogordurosa e hidratação por via oral, com o que não obteve melhora. Familiares informam que a paciente apresentou um episódio aparentemente convulsivo em casa, há um dia, e que depois disso manteve-se sonolenta e contactuando com dificuldade. Notaram também que a paciente tem permanecido com tosse pouco produtiva e “cansaço” para respirar há cerca de 20 dias.

Os familiares informam que a paciente é viúva há 4 anos, sem filhos, mora sozinha e que o marido faleceu em Hospital de Montes Claros (MG) por uma pneumonia surgida durante visita à sua mãe que residia nessa cidade.

Ao exame físico, observa-se paciente emagrecida, descorada +/-, anictérica, taquipnéica (FR = 28 ipm), taquicárdica (FC = 116 bpm) e febril (temperatura axilar = 37,8 °C), pele descamativa. Pouco contactuante, sonolenta.

Orofaringe: placas esbranquiçadas na mucosa jugal e palato mole.

Pulmões: murmúrio vesicular presente bilateralmente com sibilos leves e difusos.

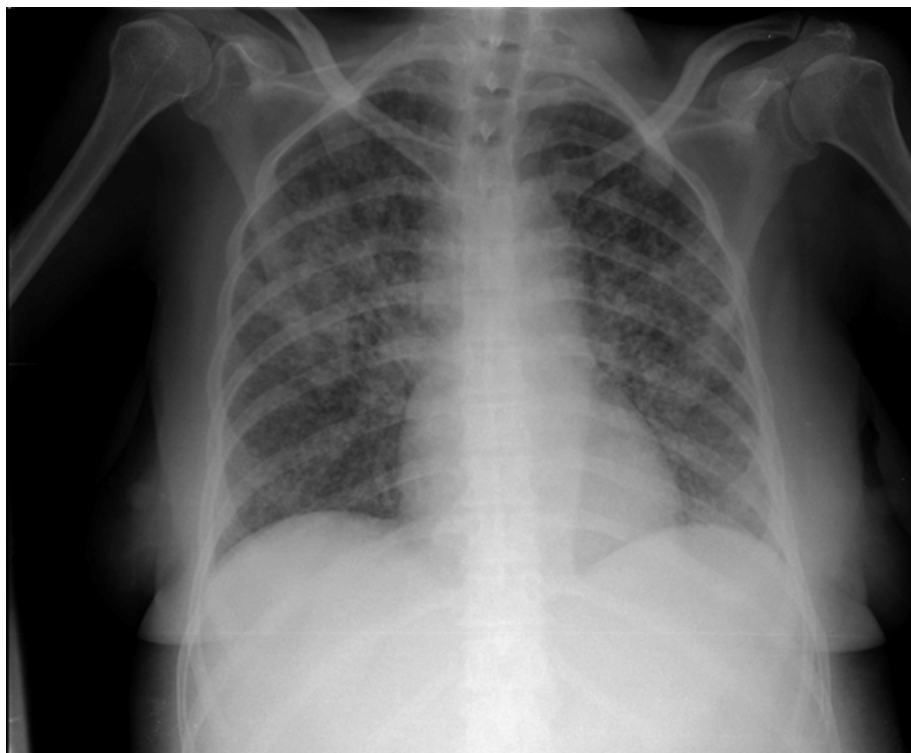
Coração: bulhas rítmicas taquicárdicas, normofonéticas sem sopros.

Abdome: flácido, doloroso à palpação difusamente e ruídos hidroaéreos presentes e aumentados.

Membros: edema de tornozelos +/-.

Pele: difusamente descamativa.

Aos exames iniciais, obtém-se os seguintes resultados:

RX de tórax



Tomografia computadorizada de crânio



Exames laboratoriais

	Resultado
Hemoglobina	9,2 g/L
Hematócrito	27%
Leucócitos	2.340 / mm ³
Diferencial	Neutrófilos 72% Eosinófilos 5% Basófilos 0% Linfócitos 10% Monócitos 13%
Plaquetas	98.000/mm ³
Creatinina sérica	1,8 mg/dL
Ureia sérica	79 mg/dL
TGO (AST)	52 U/L
TGP (ALT)	45 U/L
Bilirrubina direta/indireta	1,05/0,6 mg/dL
Potássio	3,1 mEq/L
Sódio	128 mEq/L
Gama GT	115 U/L
Fosfatase alcalina	220 U/L
DHL	590 U/L
pH arterial	7,43
pO ₂ arterial	61 mmHg
pCO ₂ arterial	25 mmHg
Bicarbonato arterial	19 mmHg
Saturação O ₂	90%
Teste rápido para HIV	positivo



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