



Universidade Federal Fluminense



CONCURSO PÚBLICO  
DE  
SELEÇÃO  
PARA  
RESIDÊNCIA MÉDICA  
  
2008

PROVA TIPO A

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
COM  
ACESSO DIRETO



# CONCURSO 2008 PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

UFF – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
CCM – CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
HUAP – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO  
COREME – COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA



Hospital Universitário  
Antônio Pedro

## 1ª ETAPA – PROVA A

Prova a ser realizada pelos candidatos aos seguintes Programas de Residência Médica:

- Anestesiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Medicina de Família e Comunidade
- Medicina Preventiva e Social
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Obstetrícia e Ginecologia
- Oftalmologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Patologia
- Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
- Pediatria
- Psiquiatria
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem

### INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- ✗ Além deste caderno, você deverá ter recebido o cartão destinado às respostas das questões formuladas na prova; caso não tenha recebido o cartão, peça-o ao fiscal. Em seguida, verifique se este caderno contém enunciadas oitenta questões.
- ✗ Verifique se o número do seu documento de identificação e seu nome conferem com os que aparecem no CARTÃO DE RESPOSTAS; em caso afirmativo, assine-o e leia atentamente as instruções para seu preenchimento; caso contrário, notifique imediatamente ao fiscal.
- ✗ Cada questão proposta apresenta cinco alternativas de resposta, sendo apenas uma delas a correta. No cartão de respostas, atribuir-se-á pontuação zero a toda questão com mais de uma alternativa assinalada, ainda que dentre elas se encontre a correta.
- ✗ Não é permitido portar ou fazer uso de aparelhos de recebimento central de mensagens (*paggers*), aparelho de telefonia celular, qualquer tipo de aparelho que permita intercomunicação, nem material que sirva para consulta.
- ✗ Não é permitido copiar as alternativas assinaladas no cartão de respostas.
- ✗ O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do cartão de respostas, é de quatro horas.
- ✗ Reserve os quinze minutos finais para preencher o cartão de respostas usando, exclusivamente, caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul.
- ✗ Certifique-se de ter assinado a lista de presença.
- ✗ Quando terminar, entregue ao fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO DE RESPOSTAS, que poderá ser invalidado se você não o assinar.

APÓS O AVISO PARA INÍCIO DA PROVA, VOCÊ  
DEVERÁ PERMANECER NO LOCAL DE REALIZAÇÃO  
DA MESMA POR, NO MÍNIMO, NOVENTA MINUTOS.





**01** Considere-se a hipótese de dois pacientes.

O paciente A tem 28 anos e é do sexo masculino. Informa febre de início súbito há cinco dias, acompanhada de intensa mialgia. Está lúcido, desidratado, extremamente icterício. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações, discreta rigidez de nuca, ausência de sinais neurológicos ou visceromegalias. Apresenta-se oligoanúrico. Pressão arterial = 110 x 70 mm Hg. Leucometria = 17 mil/mm<sup>3</sup>, com 15% de bastões. Plaquetas de 42 mil/mm<sup>3</sup>. Uréia = 126 mg%, Creatinina = 3,5 mg%. Bilirrubinas totais = 11 mg%, com predomínio de direta (9,9 mg%). AST = 132, ALT = 84.

A paciente B tem 32 anos e é do sexo feminino. Informa febre de início súbito há 3 dias, acompanhada de intensa mialgia. Está lúcida, desidratada e apresenta escleróticas levemente icterícas. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações, ausência de sinais neurológicos, discreta hepatomegalia. Extremidades frias e pegajosas. Pressão arterial = 60 x 20 mm Hg. Leucometria = 2300/mm<sup>3</sup>, com 65% de linfócitos e alguns linfócitos atípicos. Plaquetas = 42 mil/mm<sup>3</sup>. Uréia = 56 mg%, creatinina = 1,5 mg%. Bilirrubinas totais = 3,8 mg%, com predomínio de direta (3,1 mg%). AST = 443, ALT = 340.

É mais provável que estes pacientes tenham, respectivamente:

- (A) hepatite e dengue.
- (B) dengue e sepse.
- (C) leptospirose e hepatite.
- (D) sepse e leptospirose.
- (E) leptospirose e dengue.

**02** A parasitose que deve ser investigada em um indivíduo adulto acometido de meningite por *Escherichia coli* é a:

- (A) estrogiloidíase.
- (B) oxiuríase.
- (C) ancilostomíase.
- (D) teníase.
- (E) himenolepíase.

**03** A neoplasia maligna do pulmão que possui células com imunopositividade para marcadores neuroendócrinos, tais como cromogranina e sinaptofisina, é:

- (A) adenocarcinoma.
- (B) carcinoma de pequenas células.
- (C) carcinoma de células escamosas.
- (D) carcinoma bronquíolo-alveolar.
- (E) linfoma.

**04** Considerem-se as afirmativas abaixo:

- I) Na avaliação dos lipídios séricos de um paciente, a conduta mais correta é solicitar uma eletroforese de lipoproteínas e, caso esta apresente alteração, deve-se avaliar os níveis de colesterol e de triglicerídios.
- II) A hidrólise dos triglicerídios que fazem parte do VLDL no plasma é feita pelas lipases lipoprotéicas (hepática e extracelular).
- III) A enzima LCAT promove a hidrólise dos triglicerídeos que fazem parte dos quilomicrons.
- IV) O ingresso de VLDL intacta nos triglicerídeos provê parte do suprimento destes para as células periféricas.
- V) Dietas ricas em ácidos graxos saturados aumentam o colesterol plasmático por reprimir a síntese de receptores LDL.

Assinale a combinação de afirmações corretas.

- (A) I, II e III.
- (B) I, II e IV.
- (C) I e IV.
- (D) II e V.
- (E) III, IV e V.

**05** Para um paciente que apresentava edema generalizado (anasarca) pediu-se a pesquisa de proteínas na urina e dosagem de proteínas séricas, constatando-se proteinúria e hipoproteinemia acentuadas. Solicitou-se, além disso, eletroforese de proteínas séricas, que revelou aumento da fração alfa-2 globulina e decréscimo das demais frações. Com base em tais resultados, é correto afirmar que:

- (A) o paciente apresenta infecção aguda tendo em vista que a alfa-2 globulina é constituída predominantemente de proteínas de fase aguda.
- (B) os dados são típicos de uma hepatopatia crônica, tipo cirrose.
- (C) o paciente apresenta um quadro muito sugestivo de síndrome nefrótica.
- (D) os dados não são suficientes para sugerir um possível diagnóstico.
- (E) o paciente apresenta uma paraproteinemia, tipo mieloma.

**06** O exame clínico do coração, em caso de estenose mitral grave, revela, freqüentemente:

- (A) reforço pré-sistólico + ruflar diastólico.
- (B) quarta bulha do VE + hiperfonese de B2 (P2).
- (C) reforço pré-sistólico + estalido de abertura mitral.
- (D) reforço pré-sistólico + sopro holossistólico.
- (E) terceira bulha do VE + estalido de abertura mitral.

**07** Paciente com 16 anos, sexo feminino, apresenta a doença de Graves. Após seis meses de tratamento com dose máxima de Metimazole (Tapazol), ainda não compensou o quadro de tireotoxicose. A melhor conduta em tal caso é:

- (A) fracionar a dose do Metimazole em três tomadas diárias.
- (B) acrescentar Lugol ao tratamento.
- (C) indicar tireoidectomia total com esvaziamento ganglionar.
- (D) indicar dose terapêutica com iodo radioativo.
- (E) trocar o Metimazole pelo Propiltiouracil.

**08** Em relação à asma, é correto afirmar que:

- (A) a eosinofilia no sangue periférico está presente em todos os casos.
- (B) está associada à edema brônquico e aumento de muco, além de apresentar reatividade à histamina e metacolina.
- (C) costuma estar associada à aspergilose pulmonar.
- (D) é precoce a destruição tecidual na evolução da patologia.
- (E) fora dos eventos de broncoespasmo, a capacidade de difusão do monóxido de carbono encontra-se alterada.

**09** Descompensação cardíaca direita, com combinação de hipoperfusão e hipóxia hepáticas, seguida de necrose hemorrágica centrolobular, dando ao fígado uma aparência mosqueada conhecida como fígado em noz moscada, é observada em caso de:

- (A) adenoma hepático.
- (B) infarto hepático.
- (C) congestão passiva crônica hepática.
- (D) peliose hepática.
- (E) síndrome de Budd-Chiari.

**10** Constituem critérios maiores para o diagnóstico de endocardite infecciosa:

- (A) febre, hemocultura positiva, fenômeno de Raynaud`s.
- (B) febre, vegetação vista ao ecocardiograma, artralgia.
- (C) novo sopro de regurgitação valvar, insuficiência cardíaca, embolia sistêmica.
- (D) febre, hemocultura positiva, dor torácica.
- (E) hemocultura positiva, vegetação vista ao ecocardiograma, novo sopro de regurgitação valvar.



- 11** Em relação ao diagnóstico de anemia, assinale a resposta correta.
- (A) A presença de esplenomegalia afasta o diagnóstico de anemia ferropriva
  - (B) A contagem de reticulócitos é muito importante na avaliação inicial de um paciente com anemia.
  - (C) As hemácias em alvo estão presentes no esfregaço do sangue periférico de pacientes com anemia por perda crônica de sangue.
  - (D) A eletroforese de hemoglobina faz parte da avaliação inicial de qualquer paciente com anemia.
  - (E) A vida média das hemácias, em situações normais, é de 120 dias, a das plaquetas, de nove horas, a dos granulócitos, dez dias.
- 12** O mais freqüente quadro clínico inicial de reação adversa à transfusão de sangue encontra-se na alternativa seguinte:
- (A) náuseas e vômitos.
  - (B) sibilos e dispnéia.
  - (C) desconforto no local da punção.
  - (D) febre.
  - (E) dor lombar.
- 13** Paciente traz para a consulta uma ultra-sonografia, solicitada por sua ginecologista, que mostra um nódulo com 1,6 cm, sólido, hipoecóico, sem halo periférico, com microcalcificações e contorno irregular. Na palpação da região cervical, o nódulo não é percebido. Nessa situação, deve-se adotar a seguinte conduta:
- (A) tratar com tiroxina em doses elevadas para suprimir o TSH e assim provocar uma involução do nódulo, que tem características de benignidade na ultra-sonografia.
  - (B) indicar tireoidectomia, pois o nódulo tem características de malignidade ao ultra-som.
  - (C) dosar TSH, T4-livre e realizar punção aspirativa por agulha fina (PAAF).
  - (D) observar e fazer nova ultra-sonografia de três em três meses.
  - (E) fazer punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e administrar em seguida 30 mCi de iodo radioativo.
- 14** Com relação à infecção pelo *Helicobacter pylori*, é correto afirmar que:
- (A) desempenha papel importante na patogenia do linfoma Malt, mas não na patogenia do adenocarcinoma gástrico avançado.
  - (B) é transmissível por via oral-oral ou fecal-oral.
  - (C) sua erradicação, em paciente com úlcera duodenal *H. pylori* +, vai depender da presença ou não de atrofia ou metaplasia intestinal.
  - (D) sua erradicação, em paciente com úlcera gástrica *H. pylori* +, vai depender da presença ou não de atrofia ou metaplasia intestinal.
  - (E) sua erradicação, em paciente com linfoma Malt *H. pylori* +, vai depender da presença ou não de atrofia ou metaplasia intestinal.



**15** Marque a alternativa correta no que se refere à diarreia aguda.

- (A) A presença de leucócitos fecais caracterizaria uma diarreia secretória.
- (B) O uso de antiespasmódicos estaria indicado nas diarreias disentéricas com o objetivo de reduzir a perda de sangue nas fezes.
- (C) A coprocultura deve ser solicitada preferencialmente para pacientes com suspeita de diarreia inflamatória associada a sinais de gravidade.
- (D) A diarreia dos viajantes é um exemplo de diarreia osmótica.
- (E) Os antimicrobianos devem ser iniciados precocemente com o objetivo de prevenir a translocação bacteriana.

**16** Assinale a resposta correta no que diz respeito ao sangramento digestivo alto associado ao uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINES).

- (A) Os efeitos nocivos dos AINES são sistêmicos, com exceção do AAS que atua também por via tópica.
- (B) O risco de sangramento não aumenta na população idosa.
- (C) O uso contínuo de AINES não é fator de risco independente para sangramento digestivo alto.
- (D) A hemorragia digestiva alta ocorre com maior frequência nos pacientes portadores de *Helicobacter pylori*.
- (E) A ingestão concomitante de alimentos reduz o potencial de agressão dos AINES.

**17** Segundo a classificação de Borrmann, o adenocarcinoma gástrico que apresenta lesão ulcerada com bordas elevadas pode ser considerado como do tipo:

- (A) I.
- (B) II.
- (C) III.
- (D) IV.
- (E) V.

**18** A diverticulite do cólon sigmóide, complicada com peritonite generalizada, pode ser tratada da seguinte forma:

- (A) antibióticos intravenosos, laparotomia, drenagem e lavagem exaustiva da cavidade abdominal.
- (B) hospitalização, antibióticos intravenosos, reposição hidroeletrolítica e dieta rica em fibras.
- (C) sigmoidostomia em alça com lavagem e drenagem da cavidade abdominal.
- (D) transversostomia direita para exclusão do trânsito intestinal.
- (E) ressecção do cólon sigmóide, colostomia proximal do cólon descendente, fechamento do coto retal, lavagem e drenagem da cavidade abdominal.

**19** As bactérias mais comumente isoladas na colecistite aguda e/ou colangite são:

- (A) *escherichia coli* e *klebsiella*.
- (B) *pseudomonas* e *enterobacter*.
- (C) *enterococcus* e *streptococcus*.
- (D) *clostridium* e *candida*.
- (E) *escherichia coli* e *pseudomonas*.

**20** A pomada de diltiazem a 2% pode ser usada na seguinte condição clínica:

- (A) abscesso perianal.
- (B) hemorróidas de segundo grau.
- (C) hemorróidas de terceiro grau.
- (D) fissura anal crônica.
- (E) fistula anal.

**21** De acordo com a classificação de Nyhus para as hérnias da virilha, a hérnia inguinal indireta que tem um anel interno alargado, mas a parede posterior intacta e vasos epigástricos inferiores profundos anatômicos e sem distorções, pode ser classificada como pertencendo ao tipo:

- (A) I.
- (B) II.
- (C) III B.
- (D) IV.
- (E) IV B.

**22** Paciente do sexo feminino, 39 anos, com quadro de diarreia persistente, realizou clister opaco que evidenciou múltiplos defeitos de enchimento, com serrilhamento mucoso nas paredes dos colons descendente e sigmóide, acompanhado de redução da distensibilidade. O restante dos colons apresenta aspecto normal. O provável diagnóstico é de:

- (A) tuberculose intestinal.
- (B) adenocarcinoma.
- (C) diverticulite.
- (D) retocolite ulcerativa.
- (E) megacólon.

**23** Sabendo-se que, no vólculo do cólon, um segmento de alça está torcido sobre seu próprio eixo, em relação ao vólculo do sigmóide é possível afirmar que:

- (A) a transversostomia direita para descompressão do segmento distal do cólon deve ser realizada antes do tratamento definitivo.
- (B) a cirurgia de Hartmann está indicada na maior parte dos casos.
- (C) após a descompressão não-operatória, o tratamento cirúrgico eletivo está indicado apenas nos pacientes com sinais de necrose intestinal.
- (D) o tratamento definitivo é realizado com hemicolectomia esquerda.
- (E) o tratamento, na maioria das vezes, pode ser realizado com descompressão não cirúrgica para desfazer a torcedura.

**24** As queimaduras de 3º grau caracterizam-se por:

- (A) hiperalgesia local.
- (B) presença de vesículas com conteúdo sero-hemorrágico.
- (C) pele brancacenta marmórea e hipoálgica no local.
- (D) hiperemia local, dor intensa, presença de vesículas coalescentes.
- (E) anestesia no local e formação de vesículas extensas.

**25** Na contusão renal em adulto jovem clinicamente estável, com hematúria macroscópica conseqüente à lesão renal por desaceleração brusca em acidente automobilístico e com urografia excretora normal, o tratamento adequado pode ser:

- (A) laparotomia exploradora de urgência.
- (B) conservador com repouso absoluto.
- (C) uso de anticoagulantes.
- (D) terapia antimicrobiana imediata.
- (E) corticoterapia a longo prazo.

**26** A opção em que se diferencia a cicatriz hipertrófica de um quelóide verdadeiro é a seguinte:

- (A) caracteristicamente os quelóides surgem nas primeiras semanas após o ferimento, enquanto a cicatriz hipertrófica se apresenta no terceiro ou quarto mês após a lesão.
- (B) a cicatriz hipertrófica na maioria dos casos parece ser transmitida de forma autossômica dominante, enquanto o quelóide parece ser transmitido de forma autossômica recessiva.
- (C) histologicamente, os quelóides contêm abundância de colágeno, enquanto na cicatriz hipertrófica a produção de colágeno é normal.
- (D) o quelóide se estende além do limite da lesão tissular original, enquanto a cicatriz hipertrófica mantém-se aquém desse limite.
- (E) os quelóides são muito freqüentes e ocorrem predominantemente em pessoas de pele clara, enquanto a cicatriz hipertrófica é mais comum em negros.

**27** Constitui indicação de traqueostomia de urgência:

- (A) fratura da cricóide com cornagem e tiragem, trauma de face com hematoma da base da língua.
- (B) edema agudo de pulmão, asma.
- (C) intubação oro-traqueal por mais de 72 horas, cianose.
- (D) insuficiência respiratória aguda.
- (E) afogamento.

**28** Com relação a hematúria durante a micção, pode-se afirmar que:

- (A) a hematúria inicial é geralmente secundária à inflamação na área do colo vesical ou uretra prostática, enquanto que a hematúria total indica que o sangramento é da bexiga ou do trato urinário superior e a hematúria terminal (ao final da micção) provém da uretra.
- (B) a hematúria inicial provém da uretra, enquanto que a hematúria total indica que o sangramento é da bexiga ou do trato urinário superior e a hematúria terminal (ao final da micção) é geralmente secundária à inflamação na área do colo vesical ou uretra prostática.
- (C) a hematúria inicial indica que o sangramento é da bexiga ou do trato urinário superior, enquanto que a hematúria total é geralmente secundária à inflamação na área do colo vesical ou uretra prostática e a hematúria terminal (ao final da micção) provém da uretra.
- (D) a hematúria inicial provém do ureter, enquanto que a hematúria total indica que o sangramento é da bexiga ou do trato urinário superior e a hematúria terminal (ao final da micção) é geralmente secundária à inflamação na área do colo vesical ou uretra prostática.
- (E) a hematúria inicial provém da uretra enquanto, que a hematúria total indica que o sangramento é da bexiga ou do trato urinário superior e a hematúria terminal (ao final da micção) é geralmente secundária à inflamação renal ou ureteral.

**29** O sinal de **Rovsing** é sugestivo de apendicite aguda, a qual se diagnostica por meio de uma manobra semiológica que provoca:

- (A) dor à extensão do quadril direito.
- (B) aumento da dor à tosse provocada.
- (C) dor à rotação interna do quadril direito.
- (D) dor no quadrante inferior direito à palpação do esquerdo.
- (E) dor à punho-percussão renal direita.

**30** Entre as alterações fisiológicas causadas pela vagotomia troncular, pode-se citar a seguinte:

- (A) aumento da sensibilidade à gastrina.
- (B) aumento da sensibilidade à histamina.
- (C) redução do estímulo colinérgico nas células parietais.
- (D) hipoplasia da célula secretora de gastrina.
- (E) diminuição da gastrina em jejum.



**31** Os hormônios gastrointestinais têm um papel-chave em todos os aspectos da função do intestino delgado, incluindo motilidade, secreção e absorção, fluxo sanguíneo, crescimento e imunidade. Assinale a opção correta no que diz respeito a esses hormônios.

- (A) O peptídeo YY aumenta a motilidade gastrointestinal e a secreção gástrica e pancreática.
- (B) O principal estímulo à liberação de secretina é o ácido no duodeno, quando o pH luminal diminui para quatro ou menos.
- (C) A neurotensina aumenta a secreção gástrica e inibe a motilidade intestinal.
- (D) O enteroglucagon é produzido predominantemente no intestino delgado proximal e funciona estimulando a motilidade do intestino delgado.
- (E) A principal função fisiológica do polipeptídeo inibitório gástrico (PIG) é a regulação da liberação de colecistoquinina.

**32** Uma proteína da fase aguda é definida como aquela cuja concentração aumenta em pelo menos 25% durante doenças inflamatórias. Dentre as alternativas abaixo, assinale aquela em que se indica a proteína cuja produção, ao contrário, diminui durante a fase aguda.

- (A) Transferrina
- (B) Proteína C reativa
- (C) Amilóide A sérico
- (D) Fibrinogênio
- (E) Haptoglobina

**33** Gestante G1 P0 A0, idade gestacional de cinco semanas, chega ao serviço de pronto-atendimento queixando-se de dor nas mamas, com maior intensidade à direita. Ao exame, mamas aumentadas de volume, túrgidas, observando-se delicadas veias logo abaixo da pele e aumento de pigmentação dos mamilos. O diagnóstico é

- (A) síndrome de Page.
- (B) carcinoma inflamatório bilateral.
- (C) mastite aguda.
- (D) modificação do organismo materno induzido pela gravidez.
- (E) traumatismo.

**34** Primigesta, 27 semanas de gestação, apresenta na primeira consulta de pré-natal IgM e IgG negativos para toxoplasmose. A última sorologia realizada revelou o seguinte resultado: IgM positivo e IgG negativo. A melhor conduta, tendo em vista o quadro descrito, consiste em:

- (A) iniciar sulfadiazina 4g/dia e pirimetamina 25mg, após 37 semanas, para diminuir os riscos de transmissão vertical.
- (B) proceder à sorologia pareada de IgG e tratar, se houver aumento de quatro vezes na titulação.
- (C) fazer acompanhamento ultra-sonográfico semanal e iniciar espiramicina 3g/dia na presença de calcificações intracranianas difusas.
- (D) rastrear infecção fetal através de pesquisa de DNA do protozoário no líquido amniótico.
- (E) indicar a interrupção imediata da gestação.

**35** Considerando a aplicação clínica da dosagem de beta-HCG, é correto afirmar que:

- (A) a morte do ovo é acompanhada de lento decréscimo desse hormônio na circulação materna, não sendo útil na avaliação da vitalidade ovular.
- (B) os níveis de HCG na circulação fetal são superiores às taxas plasmáticas maternas.
- (C) a dosagem desse hormônio não deve ser considerada para o acompanhamento da gestação ectópica, uma vez que a ausência de saco gestacional intra-útero, visto pela ultra-sonografia, associado à presença de beta-HCG no plasma materno, é achado comum até sete semanas de gestação.
- (D) a doença trofoblástica gestacional é caracterizada por níveis elevados de beta-HCG.
- (E) a produção de beta-HCG é a primeira manifestação hormonal de gravidez incipiente.

**36** Paciente com 18 anos, gesta III para II, que nunca usou métodos contraceptivos, foi internada com sangramento vaginal e eliminação de vesículas. O plantonista diagnosticou doença trofoblástica gestacional (DTG). Sobre esta patologia é correto afirmar que:

- (A) a idade materna é importante fator de risco e mantém com a DTG correlação exponencial, onde as adolescentes mostram alta incidência da doença e as mulheres com mais de 40 anos exibem números baixos. Comportamento que difere do da síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21).
- (B) as molas hidatiformes completas são lesões diplóides, na maioria das vezes com cariótipo 46XX, e com todos os cromossomos de origem paterna – origem androgenética.
- (C) a mulher que teve um filho normal apresenta maior risco de desenvolver DTG em futura gravidez.
- (D) na mola hidatiforme parcial, a triploidia é o cariótipo mais freqüentemente encontrado, com dois genomas maternos e um paterno.
- (E) o uso de contraceptivos orais funcionam como fator de proteção contra a DTG.



**37** Gestante com 23 anos, gesta I para 0, com 20 semanas de gravidez, chega ao serviço de emergência relatando que sua “barriga está pequena”. Não existem outras queixas. Ao exame, batimentos cardíaco-fetais de 142 bpm ao sonar, fundo de útero na altura da cicatriz umbilical. Ao toque, colo posterior, fechado. Em vista do quadro apresentado, é correto afirmar que:

- (A) a realização de cardiotocografia basal pode assegurar o bem-estar fetal.
- (B) há suspeita de oligoidramnia, por isso dever-se-á solicitar ultra-sonografia para avaliação do volume líquido amniótico.
- (C) há a suspeita de restrição de crescimento fetal, devendo a gestante ser acompanhada por dopplerfluxometria.
- (D) ocorre a restrição de crescimento precoce associado a aneuploidia, devendo indicar-se amniocentese para avaliação do cariótipo fetal.
- (E) a altura do fundo uterino é compatível com a idade gestacional.

**38** Gestante GIII, PI, AI, 37 semanas, HIV positivo (carga viral inferior a 1.000 cópias por ml), altos níveis de linfócito CD4. Apresenta amniorrexe há oito horas. Dentre as características seguintes, aquela que representa fator de risco para transmissão vertical do HIV é:

- (A) altos níveis de linfócito CD4.
- (B) parto antes de 38 semanas de gestação.
- (C) carga viral inferior a 1.000 cópias por ml.
- (D) amniorrexe por tempo superior há quatro horas.
- (E) anemia microcítica.

**39** Paciente refere estar grávida pela primeira vez, queixa-se de sangramento vaginal há 24 horas, nega cólicas e relata movimentação fetal ativa há duas semanas. No momento, com 15 semanas de amenorréia, ainda não iniciou pré-natal. O resultado do teste imunológico para a gravidez (TIG), realizado com 10 dias de atraso menstrual, resultou negativo. Ao exame, útero intrapélvico, colo posterior, fechado, consistência nasal, discreto sangramento. O provável diagnóstico e a orientação a ser seguida encontram-se na alternativa:

- (A) abortamento retido / encaminhar para ultra-sonografia e curetagem uterina.
- (B) ameaça de abortamento / iniciar tocólise venosa até que seja realizada ultra-sonografia transvaginal.
- (C) *pseudociese* / solicitar ultra-sonografia transvaginal para confirmação diagnóstica.
- (D) gravidez / solicitar ultra-sonografia para datar a gestação e encaminhar ao pré-natal.
- (E) neoplasia trofoblástica gestacional / indicar ultra-sonografia para confirmar o diagnóstico.



**40** Dentre os marcadores do perfil biofísico fetal a seguir, aquele que mais precocemente se compromete frente à hipoxia fetal é o seguinte:

- (A) cardiotocografia.
- (B) movimento fetal.
- (C) tono fetal.
- (D) movimento respiratório fetal.
- (E) grau de maturidade placentária.

**41** Nos casos de abortamento recorrente e morte intra-uterina de repetição, bem como restrição de crescimento intra-uterino, deve-se encaminhar a paciente para exame de:

- (A) IgG e IgM para toxoplasmose.
- (B) anticorpos antiardiolipina e anticoagulante lúpico.
- (C) receptores uterinos para progesterona e estrogênios.
- (D) inibidores plaquetários da produção de prostaciclina.
- (E) fator acelerador do crescimento fetal.

**42** Menina de sete anos, desenvolvimento mamário há seis meses, sem sangramento vaginal. Mamas em estágio II (de Tanner) e pêlos pubianos em estágio I. Ultrassom pélvico acusa endométrio de 8 mm e imagens anecóicas nos ovários medindo até 6 mm de diâmetro. Estradiol 85 pg/ml; FSH 6,2 U/ml. Trata-se de:

- (A) pelarca precoce.
- (B) desenvolvimento puberal normal.
- (C) síndrome de Savaget.
- (D) pseudopuberdade precoce.
- (E) puberdade precoce verdadeira.

**43** Paciente de 27 anos queixa-se de corrimento vaginal abundante, amarelo-esverdeado, bolhoso e com o odor fétido. A propedêutica prática a ser realizada para completar o diagnóstico é:

- (A) exame a fresco.
- (B) coloração pelo Gram.
- (C) cultura.
- (D) coprocitologia.
- (E) colposcopia.

**44** A etiologia do hermafroditismo verdadeiro é:

- (A) iatrogênica.
- (B) endócrina.
- (C) idiopática.
- (D) cromossômica.
- (E) tumoral.



**45** Paciente de 29 anos com amenorréia secundária. Teste de progesterona negativo. Após estímulo com estrogênio e progestrogênio, apresentou sangramento. As dosagens de FSH e LH mostraram níveis elevados. O diagnóstico provável é:

- (A) insensibilidade androgênica incompleta.
- (B) amenorréia hipotalâmica.
- (C) síndrome dos ovários policísticos.
- (D) falência ovariana precoce.
- (E) disfunção tiroideana.

**46** Mulher de 45 anos refere nódulo em mama direita, percebido há três semanas. Ao exame físico: nódulo indolor, móvel, medindo 3 cm em seu maior eixo em quadrante súpero-lateral. Mamografia: mamas densas, ausência de nódulos, calcificações ou distorções. Ultrassonografia: nódulo hipoecóico, homogêneo, contorno regular e com reforço acústico posterior, medindo 3,1 X 2,4 centímetros. Realiza-se biópsia aspirativa por agulha fina que constata citologia positiva para células neoplásicas malignas. A conduta imediata é:

- (A) quadrantectomia e esvaziamento axilar.
- (B) biópsia por agulha grossa.
- (C) mastectomia radical modificada.
- (D) biópsia incisional.
- (E) ressonância magnética.

**47** A etiologia mais freqüente de fluxo papilar sanguinolento unilateral, em uma paciente de 45 anos é:

- (A) fibroadenoma celular.
- (B) alteração funcional.
- (C) carcinoma de mama.
- (D) adenose mamária.
- (E) papiloma intraductal.

**48** Paciente de 55 anos com queixa de prurido vulvar. O exame clínico revela área hipocrômica de três centímetros em região do vestíbulo e fúrcula vaginal. À inspeção com iluminação natural, não há lesões ulceradas ou vegetantes. O procedimento indicado deve ser:

- (A) biópsia da área.
- (B) exérese de toda a área.
- (C) corticóide tópico.
- (D) propionato de testosterona.
- (E) VDRL.

**49** Lactente do sexo masculino, cinco meses, pesando ao nascer 3,3kg e, atualmente, 4,15kg, vem apresentando, segunda relato da mãe, vômitos, irritabilidade e choro constante desde os dois meses de vida. Procurou pediatra que a orientou sobre medidas posturais, manutenção do aleitamento materno, e prescreveu pró-cinéticos e ranitidina. Não houve melhora dos sintomas e o paciente vem “ficando roxinho” após dietas. Refere não ter realizado nenhum exame para investigação diagnóstica até o momento. A melhor conduta para esse caso é:

- (A) suspender o aleitamento e iniciar dieta engrossada.
- (B) manter a prescrição e acompanhar ambulatorialmente.
- (C) internar o lactente para monitorização e elucidação diagnóstica.
- (D) solicitar seriografia esofagogastroduodenal (SEED) ambulatorialmente.
- (E) tranquilizar a família, pois esses sinais e sintomas tendem a desaparecer com a idade.

**50** Recém-nascido apresenta distúrbio de perfusão, encefalopatia e crises convulsivas de difícil controle, iniciadas horas após o início da alimentação. Não há fatores de risco perinatais. Dentre os diagnósticos abaixo, deve-se suspeitar de:

- (A) hipotireoidismo congênito.
- (B) aminoacidopatias.
- (C) asfixia perinatal.
- (D) mucopolisacaridose.
- (E) cardiopatia congênita.

**51** A anemia por deficiência de ferro caracteriza-se sobretudo por:

- (A) macrocitose, hipocromia, neutrófilos grandes com núcleo hipersegmentado.
- (B) microcitose, hipocromia, células em alvo e pontilhado basófilo no esfregaço de sangue periférico.
- (C) microcitose, hipocromia, RDW alto.
- (D) microcitose, hipocromia, índice de anisocitose (RDW) normal.
- (E) normocitose, hipocromia, índice de anisocitose (RDW) alto.

**52** Criança de seis anos é internada na enfermaria de pediatria, com quadro de pneumonia bacteriana. A radiografia do tórax evidencia hipotransparência em ? médio e na base direita do pulmão com velamento dos seios costofrênico e cardiofrênico homolateral. A conduta indicada para o caso é:

- (A) oxacilina com conduta conservadora em relação ao derrame pleural.
- (B) penicilina cristalina com drenagem torácica em selo d'água.
- (C) ceftriaxona + oxacilina com toracocentese e análise do líquido pleural.
- (D) penicilina cristalina IV + oxacilina com conduta conservadora em relação ao derrame pleural.
- (E) penicilina cristalina IV com toracocentese e análise do líquido pleural.



**53** Lactente de dois meses com síndrome de Down iniciou quadro de cianose de mucosa oral e de leitos ungueais, que se exacerba com o choro. Ao exame, eupnéica, apresentando à ausculta sopro rude em borda esternal esquerda. Radiografia de tórax com área cardíaca de tamanho normal; arco médio escavado. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) transposição dos grandes vasos.
- (B) doença do coxim endocárdico.
- (C) comunicação interventricular.
- (D) tetralogia de Fallot.
- (E) atresia pulmonar com defeito do septo ventricular.

**54** Menina de oito anos foi internada há quatro semanas com edema, hipertensão e oligúria. Na ocasião, os exames laboratoriais apresentavam alterações no EAS (mais de 100 hemácias/campo), uréia = 80mg/dl, creatinina = 1,5mg/dl. Diagnosticou-se glomerulonefrite difusa aguda pós-infecciosa (GNDA). A doença evoluiu com hipertensão de difícil controle, oligúria e hematúria quando foram solicitados novos exames complementares, que revelaram:

- ✗ EAS: 60 hemácias/campo, proteína ++/4+.
- ✗ Proteinúria de 24h com valor de 1,1 g/dl.
- ✗ C3 com valor de 40 mg/dl (Ref: 77-195)
- ✗ Creatinina: 2,6mg/dl

Considerando a hipótese de indicação de biópsia renal para essa paciente, assinale a alternativa correta.

- (A) Deve ser realizada, devido à elevação dos níveis de creatinina.
- (B) Não deve ser realizada, pois a hematúria pode persistir por até dois meses.
- (C) Não deve ser realizada, visto que a proteinúria não está em níveis nefróticos.
- (D) Deve ser realizada, em razão do baixo nível de complemento.
- (E) Não deve ser realizada, já que a GNDA ocorreu há menos de três meses e os exames podem persistir anormais durante esse período.

**55** Pré-escolar de dois anos e quatro meses chega para atendimento na emergência com quadro de broncoespasmo iniciado há cerca de duas horas. A mãe nega qualquer sintoma prévio ao início do quadro presente e relata que a criança apresenta crises freqüentes de sibilância, sendo atual a quinta crise no mês. Informa também que o paciente com freqüência apresenta tosse noturna. No momento, a criança está com bom estado geral (FR=52 irpm e FC=128 bpm); esforço respiratório moderado e ausculta com murmúrio universalmente audível com sibilos inspiratórios, expiratórios e estertoração crepitante difusa. Restante do exame físico sem alterações. A melhor conduta para o caso descrito é nebulização com:

- (A) fenoterol associado a dexametasona por via oral.
- (B) brometo de ipatrópio associado a prednisolona por via oral.
- (C) fenoterol associado a hidrocortisona por via oral.
- (D) fenoterol + brometo de ipatrópio associado a dexametasona por via venosa.
- (E) fenoterol associado a prednisolona por via oral.

**56** O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde (2007) recomenda que:

- (A) a segunda dose da vacina BCG-ID deva ser realizada na faixa etária de seis a dez anos, considerando que a utilização de doses adicionais aumenta a proteção contra tuberculose.
- (B) os adolescentes recebam duas doses da vacina Tríplice Viral (SCR), devidamente comprovada no cartão de vacinação.
- (C) os lactentes no primeiro e no segundo mês de vida sejam vacinados com duas doses da vacina de rotavírus, composta de vírus inativado.
- (D) o esquema de aplicação da vacina Tetravalente deva ser realizado aos dois, quatro e seis meses de vida, com apenas um reforço com a Tríplice Bacteriana aos 15 meses.
- (E) todas as crianças devam receber a vacina de varicela em dose única.

**57** Paciente de nove anos, sexo masculino, chega ao ambulatório para aplicação de penicilina benzatina pois fora recentemente diagnosticado com febre reumática. A mãe informa que a criança queixava-se de dor nas articulações, quando procurou um pediatra que solicitou VHS (12 mm) PCR (0,01) e ASO (1000 U). Após esses resultados foi orientada a fazer uso de penicilina benzatina 1.200.000 U via intramuscular a cada 15 dias, até a idade de 21 anos. O exame físico da criança é normal. Com relação à profilaxia secundária orientada para esse paciente, a conduta indicada é:

- (A) suspender o uso da penicilina benzatina, pois o paciente não apresenta febre reumática.
- (B) manter o uso da penicilina benzatina, pois a penicilina benzatina está indicada em todos os pacientes com febre reumática, até a idade de 21 anos.
- (C) reajustar o esquema pois a penicilina benzatina deveria ser prescrita a cada 21 dias.
- (D) manter o uso da penicilina benzatina conforme prescrito em associação com ácido acetilsalicílico.
- (E) manter o uso da penicilina benzatina, até a realização do ecocardiograma e eletrocardiograma.

**58** Durante visita a alojamento conjunto, examina-se recém-nascido (RN) de 36 horas de vida cuja mãe não fez pré-natal. O resultado da sorologia da mãe para sífilis, no momento da admissão na maternidade, revelou VDRL de 1/32 e o da criança, de 1/64. Ao exame físico, o recém-nascido apresenta-se normal. Nesse caso, pode-se afirmar que:

- (A) a ausência de manifestações clínicas e os níveis sorológicos do RN permitem excluir o diagnóstico de sífilis congênita.
- (B) a sorologia positiva do RN provavelmente ocorreu por transferência placentária dos anticorpos maternos.
- (C) existe forte evidência de infecção congênita por sífilis pois os títulos sorológicos do RN são superiores aos maternos.
- (D) não existe dúvida de que o RN apresenta sífilis congênita e o aleitamento materno deve ser temporariamente suspenso.
- (E) o diagnóstico de sífilis pode ser excluído, tanto pela não apresentação de manifestações clínicas, quanto pelos níveis sorológicos do RN.

**59** Lactente, 11 meses, com história de diarreia desde os seis meses de vida e alteração na curva de crescimento pondero-estatural. A mãe informa que o menor nunca passou por internações nem sofreu patologias prévias. Aleitamento materno exclusivo até os seis meses, quando foi introduzida alimentação sólida. Ao exame físico, apresenta-se apático, desnutrido, com distensão abdominal. O diagnóstico mais provável é:

- (A) deficiência de alfa-1 antitripsina.
- (B) intolerância a lactose.
- (C) parasitose intestinal.
- (D) enteropatia por sensibilidade a glúten (doença celíaca).
- (E) fibrose cística.

**60** Lactente, desnutrido grave, em fase de reabilitação nutricional, apresenta sudorese, hepatomegalia, edema e arritmia cardíaca. Os eventos fisiopatológicos que podem ser responsabilizados pelas alterações clínicas descritas são:

- (A) hiperpotassemia, hipofosfatemia, acidose metabólica e liberação de insulina no momento da realimentação.
- (B) hipopotassemia, hiperfosfatemia e diminuição dos níveis de insulina no momento da realimentação.
- (C) hipopotassemia, hipofosfatemia e liberação de insulina no momento da realimentação.
- (D) hiperpotassemia, hiperfosfatemia e acidose metabólica.
- (E) hipopotassemia, hipofosfatemia e diminuição dos níveis de insulina no momento da realimentação.

**61** Casal chega até você, bastante abalado, com recente diagnóstico, confirmado por cariótipo, de que seu filho é portador de síndrome de Down. O exame revelou uma trissomia do cromossoma 21 sem evidências de translocação. Os pais, jovens, desejam saber se é necessário que eles também façam o exame. Nesse caso, você informa que:

- (A) é necessário, pois é essencial para o aconselhamento dos pais.
- (B) é necessário, pois, a chance de recorrência da trissomia do 21 é alta.
- (C) é necessário, pois um dos pais pode ter a doença de forma incompleta (mosaico).
- (D) não é necessário, pois, em pais jovens, o cariótipo nunca está indicado.
- (E) não é necessário, pois o cariótipo só deve ser realizado nos casos de translocação, envolvendo o cromossoma 21.

**62** Paciente com onze meses chega à emergência em crise convulsiva tônico-clônica generalizada, associada a febre, com duração de 25 minutos. Após as medidas iniciais de suporte à vida e terapêutica da crise, o próximo passo para alcançar um diagnóstico mais preciso será:

- (A) realizar punção lombar somente após neuroimagem.
- (B) solicitar hemograma completo e proteína C reativa, e realizar punção lombar.
- (C) observar clinicamente em ambiente hospitalar.
- (D) prescrever fenobarbital profilático.
- (E) dar alta hospitalar com antitérmicos e recomendar observação domiciliar.

**63** Recém-nascida de parto cesáreo de mãe com doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), gesta I, para I, IG de 31 semanas (Ballard), AIG, pré-natal completo, sem outras intercorrências, evolui com sofrimento respiratório progressivo. A principal hipótese diagnóstica é:

- (A) pneumonia neonatal.
- (B) taquipnéia transitória.
- (C) síndrome de aspiração meconial.
- (D) síndrome do desconforto respiratório.
- (E) hérnia diafragmática.

**64** Pré-escolar comparece à emergência por apresentar dores nos membros inferiores e dificuldade na marcha, observada no mesmo dia ao acordar. A mãe refere quadro febril há sete dias, acompanhado de coriza, dor de garganta e tosse com melhora espontânea. Ao exame, dor à compressão bilateral das panturrilhas e claudicação. Os resultados dos exames complementares que se esperam nesse caso são:

- (A) hemograma normal, hemoglobinúria e aumento da creatinofosfoquinase (CPK).
- (B) leucocitose com desvio para a esquerda e aumento da proteína C reativa.
- (C) hemograma normal e presença de derrame articular à radiografia panorâmica de bacia.
- (D) leucocitose com desvio para a esquerda, aumento da proteína C reativa e captação aumentada em tíbia direita e esquerda pela cintigrafia óssea.
- (E) leucopenia com trombocitopenia, aumento de transaminases, uréia e creatinina séricas.



**65** O HUAP (Hospital Universitário Antônio Pedro) participa da rede de atenção oncológica como CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia). No planejamento e avaliação dessa rede, incluem-se todos os parâmetros abaixo, exceto:

- (A) a necessidade de 500 a 600 cirurgias oncológicas para cada 1.000 casos novos de câncer.
- (B) um serviço para cada 1.000 (1/1.000) casos novos anuais, excetuando os cânceres de pele não-melanoma.
- (C) a incidência de câncer hematológico e de câncer em crianças com faixa etária de zero a 12 anos.
- (D) a necessidade de 700 quimioterapias e 600 radioterapias para cada 1.000 casos novos de câncer.
- (E) braquiterapia de alta taxa de dose: cada equipamento deve tratar até 440 pacientes/ano.

**66** O trabalho produzido por Carvalho e colaboradores (Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(3):185-194, jul-set, 2007) apresenta o seguinte texto: “Trata-se de um estudo, realizado no Instituto Materno-infantil Professor Fernando Figueira (IMIP), que reuniu os dados de 13.878 nascidos vivos na maternidade-escola do hospital, entre os anos de 2001 e 2003. Foi pesquisado o evento ‘óbito neonatal hospitalar’, definido como a ocorrência do óbito em bebês até 27 dias de vida, durante a internação hospitalar, e seus fatores associados.” Este é um tipo de estudo de:

- (A) caso controle.
- (B) coorte.
- (C) prevalência.
- (D) série de casos.
- (E) relato de casos.

**67** Para a execução do estudo em apreço na questão anterior, Carvalho e colaboradores tiveram que trabalhar com os seguintes sistemas de informação:

- (A) AIH e SIM.
- (B) SIAB e SINAN.
- (C) SINAN e SINASC.
- (D) AIH e SIAB.
- (E) SIM e SINASC.

**68** Em outra parte do mesmo estudo, os autores reconhecem: “A comparação entre estudos de base hospitalar é uma questão complexa. Além das diferenças metodológicas existentes, o perfil da população atendida, assim como o perfil das instituições e sua capacidade de resposta, produz contextos bastante particulares na atenção hospitalar. A comparação com análises de base populacional também é bastante restrita. Alguns estudos, entretanto, sejam eles de base hospitalar ou populacional, já trouxeram contribuições para essa discussão, razão por que esses aspectos sempre merecerão consideração.” Podemos identificar nesse texto características do seguinte tipo de viés:

- (A) do observador.
- (B) aleatório.
- (C) de seleção.
- (D) de recordação.
- (E) de confundimento.

**69** Examine a seguinte tabela:

Análise bivariada de fatores relacionados à mãe, à gestação, ao parto e ao recém-nascido associados ao risco de óbito neonatal no grupo de nascidos vivos do Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira, cidade do Recife, Estado de Pernambuco. Brasil, 2001 a 2003.

Fatores de Risco	Óbito				OR	IC95%	p-valor
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Idade materna</b>							
<19 anos	51	4,3	1.129	95,7	0,7	0,4-1,3	0,45
20-34 anos	141	4,6	2.952	95,4	0,8	0,5-1,3	
35 anos ou mais	21	5,9	335	94,1	1,0	–	
<b>Escolaridade materna</b>							
<4 anos de estudo	10	6,4	146	93,6	1,4	0,7-2,9	0,52
4-7 anos de estudo	107	4,5	2.297	95,5	1,0	0,7-1,3	
8 anos ou mais de estudo	96	4,6	1.973	95,4	1,0	–	
<b>Estado civil</b>							
Solteira	49	4,6	1.013	95,4	1,0	0,7-1,4	0,98
Não solteira	164	4,6	3.403	95,4	1,0	–	
<b>Tipo de gestação</b>							
Única	180	4,1	4.167	95,9	0,3	0,2-0,5	<0,001
Múltipla	33	11,7	249	88,3	1,0	–	
<b>Idade gestacional</b>							
Até 36 semanas	188	14,5	1.112	85,5	22,3	14,4-34,9	<0,001
37 a 41 semanas	25	0,8	3.304	99,2	1,0	–	
<b>Tipo de parto</b>							
Vaginal	138	5,0	2.647	95,0	1,2	0,9-1,7	0,16
Cesário	75	4,1	1.769	95,9	1,0	–	
<b>Consulta pré-natal</b>							
Até três	117	10,2	1.028	89,8	7,6	4,6-12,5	<0,001
Quatro a seis	75	3,6	1.990	96,4	2,5	1,5-4,2	
Sete ou mais	21	1,5	1.398	98,5	1,0	–	
<b>Apgar no 5º minuto</b>							
0-3	64	80,0	16	20,0	266,1	140,7-509,4	<0,001
4-7	86	29,2	209	70,8	27,4	18,9-39,6	
8-10	63	1,5	4.191	98,5	1,0	–	
<b>Raça/cor</b>							
Branca	20	3,2	610	96,8	0,7	0,4-1,1	0,07
Parda e preta	193	4,8	3.806	95,2	1,0	–	
<b>Peso ao nascer</b>							
<1.500g	144	45,6	172	54,4	89,6	57,9-139,1	<0,001
1.500-2.499g	38	3,9	927	96,1	4,4	2,7-7,3	
2.500g ou mais	31	0,9	3.317	99,1	1,0	–	

Fonte: Carvalho e colaboradores. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(3): 85-194, jul-set, 2007

A partir dos dados observados, identifique a alternativa que apresenta o item a ser excluído na análise do trabalho segundo associação estatisticamente significativa com o óbito neonatal.

- (A) Escolaridade materna menor do que quatro anos de estudo
- (B) Gestação múltipla
- (C) Idade gestacional até 36 semanas
- (D) Gestações com número de consultas de pré-natal abaixo de três ou entre quatro e seis
- (E) Apgar 5 de valor abaixo de três e de quatro a sete



**70** Em vigor desde junho de 2007, a nova revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI):

- (A) acrescenta à lista anterior de notificação internacional a febre hemorrágica pelo vírus Ebola.
- (B) reitera a necessidade de notificação internacional dos agravos: cólera, febre amarela e peste.
- (C) reafirma a necessidade de notificação internacional dos agravos: cólera, febre amarela e poliomielite.
- (D) omite lista de doenças de notificação obrigatória.
- (E) adiciona à lista anterior de notificação internacional a tuberculose pulmonar.

**71** Em recente encontro realizado no Brasil, os países sul-americanos identificaram a situação atual da implementação do RSI, em especial os instrumentos utilizados para fortalecer as capacidades nacionais de vigilância e resposta frente às emergências de saúde pública. Desde março de 2006, o Ministério da Saúde conta com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), unidade de operações de emergências de saúde pública que atua continuamente (24 horas/dia, 360dias/ano) e conta com estrutura tecnológica que possibilita ampliar a capacidade de uso de informações estratégicas e de comunicação com estados e municípios. Esse Centro amplia a capacidade de detecção e resposta a toda emergência de saúde pública de relevância nacional e pode ser uma ferramenta fundamental para o enfrentamento de pandemias. Uma das estratégias adotadas pelo Centro envolve o apoio direto aos municípios e estados na investigação de surtos de etiologia desconhecida. Desde julho de 2006, uma ação intersetorial ampla vem investigando um evento em municípios do Maranhão. Foram identificadas, dentro de um período de 60 dias, 281 pessoas afetadas por uma síndrome clínica caracterizada por quadros de polineuropatia periférica isolados e/ou com edema de MMII, com ou sem anasarca, com ou sem dispnéia ou taquiarritmia e/ou quadros neurológicos centrais com comprometimento cerebelar, de pares cranianos, função cognitiva ou óculo-motora. Ocorreram 38 óbitos, representando uma letalidade de 16,5% para o período. A maioria dos casos era de adultos jovens, sexo masculino, da região de Imperatriz (11 cidades), porém registraram-se casos em mais 17 municípios, incluindo outras regiões do Estado, e notificados mais 240 casos de janeiro a julho de 2007, com quatro óbitos. Até o momento da investigação, a hipótese etiológica é:

- (A) intoxicação por mercúrio – exploração de ouro.
- (B) síndrome de Guillain-Barré.
- (C) intoxicação por organofosforado – consumo de açaí (chamado de “jussara”, no Maranhão).
- (D) beribéri de origem tóxica (ingestão de arroz contaminado por micotoxina, denominada citreoviridina).
- (E) enterovirose (*coxsackie* do grupo A, tipo 7).

**72** O rebaixamento do nível de consciência é caracteristicamente observado no seguinte transtorno mental:

- (A) esquizofrenia.
- (B) *delirium*.
- (C) depressão.
- (D) demência.
- (E) paranóia.

**73** Desde abril de 2007, a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil inclui em sua lista de notificação compulsória o seguinte agravo:

- (A) oncocercose.
- (B) hepatite C.
- (C) criptosporidíase.
- (D) tracoma.
- (E) anemia falciforme.

**74** Em março de 2007, o Serviço de Emergência recebeu mulher de 29 anos com quadro de infecção de pele, em região abdominal, apresentando abscessos piogênicos de intensa reação inflamatória, sinais de supuração e febre. Havia feito há dez dias uma cirurgia de lipoaspiração e uso de antibiótico por sete dias. Suspeitou-se de infecção por micobactérias atípicas e resolveu-se coletar amostras para encaminhar ao Laboratório Central Noel Nutels (LACEN), juntamente com a cópia de notificação. O procedimento tecnicamente inadequado para a coleta é:

- (A) *s abs* e/ou punção, por agulha, para aspiração de coleção líquida.
- (B) biópsia acondicionada em um frasco recipiente com solução salina a 0,9%, para remessa para cultura para micobactérias.
- (C) biopsia acondicionada em um frasco recipiente com formol, para histopatológico.
- (D) material será enviado para baciloscopia/cultura e histopatológico antes do início da terapêutica.
- (E) se a amostra para cultura for enviada no dia seguinte deverá ser guardada em geladeira a 8°C e transportada em caixa térmica com gelo.

**75** Dentre os resultados abaixo, aquele que fornece ao leitor maiores informações sobre significância estatística, tamanho da amostra e força da associação é:

- (A) erro alfa de 0,05 e valor de  $p < 0,001$ .
- (B) RR de 6,0 e valor de  $p < 0,05$ .
- (C) RR de 3,2, com IC95% de 2,7 a 3,8.
- (D) OR de 4,0 com IC95% de 0,5 a 6,7.
- (E) erro beta de 0,30 e OR maior do que 1.



**76** Grupo objeto de pesquisa é constituído por homens com idades de 20 a 36 anos, cuja glicemia é normalmente distribuída com uma média de 96 mg/dL e com desvio padrão de 5,8. A percentagem de homens que apresentarão valores de glicemia acima de 101,8 é:

- (A) 2,5%.
- (B) 5%.
- (C) 8%.
- (D) 10%.
- (E) 16%.

**77** Serviço de emergência recebe homem de 37 anos que trabalha em prestadora de serviços no Iraque, o qual veio passar no Rio de Janeiro o feriado da Independência. O trabalhador apresenta quadro de diarreia importante há três dias, com inúmeras dejeções diárias, vômitos, mas sem febre. Considerando as informações clínicas e epidemiológicas, dentre os agravos abaixo, poderíamos suspeitar do seguinte:

- (A) amebíase.
- (B) cólera.
- (C) ancilostomíase.
- (D) shigelose.
- (E) febre tifóide.

**78** A forma clínica de esquizofrenia caracterizada, predominantemente, por perturbações da afetividade (puerilidade, risos imotivados), desorganização da conduta e alterações formais do pensamento (desagregação) é a:

- (A) hebefrênica.
- (B) catatônica.
- (C) paranóide.
- (D) simples.
- (E) residual.

**79** Os antidepressivos de maior eficácia no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo têm uma ação predominante no sistema neurotransmissor:

- (A) glutamatérgico.
- (B) noradrenérgico.
- (C) serotoninérgico.
- (D) dopaminérgico.
- (E) gabaérgico.



**80** A ciclagem rápida é um curso desfavorável do transtorno bipolar, em que o paciente apresenta quatro ou mais episódios de alterações do humor (mania e/ou depressão) ao longo de um ano. A principal condição médica relacionada à ciclagem rápida é:

- (A) hipoglicemia.
  - (B) hipogonadismo.
  - (C) hipotireoidismo.
  - (D) hipoparatiroidismo.
  - (E) hipocalcemia.
-

