

BIOMEDICINA 2012

11/12/2011

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: 20 questões de conhecimentos comuns e 30 de conhecimentos específicos de Biomedicina.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões. Não haverá substituição do cartão-resposta por erro de preenchimento.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de **quatro horas**, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorrido **duas horas** de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos **trinta minutos** anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

— QUESTÃO 01 —

Um paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família referente à área de abrangência de seu local de residência, apresenta-se, logo após acordar pela manhã, com sintomas sugestivos de crise hipertensiva. É, então, levado por seus familiares à Unidade de Saúde da Família para receber atendimento. Neste caso, a Unidade de Saúde da Família

- (A) deve apresentar medicamentos e materiais essenciais para o atendimento inicial de estabilização de urgências até a transferência para estabelecimento de saúde que proporcione atendimento especializado ao paciente.
- (B) deve encaminhar o paciente para os hospitais terciários especializados porque o atendimento pré-hospitalar fixo referente à atenção às urgências é restrito a estes hospitais, visto apresentarem melhor estrutura física para atendimento.
- (C) deve recusar o atendimento dos quadros agudos relacionados à hipertensão arterial sistêmica, indicando ao paciente e a seus familiares para procurarem inicialmente atendimento de urgência em pronto-socorros especializados.
- (D) deve evitar a solicitação de encaminhamento à Central de Regulação, visto que a Unidade de Saúde da Família deve se restringir ao atendimento de Atenção Primária em Saúde, o que impede a transferência do paciente pelo SAMU.

— QUESTÃO 02 —

Em relação ao processo saúde-doença, alguns debates, como a necessidade do setor saúde ser inter e multidisciplinar e ter ações multiprofissionais e humanizadas, têm se apresentado no meio acadêmico e nos serviços de saúde. Assim, determinadas ações e definições governamentais apresentam-se como:

- (A) regulação em saúde, que possui como enfoque a organização dos serviços de saúde mediante a exigência do cumprimento da carga horária dos profissionais de saúde.
- (B) humanização em saúde, que são ações enfocadas nas tecnologias de ponta, levando os usuários dos serviços de saúde a receber as melhores terapias e ações tecnicistas.
- (C) saúde suplementar, formando ações de caráter nutricional interligadas a programas como Fome Zero e Hiperdia, colaborando na prevenção da obesidade, hipertensão e diabetes.
- (D) assistência farmacêutica, formando o que se chama Ciclo da Assistência Farmacêutica, compreendendo ações como dispensação, uso racional, prescrição e distribuição.

— QUESTÃO 03 —

A política de saúde no Brasil pode ser dividida sequencialmente em três etapas: década de 1970 e início da década de 1980; final da década de 1980 e 1990; a partir do ano 2000. Essas etapas caracterizam-se, respectivamente, por:

- (A) modelo de proteção social baseado na seguridade; centralização das políticas públicas; descentralização das ações e início da Reforma Sanitária.
- (B) expansão dos movimentos reformistas; ênfase na descentralização das políticas públicas de saúde; projetos para a redução das desigualdades sociais.
- (C) início do processo de descentralização; expansão e início dos movimentos de saúde da Reforma Sanitária; modelo de proteção social assistencialista.
- (D) política liberal de Estado; modelo de proteção social baseado em Seguro Social e na Constituição de 1988; início dos movimentos da Reforma Sanitária.

— QUESTÃO 04 —

Uma mulher jovem procura o pronto-socorro referindo dispneia, tontura e dor no peito, apresentando-se com muita ansiedade. Tem como histórico atendimentos prévios por transtorno do pânico. Diz insistentemente a diversos profissionais do serviço de saúde que precisa de atendimento médico de emergência. Assim, de acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde, a usuária deverá:

- (A) aguardar a ação de triagem, para então ser encaminhada a atendimento médico específico, visto que se trata de paciente com distúrbio psiquiátrico e somente o médico psiquiatra poderá realizar o acolhimento da paciente.
- (B) aguardar o acolhimento de acordo com a ordem de chegada, visto que seu quadro psiquiátrico não exige atendimento médico de emergência, devendo posteriormente ser encaminhada para acompanhamento ambulatorial.
- (C) aguardar o acolhimento por classificação de risco, restrita ao profissional médico psiquiatra, visto que o quadro psiquiátrico apresentado pela paciente relaciona-se à baixa gravidade.
- (D) aguardar o acolhimento por qualquer profissional de saúde e ser encaminhada de acordo com classificação de risco, podendo ser atendida antes de outros pacientes, caso seu quadro seja considerado de maior gravidade e risco.

— QUESTÃO 05 —

De acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde do SUS, a Clínica Ampliada compreende a

- (A) realização de atendimento de todos os usuários dos serviços de saúde restrito aos médicos de diversas especialidades, de modo a permitir diagnóstico e tratamento mais intensos de cada doença.
- (B) realização de ações pautadas na intersectorialidade e na responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscando soluções para problemas que não podem ser resolvidos pela área da saúde.
- (C) realização intensa de diversos exames complementares e tratamentos a fim de possibilitar o cuidado do usuário do serviço de saúde, impedindo a criação de vínculos deste com os profissionais de saúde.
- (D) realização de exigências enfáticas de mudanças de comportamentos considerados não saudáveis para os usuários dos serviços de saúde, culpabilizando-os pela falta de adesão às regras de saúde recomendadas.

— QUESTÃO 06 —

As práticas de Vigilância Epidemiológica e de controle de doenças orientam-se pela organização e análise de dados, que são adquiridos por intermédio

- (A) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, do Sistema de Notificação Compulsória que tem sua realização restrita aos profissionais médicos, e de informações fornecidas por hospitais sentinelas e de urgência.
- (B) do Sistema de Vigilância que se divide em: Vigilância Ativa, realizando a notificação dos miasmas; Vigilância Passiva, iniciada por profissionais de saúde, tendo alto custo e dificuldades operacionais, preferíveis em períodos longos de vigilância.
- (C) do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN); do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS); do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- (D) da Vigilância Passiva, com informações pontuais em um nível; da Vigilância Ativa realizada por pacientes, tendo, assim, baixo custo; da Vigilância Sentinela, que possui um formato particular utilizado para longos períodos e doenças crônicas.

— QUESTÃO 07 —

Relativo à incidência das doenças nos estudos epidemiológicos, afirma-se que

- (A) os estudos de coorte se apoiam na incidência para desenhar seus estudos.
- (B) os estudos transversais se apoiam na incidência para desenhar seus estudos.
- (C) a incidência é a soma dos casos novos das doenças com os já existentes.
- (D) a incidência prioriza os casos antigos de doenças em detrimento dos novos.

— QUESTÃO 08 —

Os estudos epidemiológicos ensaios clínicos, de coorte, ecológicos, e de caso-controle podem ser caracterizados, respectivamente, como estudos

- (A) agregados, de intervenção, longitudinais, individuados.
- (B) observacionais, longitudinais, individuados, de intervenção.
- (C) de intervenção, longitudinais, observacionais, individuados.
- (D) individuados, de intervenção, experimentais, longitudinais.

— QUESTÃO 09 —

Dentre os estudos epidemiológicos têm-se os transversais, de coorte e de caso-controle. Relativo à determinação da causalidade, ao tipo de medida de associação e às vantagens, afirma-se, respectivamente, que

- (A) os três estudos determinam a causalidade, a medida de associação razão de prevalência e a vantagem de serem indicados na investigação de doenças de maior prevalência.
- (B) os estudos transversais determinam a causalidade, apresentam a medida de associação *Odds ratio* e a vantagem de serem colaboradores para desenhos de estudos de coorte.
- (C) os estudos de caso-controle buscam a doença como causa, tendo a razão de médias como medida de associação e a vantagem de determinarem a incidência e a prevalência.
- (D) os estudos de coorte determinam a causalidade, apresentando a medida de associação risco relativo (RR) e a vantagem de estudarem vários desfechos ao mesmo tempo.

— QUESTÃO 10 —

Dentre os atributos da Atenção Primária à Saúde, destacam-se:

- (A) ordenação pela referência e ordenação pelo modelo curativo de doenças.
- (B) ordenação pelos cuidados contínuos a todos os usuários e ordenação pela longitudinalidade.
- (C) centralidade nos cuidados individuais e centralidade na alta complexidade.
- (D) centralidade nos cuidados preventivos e centralidade na horizontalidade.

— QUESTÃO 11 —

Nas intervenções em saúde, é um princípio normativo da economia da saúde:

- (A) eficiência, que se refere à produção dos bens e serviços que a sociedade mais valoriza, ao menor custo possível. É determinada mediante a relação por quociente entre os resultados obtidos e o valor dos recursos empregados.
- (B) equidade, que é definida pelo grau em que se alcança um determinado impacto, resultado, benefícios ou efeito real por causa da aplicação prática de uma ação sob condições habituais.
- (C) efetividade, que se refere ao impacto ou efeito de uma ação levada a cabo em condições ótimas ou experimentais. É o grau em que uma determinada intervenção ou serviço pode gerar um resultado desejável em condições ideais.
- (D) eficácia, que, como conceito genérico, equivale à retidão ou ao sentido de justiça natural e cujo objetivo, no âmbito sanitário, é provisão igualitária de serviços para toda a população de um determinado território.

— QUESTÃO 12 —

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS e completa-se na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Conforme o Decreto n. 7508/2011, uma das portas de entrada do SUS às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde é o serviço de

- (A) atenção de urgência e emergência.
- (B) tratamento fora de domicílio.
- (C) referência e contrarreferência.
- (D) maior complexidade e de densidade tecnológica.

— QUESTÃO 13 —

Todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde devem estar descritas na

- (A) RENAST
- (B) RENAME
- (C) RENASES
- (D) RENASUS

— QUESTÃO 14 —

As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Dentre essas comissões, a

- (A) CIT, no âmbito da União, vincula-se ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (B) CIR, no âmbito do Estado, vincula-se à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (C) CIB, no âmbito regional, vincula-se às Secretarias Municipais de Saúde de sua área de abrangência para efeitos administrativos e operacionais.
- (D) CID, no âmbito municipal, vincula-se à Secretaria Municipal para efeitos administrativos e operacionais relacionados aos distritos sanitários.

— QUESTÃO 15 —

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio

- (A) do termo de compromisso aprovado pelos conselhos de saúde.
- (B) do contrato organizativo da ação pública da saúde.
- (C) do pacto de gestão regionalizado.
- (D) da programação pactuada integrada.

— QUESTÃO 16 —

Conforme a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino

- (A) deverão necessariamente participar do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante processo de concorrência pública a ser estabelecido pelos municípios, para que seus alunos possam construir competências teórico-práticas na atenção à saúde de acordo com as necessidades desse sistema.
- (B) poderão atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, respeitada a autonomia universitária e a demanda desse sistema.
- (C) articulam-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio para a realização de estágios nas unidades do SUS para alunos de graduação e pós-graduação na modalidade de ensino em serviço na perspectiva do ensino, da pesquisa e da extensão.
- (D) integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ao ensino, à pesquisa e à extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

— QUESTÃO 17 —

Para assegurar a participação da comunidade, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990, conta em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com

- (A) Conselho de Saúde com composição paritária, sendo 50% de representantes do governo e 50% de representantes da sociedade civil organizada, tendo caráter permanente e consultivo, e sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo conselho e homologado pelos gestores.
- (B) Conferência de Saúde que se reunirá a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Legislativo ou pelo Judiciário.
- (C) Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.
- (D) Conferência de Saúde organizada mediante a aprovação dos conselhos de saúde, com periodicidade a ser definida a partir de proposta apresentada pelas comissões intergestoras, convocada pelo Poder Legislativo, com participação paritária de usuários e trabalhadores de saúde.

— QUESTÃO 18 —

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfatizar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. A Política Nacional de Promoção da Saúde tem, entre seus objetivos específicos, o seguinte:

- (A) incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na alta complexidade.
- (B) contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.
- (C) promover o entendimento da concepção específica de doença, entre os usuários da saúde, tanto nos conselhos de saúde como nas conferências de saúde.
- (D) prevenir fatores de risco de doenças e agravos à saúde com ações restritas à modificação individual de comportamentos e estilos de vida.

— QUESTÃO 19 —

A estratégia de Saúde da Família, como forma de territorialização, permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Essa estratégia

- (A) compreende a dinâmica do núcleo familiar, sem contudo construir elementos para avaliar que determinantes sociais contribuem para o processo de saúde em seu território.
- (B) é de atuação restrita a um território e, por esse motivo, é insuficiente para atuar como orientadora das políticas intersetoriais, visando ao bem-estar da comunidade.
- (C) é capaz de ser importante mobilizadora das forças sociais que atuam nesse espaço, de modo a interagir com o governo local na busca de soluções para os seus problemas.
- (D) é fundamental como porta de entrada à atenção básica no SUS, porém não é capaz de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema.

— QUESTÃO 20 —

A humanização como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS pode ser entendida como

- (A) o estabelecimento de hierarquização, rígida e eficaz, entre os profissionais de saúde na produção da linha de cuidado em saúde.
- (B) o estabelecimento de ações com foco em informações construídas de forma científica por meio de pesquisas realizadas por centros de excelência.
- (C) a identificação das necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde, tendo as equipes orientadoras de tipo “posso ajudar” como instrumento de ação.
- (D) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

— QUESTÃO 21 —

Indivíduos com manifestações clínicas compatíveis com hipertireoidismo e os que possuem fatores de risco para o desenvolvimento desta doença devem ser acompanhados com dosagens frequentes de TSH e, se necessário, de outros marcadores. A causa mais comum do hipertireoidismo é a doença de Graves que tem o diagnóstico confirmado pela presença de

- (A) TSH elevado; T4 livre diminuído e níveis elevados de TRAB.
- (B) TSH suprimido; T4 livre elevado e níveis baixos de TRAB.
- (C) TSH suprimido; T4 livre elevado e níveis elevados de TRAB.
- (D) TSH elevado; T4 livre diminuído e níveis elevados de TRAB.

— QUESTÃO 22 —

O sódio é o cátion mais abundante do líquido extracelular e o principal responsável pela osmolalidade do plasma. As alterações dos níveis plasmáticos deste íon são denominadas hiponatremia e hipernatremia. A hipernatremia apresenta as seguintes causas:

- (A) hiperaldosteronismo primário, diabetes insípido central, perda de líquido hipertônico e iatrogenia.
- (B) hiperaldosteronismo primário, diabetes insípido central, perda de líquido hipotônico e iatrogenia.
- (C) hipoadosteronismo primário, diabetes insípido central, perda de líquido hipertônico e iatrogenia.
- (D) hipoadosteronismo primário, diabetes insípido central, perda de líquido hipotônico e iatrogenia.

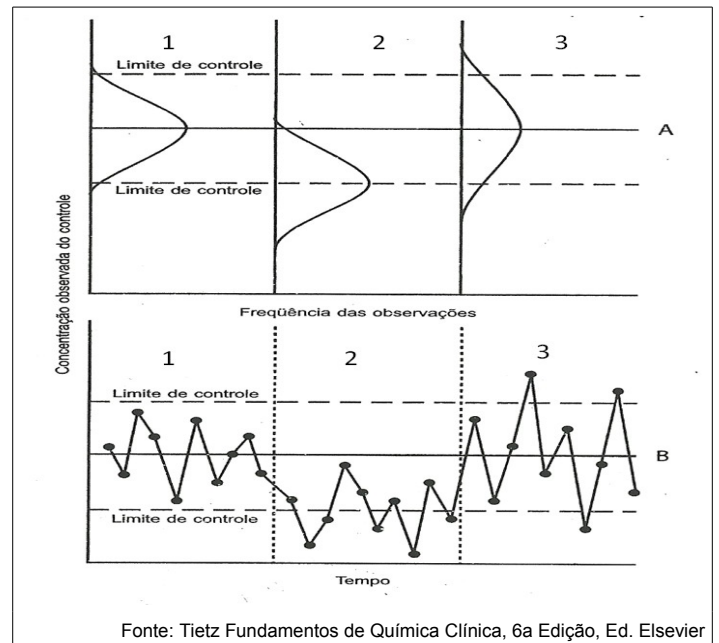
— QUESTÃO 23 —

Um paciente foi ao laboratório para a realização de perfil lipídico, seguindo todas as orientações pré-analíticas: jejum de 12 horas; estado metabólico estável; sem ingestão de bebida alcoólica há 72 horas e exercício vigoroso há 24 horas. Após a realização da coleta e do procedimento analítico, observando-se todas as condições previstas pela RDC 302/2005, constatou-se que a dosagem de triglicérides foi 820 mg/dL. Nesse caso, deve-se liberar o resultado do

- (A) não HDL colesterol, pois este dado representa a quantificação das lipoproteínas aterogênicas circulantes no plasma de indivíduos com hipertrigliceridemia.
- (B) não LDL colesterol, pois este dado representa a quantificação das lipoproteínas aterogênicas circulantes no plasma de indivíduos com hipercolesterolemia.
- (C) não LDL colesterol, pois este dado representa a quantificação das lipoproteínas aterogênicas circulantes no plasma de indivíduos com hipertrigliceridemia.
- (D) não HDL colesterol, pois este dado representa a quantificação das lipoproteínas aterogênicas circulantes no plasma de indivíduos com hipercolesterolemia.

— QUESTÃO 24 —

Analise os gráficos a seguir.

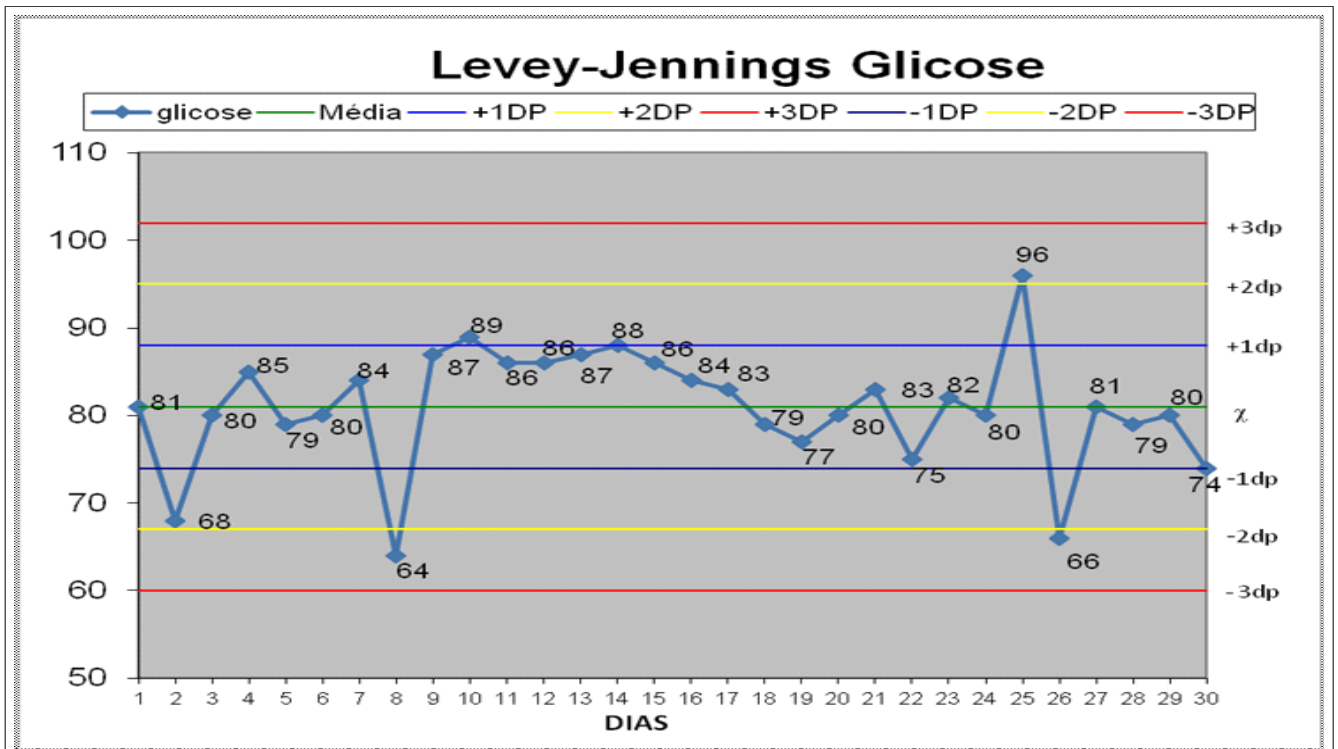


Nos gráficos, os eventos apresentados nos compartimentos 1, 2 e 3 são, respectivamente,

- (A) desempenho estável do controle, perda de precisão e perda de exatidão.
- (B) desempenho estável do controle, perda de precisão e exatidão e perda de exatidão.
- (C) desempenho estável do controle, perda de precisão e perda de exatidão e precisão.
- (D) desempenho estável do controle, perda de exatidão e perda de precisão.

— QUESTÃO 25 —

Análise o gráfico de Levey-Jennings do soro controle de glicose a seguir.



Dados: $\bar{x} = 81$; $1dp \pm 7$.

Com base nas regras de Westgard, o gráfico evidencia que,

- (A) nos dias 2 e 8, houve violação da regra 1_{2s} , o que indica sinal de alerta, e entre os dias 09 e 17, violação da regra 9_x , o que é indicativo de erro sistemático.
- (B) no dia 8, houve violação da regra 1_{2s} , o que indica sinal de alerta, e nos dias 25 e 26, violação da regra R_{4s} , o que é indicativo de erro aleatório (perda de precisão).
- (C) no dia 8, houve violação da regra 1_{2s} , o que indica sinal de alerta, e nos dias 25 e 26, violação da regra R_{4s} , o que é indicativo de erro aleatório (perda de exatidão).
- (D) nos dias 2 e 8, houve violação da regra 1_{2s} , o que indica sinal de alerta, e entre os dias 09 e 17, violação da regra 9_x , o que é indicativo de erro aleatório.

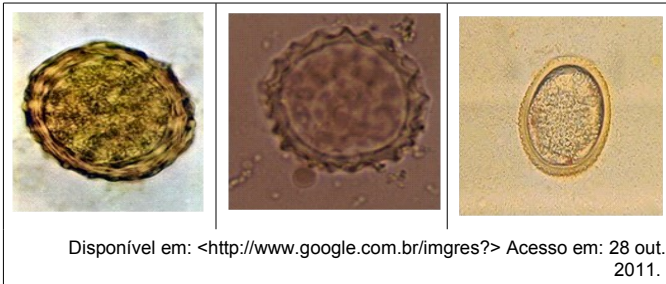
— QUESTÃO 26 —

O diabetes mellitus (DM) é um grupo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia que, por sua vez, é o resultado de defeitos na secreção ou ação da insulina. Para avaliar os níveis glicêmicos médios em pacientes com diagnóstico de DM é recomendada a determinação de A1c, que corresponde à

- (A) ligação irreversível e não enzimática de glicose com a cadeia beta da hemoglobina e deve ser realizada a cada seis meses em pacientes diabéticos controlados (A1c <7,0%).
- (B) ligação reversível e enzimática de glicose com a cadeia beta da hemoglobina e deve ser realizada a cada seis meses em pacientes diabéticos controlados (A1c <7,0%).
- (C) ligação irreversível e enzimática de glicose com a cadeia beta da hemoglobina e deve ser realizada a cada três meses em pacientes diabéticos não controlados (A1c >7,0%).
- (D) ligação reversível e não enzimática de glicose com a cadeia beta da hemoglobina e deve ser realizada a cada três meses em pacientes diabéticos não controlados (A1c >7,0%).

— QUESTÃO 27 —

Analise as imagens a seguir.



Os ovos de helmintos representados nas imagens correspondem, respectivamente, a

- (A) *Toxocara canis*; *Lagochilascaris minor*; *Ascaris lumbricoides*.
- (B) *Lagochilascaris minor*; *Ascaris lumbricoides*; *Toxocara canis*.
- (C) *Ascaris lumbricoides*; *Toxocara canis*; *Lagochilascaris minor*.
- (D) *Ascaris lumbricoides*; *Lagochilascaris minor*; *Toxocara canis*.

— QUESTÃO 28 —

A leishmaniose é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por parasitos do gênero *Leishmania*. Os parasitos vivem e se multiplicam no interior das células que fazem parte do sistema de defesa do indivíduo, chamadas macrófagos. Há dois tipos de leishmaniose: leishmaniose tegumentar ou cutânea e a leishmaniose visceral ou calazar. Na leishmaniose tegumentar,

- (A) a infecção pela espécie *Leishmania (L.) chagasi* é transmitida por vetores do gênero *Lutzomya*.
- (B) as formas amastigotas, no início da infecção, são inoculadas na derme durante o repasto sanguíneo do flebotômico.
- (C) a pesquisa do parasito pode ser feita por meio de exame direto de esfregaços corados ou de exame indireto pela inoculação em meios de cultivo ou em animais.
- (D) a pesquisa do parasito pode ser feita por meio de exame indireto de esfregaços corados ou de exame direto pela inoculação em meios de cultivo ou em animais.

— QUESTÃO 29 —

O exame parasitológico de fezes tem como objetivo diagnosticar parasitos intestinais, por meio da pesquisa de diferentes formas parasitárias que são eliminadas nas fezes. Muitas vezes, o número de formas parasitárias é pequeno, sendo necessário recorrer a métodos de concentração. Dentre estes, os métodos que têm como princípio a concentração de larvas baseadas no termo e no hidrotropismo são

- (A) Hoffmann, Pons e Janer e Rugai.
- (B) Willis e Stoll-Hausheer.
- (C) Baermann-Moraes e Rugai.
- (D) Blagg-MIFC e Ritchie.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 30 —

Elementos anormais e sedimentoscopia (EAS) é um exame laboratorial não invasivo de grande relevância na avaliação da função renal e de doenças do trato urinário inferior. Este exame é composto de três etapas que compreendem: exame físico, exame químico e exame microscópico do sedimento urinário. Assim, analisando os parâmetros destas etapas observa-se que

- (A) a capacidade dos rins para reabsorver seletivamente as substâncias químicas essenciais e a água do filtrado glomerular é uma das mais importantes funções do organismo, que pode ser avaliada por meio da densidade urinária.
- (B) os cilindros, compostos exclusivos dos rins, formados dentro da luz dos túbulos contornados proximais e distais, quando existe diminuição do fluxo urinário, são um dos elementos importantes na avaliação do sedimento urinário.
- (C) a presença de glicosúria ocorre nos casos em que o limiar de reabsorção renal de glicose é ultrapassado, ou seja, quando a glicemia ultrapassa aproximadamente valores de 160 a 180 mg/dL. Assim, a glicosúria é detectada apenas nos casos de hiperglicemia.
- (D) a detecção de microalbuminúria é possível pelo princípio dos erros proteicos de indicadores, e quando está presente pode ser por causas pré-renais, renais e pós-renais.

— QUESTÃO 31 —

O líquido cefalorraquiano é avaliado por meio da contagem global e diferencial de células, além de testes químicos. Nos testes químicos, o valor diminuído de proteínas pode ser encontrado em pacientes com

- (A) hemorragia.
- (B) meningite.
- (C) neurosífilis.
- (D) intoxicação por água.

— QUESTÃO 32 —

O diagnóstico laboratorial diferencial entre anemia ferropriva e anemia de doenças crônicas evidencia

	Anemia ferropriva	Anemia de doenças crônicas
(A)	Níveis de ferro sérico e ferritina baixos e capacidade de saturação da transferrina elevada.	Nível de ferro sérico baixo, capacidade de saturação da transferrina elevada e nível de ferritina de normal a elevada.
(B)	Níveis de ferro sérico e ferritina baixos e capacidade de saturação da transferrina elevada.	Nível de ferro sérico e capacidade de saturação da transferrina altos e nível de ferritina de normal a elevada.
(C)	Níveis de ferro sérico e ferritina baixos e capacidade de saturação da transferrina baixa.	Nível de ferro sérico e capacidade de saturação da transferrina baixos e nível de ferritina de normal a elevada.
(D)	Níveis de ferro sérico e ferritina baixos e capacidade de saturação da transferrina baixa.	Nível de ferro sérico, capacidade de saturação da transferrina e nível de ferritina elevados.

— QUESTÃO 33 —

J.J.M., 57 anos, do sexo masculino. O hemograma evidenciou anemia normocítica e normocrômica, plaquetose e 22.642 leucócitos/ μ L, sendo 3% blastos, 5% promielócitos, 4% mielócitos, 3% metamielócitos, 10% bastonetes, 55% segmentados, 13% linfócitos, 4% monócitos, 1% eosinófilos e 2% basófilos. Este quadro é sugestivo de

- (A) reação leucemoide.
- (B) leucemia mieloide aguda.
- (C) leucemia promielocítica.
- (D) leucemia mieloide crônica.

— QUESTÃO 34 —

Na coagulação intravascular disseminada (CIVD) ocorre ativação simultânea da coagulação, da fibrinólise e das plaquetas. Ocorre então a sintomatologia hemorrágica associada a tromboembolias. Em paciente com CIVD aguda encontram-se

- (A) plaquetopenia, TP e TTPa aumentados e presença de produtos de degradação da fibrina (PDFs), como o D-dímero.
- (B) plaquetopenia, TP e TTPa diminuídos e presença de produtos de degradação da fibrina (PDFs), como o D-dímero.
- (C) plaquetose, TP e TTPa aumentados e presença de produtos de degradação da fibrina (PDFs), como o D-dímero.
- (D) plaquetose, TP e TTPa diminuídos e presença de produtos de degradação da fibrina (PDFs), como o D-dímero.

— QUESTÃO 35 —

A evidência de discrepância entre as provas direta e reversa do grupo sanguíneo ABO sugere

- (A) presença de anticorpos irregulares.
- (B) identificação de subgrupos A ou B.
- (C) identificação do fenótipo "Bombay".
- (D) erro de execução das provas.

— QUESTÃO 36 —

O diagnóstico da infecção pelo *Treponema pallidum*, agente causador da sífilis, e o acompanhamento da eficácia do tratamento são realizados, respectivamente, por

- (A) teste treponêmico VDRL e teste não treponêmico FTA-abs.
- (B) teste não treponêmico VDRL e teste treponêmico FTA-abs.
- (C) teste treponêmico FTA-abs e teste não treponêmico VDRL.
- (D) teste não treponêmico FTA-abs e teste treponêmico VDRL.

— QUESTÃO 37 —

O teste de avididade de IgG tem sido proposto como um parâmetro para o diagnóstico da toxoplasmose em gestantes, pois pode

- (A) haver IgM residual e o encontro de IgG de baixa avididade define casos de infecção pregressa.
- (B) haver IgM residual e o encontro de IgG de alta avididade define casos de infecção recente.
- (C) inexistir IgM residual e o encontro de IgG de alta avididade define casos de infecção recente.
- (D) haver IgM residual e o encontro de IgG de baixa avididade define casos de infecção recente.

— QUESTÃO 38 —

O perfil sorológico compatível com um indivíduo que está na fase crônica replicativa da hepatite B é

- (A) HBsAg, anti-HBeAg e anti-HBc total positivos e Anti-HBc IgM negativo.
- (B) HBsAg, HBeAg e Anti-HBc total positivos e Anti-HBc IgM negativo.
- (C) HBsAg, anti-HBeAg e Anti-HBc total e Anti-HBc IgM positivos.
- (D) HBsAg, HBeAg, Anti-HBc total e Anti-HBc IgM positivos.

— QUESTÃO 39 —

Diante de um resultado de ELISA anti-HIV-1/2 indeterminado, é preconizado

- (A) liberar o resultado após repetir o teste de Elisa anti-HIV-1/2 na mesma amostra biológica.
- (B) reter o resultado, solicitar nova amostra imediatamente e repetir o teste de ELISA anti-HIV-1/2.
- (C) liberar o resultado após realizar segunda metodologia para detecção de anticorpos anti-HIV1/2, na mesma amostra.
- (D) liberar o resultado com a seguinte ressalva: "Nova amostra deverá ser coletada, após 30 dias, para esclarecimento do diagnóstico sorológico".

— QUESTÃO 40 —

As infecções causadas por enterobactérias produtoras de carbapenemases (KPC) estão associadas a uma taxa de mortalidade de 58% de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva e de 70-80 % de pacientes com bacteremia. Qual das bactérias listadas abaixo é KPC positiva e tem sido responsável por surtos infecciosos descritos no Brasil, nos últimos anos?

- (A) Bactéria gram-negativa *Staphylococcus aureus*.
- (B) Bactéria gram-positiva *Staphylococcus aureus*.
- (C) Bactéria gram-negativa *Klebsiella pneumoniae*.
- (D) Bactéria gram-positiva *Klebsiella pneumoniae*.

— QUESTÃO 41 —

Analise as imagens a seguir.

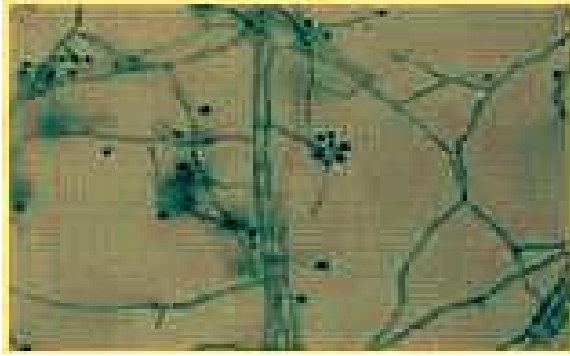


Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3

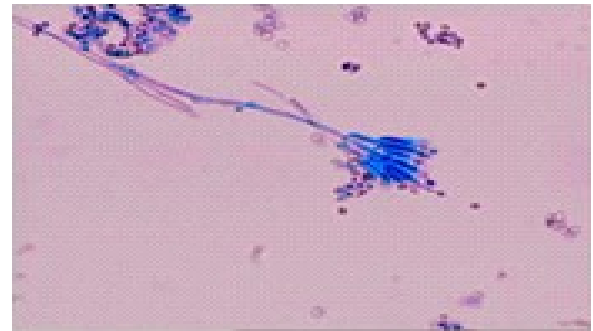


Imagem 4

Disponível em: <<http://www.google.com.br/imgres?>> Acesso em: 21.out. 2011.

Tendo em vista a morfologia dos isolados fúngicos, as imagens 1, 2, 3 e 4 correspondem, respectivamente, às seguintes espécies:

- (A) *Sporothrix schenckii*; *Microsporium sp*; *Aspergillus sp.*; *Penicillium sp.*
- (B) *Sporothrix schenckii*; *Microsporium sp*; *Penicillium sp.*; *Aspergillus sp.*
- (C) *Penicillium sp*; *Microsporium sp*; *Aspergillus sp.*; *Sporothrix schenckii*.
- (D) *Sporothrix schenckii*; *Penicillium sp.*; *Aspergillus sp.*; *Microsporium sp.*

— QUESTÃO 42 —

A Resolução da Diretoria Colegiada n. 302, publicada em 2005 (RDC 302/05) tem como finalidade aprovar o regulamento técnico dos seguintes serviços de saúde:

- (A) laboratório clínico, posto de coleta e laboratório de anatomia patológica.
- (B) laboratório clínico, laboratório de anatomia patológica e serviços de hemoterapia (banco de sangue).
- (C) laboratório clínico e laboratório de anatomia patológica.
- (D) laboratório clínico e posto de coleta.

— QUESTÃO 43 —

Considere o texto a seguir.

“Conjunto de operações que estabelece, sob condições especificadas, a correspondência entre os valores indicados por um instrumento, o sistema de medição ou material de referência e os valores correspondentes por padrões” (RDC n. 302/05).

O texto trata do conceito de

- (A) controle de qualidade.
- (B) calibração.
- (C) inspeção sanitária.
- (D) rastreabilidade.

— QUESTÃO 44 —

Considerando a normativa da RDC n. 302/2005, os laboratórios clínicos devem

- (A) registrar a aquisição dos produtos para diagnóstico de uso *in vitro*, reagentes e insumos, de forma a garantir a sua rastreabilidade.
- (B) cadastrar os equipamentos e instrumentos utilizados, nacionais e importados, junto à Anvisa/MS, de acordo com a legislação vigente.
- (C) verificar a calibração de equipamentos a cada três anos, mantendo registro dos dados obtidos.
- (D) implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) em situações específicas, nas quais o estabelecimento possa ser caracterizado como laboratório de grande porte.

— QUESTÃO 45 —

O planejamento das edificações influencia os aspectos de biossegurança das atividades laboratoriais. Nessa perspectiva, os critérios arquitetônicos de qualquer tipo de laboratório devem incluir

- (A) a instalação de chuveiros de emergência, lava-olhos e autoclaves de dupla porta.
- (B) o tratamento de água, do esgoto e da acústica em todos os espaços do laboratório.
- (C) a iluminação natural, independente dos aspectos quantitativo e qualitativo do tipo de atividades desenvolvidas no local.
- (D) os elementos organizacionais agrupados de acordo com suas funções para facilitar o fluxo e o controle dos acessos.

— QUESTÃO 46 —

A Lei n. 12.305/2010 ou Lei de Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) dispõe sobre princípios, objetivos, instrumentos e diretrizes relativas à gestão e ao gerenciamento de resíduos sólidos. Nesse sentido, esta lei

- (A) aplica-se a todos os tipos de rejeitos.
- (B) prevê ações isoladas entre as diferentes esferas do poder público.
- (C) define como instrumentos de controle os inventários e o sistema declaratório anual de resíduos sólidos.
- (D) reconhece e estimula a necessidade de incinerar a maior quantidade possível de resíduos como forma de reduzir o volume nos aterros sanitários.

— QUESTÃO 47 —

A Lei n. 12.305/2010 preconiza que durante a gestão e o gerenciamento de resíduos sólidos deve ser observada a seguinte ordem de prioridade:

- (A) não geração, redução, reutilização, reciclagem, tratamento dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos.
- (B) não geração, redução, reutilização, reciclagem, tratamento dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos resíduos.
- (C) reutilização, reciclagem, tratamento dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos resíduos.
- (D) reciclagem, reutilização, tratamento dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos.

— QUESTÃO 48 —

No exercício profissional, o Biomédico tem o dever de cooperar com o meio ambiente e a saúde pública e uma das formas de colaboração ocorre por meio da elaboração e/ou execução do conteúdo do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS). No que se refere ao conteúdo mínimo do PGRS, exigido pela legislação,

- (A) é opcional a descrição do empreendimento ou da atividade.
- (B) deve ser apresentada a identificação das soluções consorciadas com outros geradores de resíduos.
- (C) deve ser prevista a periodicidade da revisão do PGRS a cada mudança de gerência ou da responsabilidade técnica (RT).
- (D) deve ser descrita a forma de execução de metas e procedimentos que minimizem a geração de resíduos sólidos, se o volume ultrapassar o limite adotado na instituição.

— QUESTÃO 49 —

Considerando o Código de Ética, publicado em 2011, é permitido ao Biomédico

- (A) publicar fotografia de pacientes, em veículo de divulgação estritamente científica, sem prévia e expressa autorização do paciente ou de seu representante legal.
- (B) publicar anúncios individuais e coletivos, desde que se restrinjam ao nome do profissional e ao número de inscrição no Conselho.
- (C) atribuir como de sua exclusiva autoria trabalhos realizados por subordinados ou outros profissionais, quando executados sob sua orientação.
- (D) divulgar resultados ou métodos de pesquisas em desenvolvimento, antes de comprovação científica.

— QUESTÃO 50 —

De acordo com a Resolução n. 198/2011 do Conselho Federal de Biomedicina, que estabelece o Código de Ética Profissional, no capítulo que trata dos deveres do profissional, o Biomédico obriga-se a

- (A) indicar falhas nos regulamentos e nas normas das instituições em que trabalhe, quando julgá-las indignas do exercício da profissão ou prejudiciais à coletividade.
- (B) exercer a profissão com liberdade e dignidade em todo território nacional, sem discriminação por questões de credo religioso, sexo, raça, idade, condição social, opinião pública ou de qualquer outra natureza.
- (C) observar os ditames da ciência e da técnica, bem como as boas práticas no exercício da profissão.
- (D) recusar o exercício da profissão quando as condições forem indignas ou prejudiciais à coletividade.