

**BIOMEDICINA**

**06/12/2015**

<b>PROVAS</b>	<b>QUESTÕES</b>
CONHECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA	01 a 15
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS	16 a 50

**SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO**

**LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES**

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, 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.
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. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro, durante o seu preenchimento. Ao recebê-lo, verifique se seus dados estão impressos corretamente; se for constatado algum erro, notifique ao aplicador de prova.
4. No cartão-resposta, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta na cor PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
5. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, à leitura das instruções e à transcrição das respostas para o cartão-resposta.
6. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas duas horas de prova, e somente será permitido levar o caderno de prova a partir das 16 horas e 30 minutos, desde que permaneça na sala até esse horário.
7. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

**OBSERVAÇÃO:** Quando apenas três candidatos permanecerem na sala para terminar a prova, estes deverão aguardar até que o último a entregue e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual aporão suas respectivas assinaturas.

**— QUESTÃO 01 —**

Segundo Polignano, “A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los.” O autor, em *História das políticas de saúde no Brasil*, explica ainda que:

- (A) a conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) não tem sido, ao longo dos anos, resultante do poder de luta e de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros, uma vez que os movimentos sociais no Brasil sempre foram muito incipientes.
- (B) a dualidade entre medicina preventiva e curativa nem sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos.
- (C) a saúde sempre ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população; porém, sempre foi deixada na periferia do sistema no que se refere à destinação de recursos financeiros para o setor.
- (D) a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional.

**— QUESTÃO 02 —**

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País. Com relação à sua organização e ao seu funcionamento, a normatização do Ministério da Saúde define o seguinte:

- (A) a equipe mínima deve ser composta de um médico, um enfermeiro e, no máximo, 12 agentes comunitários de saúde.
- (B) a carga horária semanal será de quarenta horas para todos os profissionais da equipe, exceto para os médicos.
- (C) os parâmetros de cobertura populacional para unidade básica de saúde (UBS) não são preestabelecidos por se tratar de assunto a ser definido pelos próprios gestores que desejarem organizar esse serviço.
- (D) cada unidade básica de saúde da família, em grandes centros urbanos, deve obedecer ao parâmetro recomendado por uma UBS de, no máximo, vinte mil habitantes, localizada dentro do território.

**— QUESTÃO 03 —**

A 15ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu recentemente, em Brasília, sob o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Os municípios e estados se prepararam para ela realizando suas conferências de saúde municipais e estaduais. O que foi aprovado nesta conferência comporá a agenda dos próximos anos e definirá o campo de atuação do controle social na saúde, ajudando a promover mudanças e melhorando o Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito nacional, as conferências de saúde acontecem a cada

- (A) dois anos.
- (B) três anos.
- (C) quatro anos.
- (D) seis anos.

**— QUESTÃO 04 —**

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação que, de acordo com o Decreto n. 7508/2011, pactuarão, entre outros, aspectos administrativos e financeiros da gestão compartilhada, diretrizes acerca da organização de redes de atenção à saúde e sobre as Regiões de Saúde. As instâncias a que o enunciado se refere são:

- (A) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Fundo Nacional de Saúde (FNS).
- (B) Conselho Estadual de Saúde (CES) e Comissão Intergestores Regional (CIR).
- (C) Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- (D) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

**— QUESTÃO 05 —**

A Lei Complementar n. 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Com base nessa lei, os percentuais mínimos, das receitas brutas correntes dos Municípios e Estados, destinados obrigatoriamente à saúde, são, respectivamente, de

- (A) 20% e 10%.
- (B) 15% e 12%.
- (C) 13% e 15%.
- (D) 17% e 13%.

**— QUESTÃO 06 —**

A Lei Complementar n. 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabelece ainda critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Para fins de apuração de valores estabelecidos na referida lei, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde:

- (A) merenda escolar e outros programas de alimentação, executados em unidades do SUS.
- (B) pagamentos de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde.
- (C) limpeza urbana e remoção de resíduos realizadas para preservação do meio ambiente.
- (D) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

**— QUESTÃO 07 —**

Antes do término de seus mandatos, os secretários municipais de saúde precisam revisar sua gestão e verificar se estão devidamente registrados todos os atos administrativos desenvolvidos durante seu mandato. Algumas obrigações precisam ser cumpridas antes do encerramento de suas gestões. Para os efeitos de transição, o gestor da saúde e sua equipe deverão considerar que precisam ser disponibilizadas ao novo gestor todas as informações imprescindíveis, que servirão para uma prestação de contas de sua gestão e para subsidiar o novo secretário, orientando sua atuação na área da saúde. Dentre os documentos importantes para tal transição, destacam-se os instrumentos de gestão preconizados no PlanejaSUS (Sistema de Planejamento do SUS). São eles:

- (A) Relatório de Auditoria Municipal, Demonstrativo Financeiro e Relatório de Gestão.
- (B) Código Sanitário Municipal, Plano Plurianual e Plano Orçamentário Anual.
- (C) Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão.
- (D) Quadro de Metas Municipal, Plano Municipal de Saúde e Relatório Financeiro.

**— QUESTÃO 08 —**

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, bem como sua resolutividade. A portaria ministerial que criou os NASF determina que:

- (A) eles sejam constituídos por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, servindo de porta de entrada para a população que necessita de atendimento especializado.
- (B) por não se constituírem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, os NASF não integram a rede básica de serviços.
- (C) por serem espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica, nem todas as atividades dos NASF podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, pois muitas dessas atividades necessitam de locais e equipamentos especiais.
- (D) eles devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

**— QUESTÃO 09 —**

O uso do coeficiente de mortalidade infantil como medida do estado geral de saúde de uma comunidade é baseado no pressuposto de que ele é particularmente sensível a mudanças socioeconômicas e a intervenções na saúde. O conhecimento desse coeficiente é importante para planejadores em saúde e gestores. A redução dessa taxa é um dos objetivos descritos nas Metas de Desenvolvimento para o Milênio. Para o cálculo desse indicador utilizam-se:

- (A) o número de óbitos de crianças menores de 5 anos / o número de crianças nascidas no período analisado, multiplicado por mil.
- (B) o número de óbitos de crianças menores de 1 ano / o número de crianças nascidas no período analisado, multiplicado por mil.
- (C) o número de óbitos de crianças menores de 1 ano / o número de crianças nascidas vivas no período analisado, multiplicado por mil.
- (D) o número de óbitos de crianças menores de 5 anos / o número de crianças nascidas vivas no período analisado, multiplicado por mil.

**— QUESTÃO 10 —**

Os acidentes e as violências configuram-se como um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas acidentais (devidas ao trânsito, ao trabalho, as quedas, aos envenenamentos, afogamentos e a outros tipos de acidentes) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). No Brasil (2008), as causas externas foram a terceira causa de mortalidade na população. Em resposta a essa realidade, algumas iniciativas foram desenvolvidas na tentativa de reduzir a morbimortalidade. Dentre elas, encontram-se:

- (A) a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente e a criação do Comitê de Mortalidade Materna no Ministério da Saúde.
- (B) o Código de Trânsito Brasileiro e a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade no Sistema Único da Saúde.
- (C) o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes e a criação do Comitê de Mortalidade Materna no Ministério da Saúde.
- (D) o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil e o Código de Trânsito Brasileiro.

**— QUESTÃO 11 —**

Os níveis de prevenção, segundo Leavell e Clark (1976), se configuram em primário, secundário e terciário. Posteriormente, outros autores agregaram a esses níveis de prevenção o primordial. Esses níveis correspondem a procedimentos e intervenções que podem ser inseridos nas diferentes fases do desenvolvimento de uma doença. Ações de prevenção primordial podem ser desenvolvidas a partir

- (A) de medidas que inibam os riscos ambientais, econômicos, sociais e comportamentais.
- (B) da redução da prevalência através de recursos que encurtem a duração da doença.
- (C) da proteção da saúde por esforços pessoais e comunitários, tais como a imunização.
- (D) de medidas que amenizem o impacto das doenças existentes nos indivíduos.

**— QUESTÃO 12 —**

A Promoção da Saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e inter-setorial. Objetiva à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Constituem-se eixos operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2015:

- (A) a territorialização, a cultura da paz e os determinantes sociais de saúde.
- (B) a participação, o controle social, a educação e a formação.
- (C) os determinantes sociais e de saúde e a vigilância em saúde.
- (D) a gestão em saúde e o enfrentamento das violências.

**— QUESTÃO 13 —**

Em um município brasileiro, realizou-se um estudo sobre a condição de saúde bucal dos idosos moradores das instituições de longa permanência da localidade. Os examinadores utilizaram um formulário da Organização Mundial de Saúde para a coleta dos dados e fizeram uma única visita aos moradores do lugar. Esse tipo de estudo epidemiológico se configura como um estudo do tipo:

- (A) caso controle.
- (B) coorte.
- (C) transversal.
- (D) ecológico.

**— QUESTÃO 14 —**

A complexidade da clínica em saúde, em alguns momentos, produz nos profissionais o reconhecimento da sua incapacidade na resolução dos problemas do usuário, dentro do seu conhecimento específico. Na Política Nacional de Humanização (PNH) são apresentados os recursos da Clínica Ampliada e do Projeto Terapêutico Singular (PTS), os quais possibilitam a construção compartilhada de diagnósticos e de terapêuticas. O PTS tem como momentos constituintes a

- (A) definição de hipóteses diagnósticas, a definição de metas de curto, médio e longo prazo, a divisão de tarefas e responsabilização e a reavaliação da progressão do PTS.
- (B) compreensão holística do processo saúde-doença, a ampliação do objeto de trabalho, a transformação dos instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde.
- (C) definição de hipóteses diagnósticas, a definição da equipe de referência e apoio matricial, a inclusão da escuta qualificada no processo de trabalho e a gestão participativa.
- (D) abordagem multidisciplinar, o rearranjo da organização e gestão dos serviços, o uso da avaliação de riscos no acolhimento da demanda e a busca de resultados eficientes.

**— QUESTÃO 15 —**

O genograma ou a árvore familiar é um instrumento no qual é possível, por meio da representação gráfica espacial de todos os seus membros, elaborar a imagem familiar. A ESF Estrela Azul confeccionou um genograma da família R. V. com as seguintes informações: caso índice feminino, viúva, sessenta e cinco anos, hipertensa e diabética. Reside com dois filhos, desempregados e alcoólatras, sendo que tem uma relação conflituosa com a sogra. Seus pais já são falecidos em decorrência de um acidente de trânsito. A causa de morte do esposo foi a doença etílica e suas consequências. Na história familiar do marido há vários casos de parentes com a mesma condição de saúde. Com base no histórico relatado, como deve ser a representação gráfica dessa família?

- (A) Os filhos são representados por quadrados abaixo da mãe e uma linha contínua envolve a família que reside junta.
- (B) O caso índice será representado por um quadrado e uma linha pontilhada envolvendo os filhos.
- (C) O caso índice será representado por um círculo com uma cruz e, no seu interior, serão descritas a idade e o sexo.
- (D) Os progenitores são representados com um triângulo e o símbolo dos filhos aparece ao lado da mãe.

**— RASCUNHO —**

**— QUESTÃO 16 —**

O número estimado da população mundial com diabetes mellitus é de cerca de 382 milhões, com perspectiva de atingir 471 milhões em 2035. No Brasil, em levantamento realizado em 2013, o número estimado era de quase 12 milhões de pessoas com diabetes (Fonte: Diretrizes SBD 2014 – 2015). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), os critérios para o diagnóstico do diabetes baseado na glicemia são:

- (A) glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dL; glicemia pós 2h de 75 g de glicose  $\geq 200$  mg/dL; glicemia casual  $\geq 200$  mg/dL (com sintomas clássicos).
- (B) glicemia de jejum  $\geq 110$  mg/dL; glicemia pós 2h de 75 g de glicose  $\geq 140$  mg/dL; glicemia casual  $\geq 140$  mg/dL (com sintomas clássicos).
- (C) glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dL; glicemia pós 2h de 75 g de glicose  $\geq 140$  mg/dL; glicemia casual  $\geq 200$  mg/dL (sem sintomas clássicos).
- (D) glicemia de jejum  $\geq 110$  mg/dL; glicemia pós 2h de 75 g de glicose  $\geq 200$  mg/dL; glicemia casual  $\geq 140$  mg/dL (sem sintomas clássicos).

**— QUESTÃO 17 —**

Uma das situações relacionadas ao metabolismo lipídico que merece atenção especial são as dislipidemias secundárias, como no caso do hipotireoidismo. Nessa alteração tireoidiana, na avaliação do perfil lipídico, observa-se

- (A) hipercolesterolemia por aumento dos níveis plasmáticos de LDC-C, em decorrência do aumento de receptores hepáticos para a Apo-100 e hipertrigliceridemia por aumento da produção hepática das partículas de VLDL.
- (B) hipercolesterolemia por aumento dos níveis plasmáticos de LDC-C, em decorrência da diminuição de receptores hepáticos para a Apo-100 e hipertrigliceridemia por aumento da produção hepática das partículas de VLDL.
- (C) hipercolesterolemia por aumento dos níveis plasmáticos de LDC-C, em decorrência do aumento de receptores hepáticos para a Apo-48 e hipertrigliceridemia por aumento da produção hepática das partículas de quilomícrons.
- (D) hipercolesterolemia por aumento dos níveis plasmáticos de LDC-C, em decorrência da diminuição de receptores hepáticos para a Apo-48 e hipertrigliceridemia por aumento da produção hepática das partículas de quilomícrons.

**— QUESTÃO 18 —**

Para manutenção do pH sanguíneo, dentro de limites estreitos, os sistemas tampões agem de forma imediata e, de modo mais lento, os pulmões e os rins. Em certas circunstâncias, ocorrem os transtornos do equilíbrio acidobásico, sendo que um deles é a acidose metabólica que é caracterizada por

- (A) excesso primário de bicarbonato, com compensação realizada por hiperventilação.
- (B) excesso secundário de bicarbonato, com compensação realizada por hipoventilação.
- (C) déficit primário de bicarbonato, com compensação realizada por hiperventilação.
- (D) déficit secundário de bicarbonato, com compensação realizada por hipoventilação.

**— QUESTÃO 19 —**

Como forma de facilitar a interpretação do resultado de hemoglobina glicada A1c para o paciente, tem sido utilizado o cálculo da glicemia média estimada (GME). Nesta perspectiva, um paciente que realizou o exame de hemoglobina A1c e teve como resultado 8,5%, qual o resultado e qual a interpretação da GME esperados?

$$\text{Dado: } GME = 28,7 \times A1c - 46,7$$

- (A) 197 mg/dL, indicando bom controle dos níveis glicêmicos.
- (B) 197 mg/dL, indicando mal controle dos níveis glicêmicos.
- (C) 243 mg/dL, indicando bom controle dos níveis glicêmicos.
- (D) 243 mg/dL, indicando mal controle dos níveis glicêmicos.

**— QUESTÃO 20 —**

A classificação de fluidos serosos em transudato ou exsudato podem trazer informações úteis, além de direcionar se outros testes laboratoriais serão necessários. Neste aspecto, observa-se no exsudato a relação de proteína fluido/soro

- (A) menor que 0,5 e a relação de DHL fluido/soro maior que 0,6.
- (B) menor que 0,5 e a relação de DHL fluido/soro menor que 0,6.
- (C) maior que 0,5 e a relação de DHL fluido/soro menor que 0,6.
- (D) maior que 0,5 e a relação de DHL fluido/soro maior que 0,6.

**— QUESTÃO 21 —**

Leia o caso a seguir.

Uma paciente foi levada à emergência de um hospital com dor de cabeça, febre alta, calafrios e pescoço rígido. O médico realizou punção lombar para coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR) e encaminhou-o para realização de exames laboratoriais, além de solicitar outros exames em amostra de sangue. Os resultados principais foram: glicose sanguínea = 95 mg/dL; glicose no LCR = 15 mg/dL; proteínas no LCR = 90 mg/dL; contagem de leucócitos = 5.000/mm<sup>3</sup>, sendo 95% de neutrófilos.

Que tipo de meningite estes resultados indicam?

- (A) Viral.
- (B) Fúngica.
- (C) Bacteriana.
- (D) Asséptica.

**— QUESTÃO 22 —**

As avaliações iniciais da função renal incluem determinação da taxa de filtração glomerular (TFG) a partir da depuração da creatinina endógena e dosagens de compostos nitrogenados não proteicos, como ureia e creatinina. Considerando os seguintes dados de um determinado paciente, creatinina sérica = 5,0 mg/dL; creatinina urinária = 150 mg/dL; volume urinário de 24 horas = 720 mL; superfície corporal do paciente = 2,00 m<sup>2</sup>, conclui-se que o resultado da TFG é o seguinte:

- (A) 13 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- (B) 26 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- (C) 52 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- (D) 65 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

**— QUESTÃO 23 —**

Um paciente internado na UTI de um hospital público foi submetido ao exame de gasometria arterial, em que todas as condições pré-analíticas e analíticas foram seguidas. Os resultados parciais da gasometria foram PaCO<sub>2</sub> > 50 mm de Hg (VR 35 a 45 mm de Hg); pH < 7,30 (VR 7,36 a 7,42); PaO<sub>2</sub> < 60 mm de Hg (VR 80 a 110 mm de Hg). Estes resultados são compatíveis com:

- (A) hiperventilação alveolar.
- (B) insuficiência ventilatória.
- (C) acidose metabólica compensada.
- (D) acidose metabólica descompensada.

**— QUESTÃO 24 —**

O controle interno de um laboratório pode ser baseado num sistema de regras múltiplas de Westgard para decidir se uma corrida analítica está “dentro” ou “fora” de controle. Nesse aspecto, as regras 41s e R4s indicam, respectivamente,

- (A) perda de precisão e erro sistemático.
- (B) erro aleatório e perda de precisão.
- (C) erro sistemático e erro aleatório.
- (D) erro aleatório e erro sistemático.

**— QUESTÃO 25 —**

No controle externo de qualidade, as amostras desconhecidas são encaminhadas ao laboratório participante para serem avaliadas e devolvidas ao provedor do ensaio de proficiência. A partir daí o provedor submete os resultados quantitativos a testes estatísticos, para definição da média de consenso e desvio-padrão de cada analito. Considerando estas informações e as normas da Organização Mundial de Saúde e da Federação Internacional de Química Clínica, um analito em que a média de consenso foi de 85 mg/dL, o desvio-padrão foi de ± 7 mg/dL, o resultado do laboratório foi de 75 mg/dL, seria então classificado na seguinte categoria:

- (A) bom.
- (B) aceitável.
- (C) excelente.
- (D) inaceitável.

**— QUESTÃO 26 —**

Para o emprego dos gráficos de Levey-Jennings, algumas fases devem ser seguidas para garantir a eficiência desta estratégia de controle. Entre estas fases, encontram-se as seguintes:

- (A) analisar a amostra-controle para cada analito no mínimo 20 vezes e em 20 dias diferentes; calcular média e desvio-padrão a partir dos resultados obtidos, estabelecendo os limites do controle.
- (B) analisar a amostra-controle para cada analito no mínimo 20 vezes e no mesmo dia; calcular média, mediana e desvio-padrão a partir dos resultados obtidos, estabelecendo os limites do controle.
- (C) analisar a amostra-controle para cada analito no mínimo 10 vezes e em 10 dias diferentes; calcular média e desvio-padrão a partir dos resultados obtidos, estabelecendo os limites do controle.
- (D) analisar a amostra-controle para cada analito no mínimo 10 vezes e no mesmo dia; calcular média, mediana e desvio-padrão a partir dos resultados obtidos, estabelecendo os limites do controle.

**— QUESTÃO 27 —**

Analise os resultados apresentados a seguir de uma paciente de 40 anos, sem uso de medicamentos, sem antecedentes de disfunções tireoidianas e com função adrenal normal.

Exame	Resultado	Valor de Referência
TSH	9,0 mUI/L	0,4 a 4,5 mUI/L
T4 livre	1,2 ng/dL	0,7 a 1,8 ng/dL

Estes resultados são compatíveis com

- (A) hipertireoidismo primário.
- (B) hipertireoidismo subclínico.
- (C) hipotireoidismo primário.
- (D) hipotireoidismo subclínico.

**— QUESTÃO 28 —**

Um paciente de 30 anos foi caracterizada com a presença de sensibilidade insulínica, hipoglicemia, fraqueza, distúrbios no metabolismo de lipídios e proteínas. Os exames laboratoriais para elucidação diagnóstica identificaram níveis sanguíneos de cortisol e ACTH baixos. Considerando que todas as condições pré-analíticas, analíticas e pós-analíticas foram seguidas, estes achados laboratoriais indicam

- (A) hipocortisolismo primário.
- (B) hipercortisolismo primário.
- (C) hipocortisolismo secundário.
- (D) hipercortisolismo secundário.

**— QUESTÃO 29 —**

A calcitonina é um hormônio secretado em resposta aos níveis séricos de cálcio aumentados. No entanto, a sua dosagem é mais útil como marcador tumoral na detecção de

- (A) adenoma pituitário.
- (B) carcinoma de ovário.
- (C) carcinoma medular de tireoide.
- (D) carcinomas colonretal e gastrointestinal.

**— QUESTÃO 30 —**

Antígenos oncofetais são proteínas produzidas durante a vida fetal, que têm sua produção diminuída ou ausente após o nascimento e reaparecem nos casos de câncer. Os marcadores considerados antígenos oncofetais são os seguintes:

- (A) CA 15-3 e CA 125.
- (B) CA 15-3 e AFP.
- (C) CA 125 e CEA.
- (D) CEA e AFP.

**— QUESTÃO 31 —**

Analise os resultados das provas de função hepática de um paciente de 45 anos apresentados a seguir.

Exame	Resultado	Valor de Referência
ASAT	800 U/L	5 a 34 U/L
ALAT	1200 U/L	6 a 37 U/L
Bilirrubinas totais	8 mg/dL	Até 1,2 mg/dL
Bilirrubina direta	3 mg/dL	Até 0,4 mg/dL
Bilirrubina indireta	5 mg/dL	Até 0,8 mg/dL

Esses resultados são compatíveis com

- (A) síndrome de Dubin-Johnson.
- (B) hepatite viral aguda.
- (C) cirrose biliar primária.
- (D) obstrução extra-hepática.

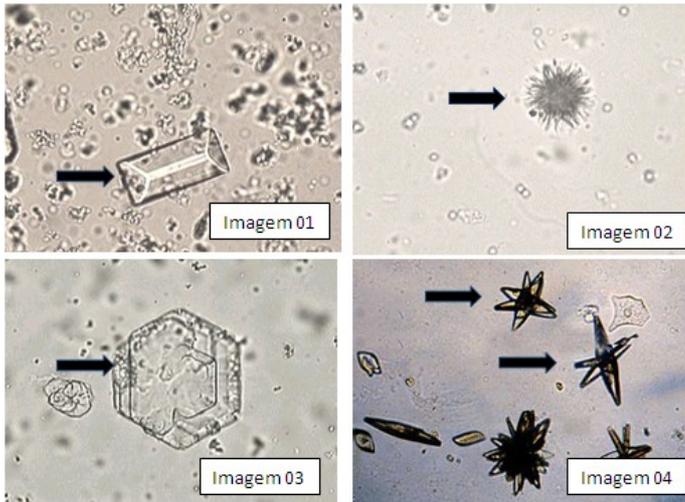
**— QUESTÃO 32 —**

No laboratório clínico, é muito comum a preparação de diluições de reagentes e amostras. Dessa forma, para preparar 500 mL de uma solução de cloreto de sódio a 0,9 % (p/v) a partir de uma solução de cloreto de sódio a 20% (p/v), será necessário diluir

- (A) 12,5 mL da solução de cloreto de sódio a 20% e água reagente qsp para 500 mL.
- (B) 12,5 mL de água reagente e solução de cloreto de sódio a 20% qsp para 500 mL.
- (C) 22,5 mL de água reagente e solução de cloreto de sódio a 20% qsp para 500 mL.
- (D) 22,5 mL da solução de cloreto de sódio a 20% e água reagente qsp para 500 mL.

**— QUESTÃO 33**

Analise as imagens a seguir.



Disponível em: <<https://portalfisiobiomed.wordpress.com/urinalise/urinalises-02-laminas/http://www.biomedicinapadrao.com.br/2010/05/cristais-na-uri-na.html>>. Acesso em: 18 out. 2015.

As setas das imagens 01, 02, 03 e 04 correspondem, respectivamente, aos cristais de

- (A) fosfato triplo, sulfas, colesterol e ácido úrico.
- (B) fosfato triplo, agulhas de tirosina, cistina e ácido úrico.
- (C) oxalato de cálcio, sulfas, colesterol e urato de amônio.
- (D) oxalato de cálcio, agulhas de tirosina, cistina e urato de amônio.

**— QUESTÃO 34**

O Teste Laboratorial Remoto-TLR (Teste Laboratorial Portátil –TLP) é realizado por meio de um equipamento laboratorial situado fisicamente fora da área de um laboratório clínico. Nesse caso,

- (A) o laboratório está desobrigado de disponibilizar a relação dos TLR que ele mesmo executa.
- (B) a execução do TLR não necessita estar vinculada a um laboratório clínico, posto de coleta ou serviço de saúde pública ambulatorial ou hospitalar.
- (C) o laboratório clínico não necessita disponibilizar nos locais de realização de TLR procedimentos documentados, orientando com relação às suas fases pré-analítica, analítica e pós-analítica.
- (D) o responsável técnico pelo laboratório clínico é responsável por todos os TLR realizados dentro da instituição, ou em atendimentos em hospital-dia, domicílios e coleta laboratorial em unidade móvel.

**— QUESTÃO 35**

O profissional legalmente habilitado pode assumir, perante a Vigilância Sanitária, a responsabilidade técnica por no máximo

- (A) dois laboratórios clínicos ou dois postos de coleta laboratorial.
- (B) dois laboratórios clínicos e um posto de coleta laboratorial.
- (C) um laboratório clínico ou um posto de coleta laboratorial.
- (D) um laboratório clínico e dois postos de coleta laboratorial.

**— QUESTÃO 36**

A fração de plasma insolúvel em frio, obtida a partir do plasma fresco congelado, é chamada de

- (A) CRIO, rico em fator VIII, fator de Von Willebrand, fator XIII e fibrinogênio.
- (B) CRIO, rico em albumina e plaquetas.
- (C) PIC, rico fator VIII, fator de Von Willebrand, fator XIII e fibrinogênio.
- (D) PIC, rico em albumina e plaquetas.

**— QUESTÃO 37**

Visando regulamentar o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 306, de 07/12/2004 prevê que os resíduos do grupo

- (A) A podem ser descartados no lixo comum após serem tratados com carvão ativado.
- (B) B podem ser descartados no lixo comum, mesmo sem tratamento prévio.
- (C) C podem ser descartados no lixo comum após autoclavagem.
- (D) D podem ser descartados no lixo comum, mesmo sem tratamento prévio.

**— QUESTÃO 38**

O fator V de Leiden é uma proteína mutante resistente à ação da

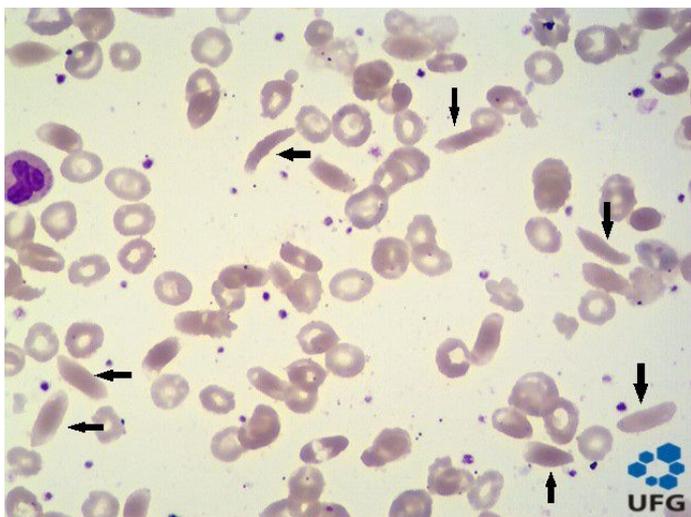
- (A) proteína C ativada, mantendo-se ativo por menos tempo, resultando num quadro de hipocoagulabilidade.
- (B) proteína S, mantendo-se ativo por mais tempo, resultando num quadro de hipocoagulabilidade.
- (C) proteína C ativada, mantendo-se ativo por mais tempo, resultando num quadro de hipercoagulabilidade.
- (D) antitrombina, mantendo-se ativo por mais tempo, resultando num quadro de hipercoagulabilidade.

Analise o quadro clínico a seguir para responder às questões de 39 a 41.

C.S.A., de 12 anos, iniciou quadro súbito de dor abdominal, icterícia, vômitos e febre elevada. O paciente faz uso de ácido fólico 5 mg 1 cp/dia, penicilina benzatina 600 000 U 21/21 dias, hidroxiureia 500 mg 2 cápsulas/dia.

HEMOGRAMA	Resultados	V.R.
Eritrócitos	2,2	4,0 – 5,4 T/l
Hemoglobina	7,7	12,0 – 16,0 g/dl
Hematócrito	21,8	36,0 – 45,0 %
VCM	99,1	80,0 – 98,0 fl
HCM	35	27,0 – 33,0 pg
CHCM	35,3	32,0 – 36,0 %
RDW	23,9	11,6 – 14,6 %
Leucócitos totais	20.500	4.000 – 11.000/ $\mu$ l
Neutrófilo	17.630	1.600 – 7.700
Bastonetes	820	40 – 550
Monócito	820	80 -1.100
Basófilo	0	0 – 200
Eosinófilo	1	40 – 550
Linfócitos	1.025	800 – 4.400
Plaquetas	351.000	150.000 – 450.000/ $\text{mm}^3$
<b>RETICULÓCITOS</b>	18	0,5 – 2,0%

Morfologia eritrocitária



ALCÂNTARA, Keila Correia e cols. Disponível em: <<https://hematologia.farmacacia.ufg.br>>. Acesso em: 14 out. 2015.

### — QUESTÃO 39 —

A morfologia eritrocitária evidencia a presença de

- (A) ovalócitos.
- (B) drepanócitos.
- (C) dacriócitos.
- (D) codócitos.

### — QUESTÃO 40 —

Nesse caso, qual a finalidade do uso da hidroxiureia?

- (A) Aumentar os níveis de hemoglobina fetal e, com isso, diminuir as crises vaso-oclusivas.
- (B) Aumentar os níveis de hemoglobina A1 e, com isso, diminuir as crises vaso-oclusivas.
- (C) Aumentar os níveis de hemoglobina A2 e, com isso, diminuir o quadro hemolítico.
- (D) Aumentar os níveis de hemoglobina fetal e, com isso, diminuir o quadro hemolítico.

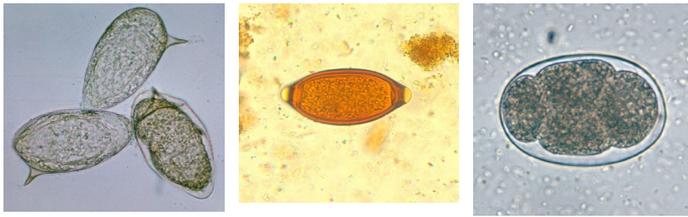
### — QUESTÃO 41 —

O aumento no número de reticulócitos no sangue deste indivíduo sugere

- (A) hemólise seguida de falência medular.
- (B) perda de sangue seguida de hiper-regeneração.
- (C) hemólise seguida de hiper-regeneração.
- (D) deficiência na produção dos eritrócitos.

**— QUESTÃO 42 —**

Analise a figura a seguir.



I

II

III

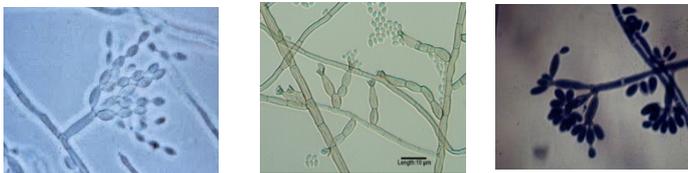
Disponível em: <<http://www.cdc.gov/dpdx/.../gallery.html>>. Acesso em: 14 out. 2015.

As imagens correspondem, respectivamente, aos ovos de

- (A) *Shistosoma mansoni*, *Ancylostoma duodenale* e *Trichuris trichiura*.  
 (B) *Ancylostoma duodenale*, *Shistosoma mansoni* e *Trichuris trichiura*.  
 (C) *Trichuris trichiura*, *Shistosoma mansoni* e *Ancylostoma duodenale*.  
 (D) *Shistosoma mansoni*, *Trichuris trichiura* e *Ancylostoma duodenale*.

**— QUESTÃO 43 —**

Analise, a seguir, a micromorfologia dos conídios dos fungos envolvidos na cromomicose.



I

II

III

Disponível em: <<https://quizlet.com/39161861/mycology-chapter-6-flash-cards>>. Acesso em: 14 out. 2015.

Os três principais tipos de conídios são, respectivamente:

- (A) *Cladosporium*, *Phialophora*, *Rhinochadiela*.  
 (B) *Phialophora*, *Cladosporium*, *Rhinochadiela*.  
 (C) *Rhinochadiela*, *Phialophora*, *Cladosporium*.  
 (D) *Phialophora*, *Rhinochadiela*, *Cladosporium*.

**— QUESTÃO 44 —**

A reação transfusional imediata hemolítica imune é, na maioria das vezes, desencadeada pela

- (A) IgG aderida à superfície da hemácia, que é reconhecida pelos macrófagos do baço, levando à hemólise extravascular com consequente hiperbilirrubinemia.  
 (B) IgG aderida à superfície da hemácia, que ativa proteínas do sistema complemento, levando à hemólise intravascular com consequente hiperbilirrubinemia.  
 (C) IgM aderida à superfície da hemácia, que ativa proteínas do sistema complemento, levando à hemólise intravascular com consequente hemoglobinúria.  
 (D) IgM aderida à superfície da hemácia, que é reconhecida pelos macrófagos do baço, levando à hemólise extravascular com consequente hiperbilirrubinemia.

**— QUESTÃO 45 —**

O 2,3 difosfoglicerato (2,3 DPG) é um intermediário da via glicolítica presente no interior dos eritrócitos. Ele é considerado um efetor alostérico por ligar as cadeias globínicas beta da

- (A) desoxi-hemoglobina, diminuindo a afinidade da hemoglobina pelo O<sub>2</sub>.  
 (B) oxi-hemoglobina, diminuindo a afinidade da hemoglobina pelo O<sub>2</sub>.  
 (C) desoxi-hemoglobina, aumentando a afinidade da hemoglobina pelo O<sub>2</sub>.  
 (D) oxi-hemoglobina, aumentando a afinidade da hemoglobina pelo O<sub>2</sub>.

**— QUESTÃO 46 —**

O fenômeno prozona ocorre quando a quantidade de anticorpos presente na amostra de soro puro é

- (A) maior do que a quantidade de antígeno do teste, gerando resultados falso-positivos no exame. O problema é facilmente solucionado testando-se a amostra diluída.  
 (B) maior do que a quantidade de antígeno do teste, gerando resultados falso-negativos no exame. O problema é facilmente solucionado testando-se a amostra diluída.  
 (C) menor do que a quantidade de antígeno do teste, gerando resultados falso-negativos no exame. O problema é facilmente solucionado testando-se a amostra diluída.  
 (D) menor do que a quantidade de antígeno do teste, gerando resultados falso-positivos no exame. O problema é facilmente solucionado testando-se a amostra diluída.

**— QUESTÃO 47 —**

O Departamento de DST Aids e Hepatites Virais define o padrão mínimo aceitável de interpretação do Western Blot como reagente quando é detectada a presença de

- (A) anticorpos contra pelo menos uma das seguintes proteínas: p24; gp41; gp120/gp160.  
 (B) anticorpos contra pelo menos duas das seguintes proteínas: p24; gp41; gp120/gp160.  
 (C) pelo menos duas das seguintes proteínas: p24; gp41; gp120/gp160.  
 (D) pelo menos uma das seguintes proteínas: p24; gp41; gp120/gp160.

**— QUESTÃO 48 —**

Leia os seguintes leucogramas:

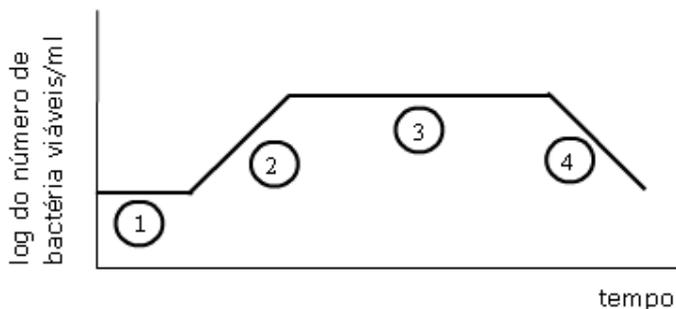
	1	2	3
<b>Série branca</b>			
Leucócitos/mm <sup>3</sup>	28.000	3.500	32.000
	%	%	%
Mieloblasto	0	0	0
Promielócito	0	0	0
Neutrófilos	80	44	18
Mielócitos	3	0	0
Metamielócitos	4	0	0
Bastonetes	16	5	0
Segmentados	57	39	18
Eosinófilos	0	3	2
Basófilos	0	0	0
Monócitos	15	6	1
Linfócitos	1	40	79
Linfócito atípico	0	7	0
Granulações tóxicas	+	+	-

Os leucogramas 1, 2 e 3 são, respectivamente, sugestivos de

- (A) leucemia mieloide crônica, infecção viral e leucemia linfóide crônica.  
 (B) leucemia mieloide crônica, leucemia linfóide aguda e infecção viral.  
 (C) processo infeccioso agudo, leucemia linfóide crônica e infecção viral.  
 (D) processo infeccioso agudo, infecção viral e leucemia linfóide crônica.

**— QUESTÃO 49 —**

O crescimento bacteriano é dividido em quatro fases que estão representados na figura a seguir.



As fases 1, 2, 3 e 4 correspondem, respectivamente, às fases

- (A) estacionária – consumo de nutrientes para início do crescimento; log – fase de adaptação; lag – crescimento exponencial; e declínio – ausência de nutrientes e consequente morte bacteriana.  
 (B) estacionária – consumo de nutrientes para início do crescimento; log – crescimento exponencial; lag – fase de adaptação; e declínio – ausência de nutrientes e consequente morte bacteriana.  
 (C) lag – fase de adaptação; log – crescimento exponencial; estacionária – consumo de nutrientes para a multiplicação; e declínio – ausência de nutrientes e consequente morte bacteriana.  
 (D) lag – consumo de nutrientes para início do crescimento; log – crescimento exponencial; estacionária – fase de adaptação; e declínio – ausência de nutrientes e consequente morte bacteriana.

**— QUESTÃO 50 —**

A Velocidade de Hemossedimentação (VHS) é um exame inespecífico, porém sensível, aumentando muito durante processos inflamatórios/infecciosos. Qual o motivo do aumento da VHS nessas condições?

- (A) Aumento de proteínas de fase aguda com consequente diminuição do potencial zeta.  
 (B) Aumento de proteínas de fase aguda com consequente aumento do potencial zeta.  
 (C) Diminuição de proteínas de fase aguda com consequente diminuição do potencial zeta.  
 (D) Diminuição de proteínas de fase aguda com consequente aumento do potencial zeta.