



CONCURSO PÚBLICO - 2005

Médico: Infectologia Hospitalar - INFHO

INSTRUÇÕES GERAIS

- Você recebeu do fiscal:
 - um **caderno de questões** contendo 60 (sessenta) questões objetivas de múltipla escolha;
 - um **cartão de respostas** personalizado.
- É responsabilidade do candidato certificar-se de que:
 - o nome e o código do cargo ou o nome e o código da especialidade ou da área de atuação informado nesta capa de prova corresponde ao nome e código do cargo ou nome e código da especialidade ou da área de atuação informado em seu **cartão de respostas**;
 - o número do gabarito informado nesta capa de prova corresponde ao número do gabarito informado em seu **cartão de respostas**.
- Ao ser autorizado o início da prova, verifique, no **caderno de questões** se a numeração das questões e a paginação estão corretas.
- Você dispõe de 4 (quatro) horas para fazer a Prova Objetiva. Faça-a com tranquilidade, mas **controle o seu tempo**. Este **tempo** inclui a marcação do **cartão de respostas**.
- Após o início da prova, será efetuada a coleta da impressão digital de cada candidato (Edital 01/2005 – Item 9.9 alínea a).
- **Não** será permitido ao candidato copiar seus assinalamentos feitos no **cartão de respostas**.
- Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato poderá entregar seu **cartão de respostas** da Prova Objetiva e retirar-se da sala de prova (Edital 01/2005 – Item 9.9 alínea c).
- Somente será permitido levar seu **caderno de questões** faltando 1 (uma) hora para o término da prova (Edital 02/2005 – Item 9.9 alínea d).
- Após o término de sua prova, entregue obrigatoriamente ao fiscal o **cartão de respostas** devidamente **assinado**.
- Os 3 (três) últimos candidatos de cada sala só poderão ser liberados juntos.
- Se você precisar de algum esclarecimento, solicite a presença do **responsável pelo local**.

INSTRUÇÕES - PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos no **cartão de respostas**. Solicite ao fiscal para efetuar as correções na Ata de Aplicação de Prova.
- Leia atentamente cada questão e assinale no **cartão de respostas** a alternativa que mais adequadamente responde.
- O **cartão de respostas NÃO** pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa no **cartão de respostas** é cobrindo, fortemente, com caneta esferográfica azul ou preta, o espaço a ela correspondente, conforme o exemplo a seguir:



CRONOGRAMA PREVISTO

ATIVIDADE	DATA	LOCAL
Divulgação do gabarito - Prova Objetiva (PO)	22/11/2005	www.nce.ufrj.br/concursos
Interposição de recursos contra o gabarito (RG) da PO	23 e 24/11/2005	NCE/UFRJ - Cidade Universitária Ilha do Fundão - Bloco C do CCMN
Divulgação do resultado do julgamento dos recursos contra os RG da PO e o resultado final da PO	08/12/2005	www.nce.ufrj.br/concursos

Demais atividades consultar Manual do Candidato ou www.nce.ufrj.br/concursos



LÍNGUA PORTUGUESA

DIREITO À SAÚDE

Dalmo de Abreu Dallari

Quando se fala em saúde, a primeira idéia das pessoas é que se tem saúde quando não se tem doença. E muitos acham que não adianta querer ter saúde ou querer que o governo garanta a saúde porque muitas doenças acontecem por motivos que não dependem da vontade das pessoas ou das ações dos governos e por isso não podem ser evitadas. Para os que pensam desse modo parece estranho falar em direito à saúde. Será possível que uma pessoa possa ter o direito de não apanhar uma verminose, de não ter bronquite, de não contrair tuberculose ou sarampo?

Antes de tudo, para que se diga que uma pessoa tem saúde não basta que ela não sofra de alguma doença. Uma das organizações mais importantes do mundo especializada em assuntos de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), adverte que não é suficiente a ausência de doenças. Para que se diga que uma pessoa tem saúde é preciso que ela goze de completo bem-estar físico, mental e social. Isso quer dizer que, além de estar fisicamente bem, sem apresentar sinal de doença, a pessoa deve estar com a cabeça tranqüila, podendo pensar normalmente e relacionar-se com outras pessoas sem qualquer problema. É preciso também que a pessoa não seja tratada pela sociedade como um estorvo ou fardo repugnante e que possa conviver com as demais em condições de igualdade e de respeito.

Tudo isso faz parte da saúde. Assim, portanto, o direito à saúde, que deve ser assegurado a todas as pessoas de maneira igual, significa o direito de estar livre de condições que impeçam o completo bem-estar físico, mental e social.

01 - O tema do direito à saúde é tratado de forma impessoal; esse tratamento é construído, no texto, por meio de muitos elementos. Assinale aquele elemento que **NÃO** é representativo desse tratamento no primeiro período do texto:

- (A) a presença da terceira pessoa: *se tem saúde*;
- (B) a utilização do sujeito indeterminado: *se fala*;
- (C) o emprego do pronome *se*: *não se tem doença*;
- (D) o uso de palavras gerais: *pessoas*;
- (E) a construção negativa: *não se tem doença*.

02 - A alternativa que mostra uma maneira de reescrever-se o primeiro período do texto com alteração de seu sentido original é:

- (A) Quando se fala em saúde, a primeira idéia das pessoas é que, quando não se tem doença, se tem saúde;
- (B) Tem-se saúde quando não se tem doença, essa é a primeira idéia das pessoas quando se fala em saúde;
- (C) A primeira idéia das pessoas, quando se fala em saúde, é que se tem saúde quando não se tem doença;
- (D) Quando não se tem saúde tem-se doença, essa é a primeira idéia das pessoas quando se fala em saúde;
- (E) Ao se falar em saúde, a primeira idéia das pessoas é que se tem saúde sempre que não se tem doença.

03 - “Será possível que uma pessoa possa ter o direito de não apanhar uma verminose, de não ter bronquite, de não contrair tuberculose ou sarampo?”; o verbo TER é usado freqüentemente em lugar de outros de significado mais específico. No caso desse fragmento do texto, por exemplo, o verbo TER é empregado em lugar, respectivamente, de:

- (A) dispor de / contaminar-se;
- (B) usufruir / sofrer de;
- (C) utilizar / contrair;
- (D) ganhar / adquirir;
- (E) gozar / possuir.

04 - “muitos acham que não adianta querer ter saúde ou querer que o governo garanta a saúde”; para que os segmentos “querer ter saúde” e “querer que o governo garanta a saúde” tenham construção semelhante, a opção correta é:

- (A) querer ter saúde / querer garantir a saúde;
- (B) querer ter saúde / querer o governo garantir a saúde;
- (C) querer ter saúde / querer a saúde garantida pelo governo;
- (D) querer que se tenha saúde / querer que o governo garanta a saúde;
- (E) querer que a saúde seja tida / querer que o governo garanta a saúde.

05 - Os pensamentos citados no primeiro parágrafo do texto:

- (A) são comprovados com exemplos no restante do texto;
- (B) são apoiados pelo autor do texto;
- (C) são combatidos pelos parágrafos seguintes;
- (D) são considerados como um correto saber popular;
- (E) são vistos como consequência de interesses políticos.



06 - A presença da OMS, no segundo parágrafo do texto, serve para:

- (A) apoiar o pensamento do autor do texto;
- (B) mostrar que as doenças são parte da natureza humana;
- (C) demonstrar que, para se ter saúde, basta não estar doente;
- (D) indicar aos governos as ações necessárias ao combate à doença;
- (E) confirmar o interesse mundial pelo assunto abordado no texto.

07 - O conceito de “saúde” defendido pela OMS:

- (A) é oposto ao conceito generalizado;
- (B) é mais amplo que o conceito comum;
- (C) opõe um saber profissional ao saber popular;
- (D) contraria o conceito defendido pelos governos;
- (E) vê a saúde como fato exclusivamente social.

08 - O elemento do texto que tem seu valor indicado INCORRETAMENTE é:

- (A) “Assim, PORTANTO, o direito à saúde...” (§3) = conclusão;
- (B) “não seja tratada COMO um estorvo” (§2) = comparação;
- (C) “QUANDO se fala em saúde” (§1) = tempo;
- (D) “PORQUE muitas doenças acontecem” (§1) = causa;
- (E) “muitas doenças acontecem POR motivos” (§1) = meio.

09 - “Para que se DIGA...”, “que o governo GARANTA...”. Se, em lugar dos verbos destacados, tivéssemos, respectivamente, os verbos PROVER e INTERVIR, as formas correspondentes seriam:

- (A) proveja / intervinha;
- (B) prove / interveja;
- (C) provenha / intervisse;
- (D) proveja / intervenha;
- (E) provenha / interveja.

10 - “o completo bem-estar”; a forma plural desse segmento é:

- (A) os completos bem-estares;
- (B) os completos bem-estar;
- (C) os completos bens-estares;
- (D) os completos bens-estar;
- (E) o completo bem-estar.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

11 - Atualmente a organização das “portas de entrada” das instituições públicas de saúde no Rio de Janeiro se faz orientada pelo critério de:

- (A) oferta de serviços;
- (B) necessidade do usuário;
- (C) demanda do usuário;
- (D) atendimento referenciado;
- (E) adscrição de clientela.

12 - Das estratégias propostas pelo governo federal, aquela que busca reorientar a organização da “porta de entrada” das instituições públicas é:

- (A) Farmácia Popular;
- (B) QualiSUS;
- (C) Bolsa Família;
- (D) Brasil Sorridente;
- (E) Educação Permanente.

13 - Hierarquização do Sistema de Saúde significa organização por:

- (A) níveis diferentes de gestão;
- (B) áreas geográficas distintas;
- (C) programas específicos por patologias;
- (D) níveis de complexidade tecnológica;
- (E) critérios de vigilância epidemiológica.

14 - O Programa de Saúde da Família (PSF) foi ampliado pelo Ministério da Saúde nos dois últimos anos em 31%. Esta é uma estratégia de reorientação da atenção:

- (A) primária;
- (B) secundária;
- (C) terciária;
- (D) quaternária;
- (E) suplementar.

15 - Entre as características da organização do PSF encontra-se:

- (A) ampliação da necessidade de leitos hospitalares;
- (B) centralização do atendimento nos agentes comunitários de saúde;
- (C) atenção de populações em situação de risco;
- (D) ausência de encaminhamento para consultas especializadas;
- (E) cadastramento de famílias com adscrição de clientela.



16 - Em junho de 2005 foi inaugurado, no Rio de Janeiro, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), parte integrante da política nacional de atendimento às urgências. Considerando a necessidade de classificação de risco para organização deste atendimento, estamos respeitando o princípio do SUS de:

- (A) universalidade;
- (B) descentralização;
- (C) equidade;
- (D) integralidade;
- (E) hierarquização.

17 - O Sistema Único de Saúde, cujo arcabouço jurídico-institucional é definido pela Constituição Federal de 1988 tem fundamentação legal nos dispositivos abaixo, EXCETO:

- (A) NOAS 1/2;
- (B) Lei n° 8080 / 1990;
- (C) Lei n° 8142 / 1990;
- (D) NOBs 91,92,93 e 96;
- (E) RDC n° 50 / 2002.

18 - O controle social previsto na regulação do Sistema de Saúde, com representação de usuários está presente na seguinte instância:

- (A) Conselhos de Saúde;
- (B) Comissão tripartite;
- (C) Comissão bipartite;
- (D) CONASS;
- (E) CONASEMS.

19 - O impacto da violência urbana na saúde da população é temática obrigatória entre gestores de saúde, que devem buscar iniciativas para minimizar estes índices. Em São Paulo, o Programa Escola da Família, que abre as escolas nos finais de semana para atividades da comunidade, resultou em queda no índice de homicídios em 57%, no porte de drogas em 81% e no de furtos em 45,5%. Esta iniciativa agrega dois princípios das ações do SUS, a saber:

- (A) equidade e regionalização;
- (B) integralidade e intersetorialidade;
- (C) universalidade e hierarquização;
- (D) controle social e equidade;
- (E) hierarquização e gratuidade.

20 - Considerando os números relativos à obesidade que revelam 16 % da população mundial acima do peso e 300 milhões de pessoas clinicamente obesas, das estratégias abaixo destinadas à população geral aquela que se correlaciona adequadamente com seu objetivo de prevenção é:

- (A) taxação de fast foods → redução do consumo → terciária;
- (B) estímulo ao aleitamento materno → melhor controle do bebê sobre a quantidade ingerida → primária;
- (C) estímulo à caminhadas para o deslocamento → aumento do gasto calórico → específica;
- (D) proibição de máquinas de refrigerantes em escolas → estímulo aos sucos naturais → secundária;
- (E) oferta de cirurgias bariátricas pelo SUS → redução da capacidade alimentar → primordial.

CONHECIMENTOS GERAIS DA ÁREA MÉDICA

21 - Bloqueio átrio ventricular ocorre, mais comumente, durante o uso de:

- (A) doperidol;
- (B) lítio;
- (C) cocaína;
- (D) teofilina;
- (E) anfetamina.

22 - O antídoto específico para a intoxicação pelo acetaminofen é:

- (A) nitrito de sódio;
- (B) naloxone;
- (C) piridoxina;
- (D) acetil cisteína;
- (E) atropina.

23 - O fluconazol pode provocar mais frequentemente:

- (A) hepatite;
- (B) neurite;
- (C) cálculo renal;
- (D) pancreatite;
- (E) miopatia.

24 - O anti-hipertensivo, usado no tratamento de urgência da hipertensão arterial, que atua como vaso dilatador é:

- (A) furosemida;
- (B) enalapril;
- (C) nifedipina;
- (D) captopril;
- (E) hidralazina.



25 - A alteração laboratorial mais frequentemente associada ao lupus eritematoso sistêmico é:

- (A) anemia;
- (B) leucopenia;
- (C) trombocitopenia;
- (D) proteinúria;
- (E) hematúria.

26 - A queimadura de um membro superior inteiro, em adulto, corresponde a uma área corporal de cerca de:

- (A) 2%;
- (B) 4%;
- (C) 9%;
- (D) 15%;
- (E) 17%.

27 - É cefalosporina de 3ª geração:

- (A) cefalexina;
- (B) cefalotina;
- (C) cefotaxina;
- (D) cefaxitin;
- (E) cefadroxil.

28 - A maior concentração de sódio ocorre em secreção de:

- (A) glândula sudorípara;
- (B) bile;
- (C) estômago;
- (D) íleo;
- (E) duodeno.

29 - Além da glicemia de jejum, o exame mais indicado para acompanhar um doente com Diabetes mellitus é:

- (A) insulinemia;
- (B) curva glicêmica;
- (C) HOMA;
- (D) GAD65;
- (E) hemoglobina glicosilada.

30 - É causa de hipopotassemia:

- (A) insuficiência renal aguda;
- (B) uso de espironolactona;
- (C) amiloidose;
- (D) alcalose;
- (E) lupus eritematoso sistêmico.

INFECTOLOGIA HOSPITALAR

31 - Paciente masculino, 36 anos, internado há 6 dias somente para a realização de biópsia renal para investigação de nefropatia perdedora de proteínas, possivelmente relacionada à sua infecção pelo HIV, vem apresentando febre de 38,5 °C há quatro dias, vespertina, com investigação preliminar negativa neste período. É correto afirmar, nesse caso, que:

- (A) o diagnóstico de Febre de Origem Obscura (FOO) pode ser afastado uma vez que o paciente se encontra internado por curto período;
- (B) três dias de febre e investigação são suficientes para enquadrá-lo na definição de FOO desde que haja suspeita de infecção nosocomial;
- (C) o paciente não pode ser definido como portador de FOO, pois apresenta sintomas e sinais de localização da causa (nefropatia pelo HIV);
- (D) o padrão da sua febre não possui sensibilidade e especificidade suficientemente elevadas para o diagnóstico de FOO;
- (E) por ser infectado pelo HIV, o diagnóstico de FOO necessita de quatro semanas de febre e três dias de investigação.



As perguntas **32**, **33** e **34** se referem ao caso clínico abaixo:

Paciente de 26 anos com história de febre, emagrecimento de grande monta, tosse seca persistente há 2 meses é internado para investigação diagnóstica. Ao exame, candidíase oral pseudomembranosa, adenomegalias cervicais bilaterais e hepatomegalia. Radiografia de tórax revela infiltrado micronodular difuso. Sem hipoxemia. Transaminases normais. Aspirado por agulha de gânglio cervical mostra raros bacilos álcool ácido resistentes na coloração de Ziehl-Neelsen. Não forneceu escarro para exame.

32 - Para confirmação do diagnóstico da infecção pelo HIV subjacente, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, é necessário:

- (A) a realização de um imunoenensaio para detecção de anticorpos contra HIV-1 e HIV-2, seguido da realização de outro imunoenensaio com mesmo princípio metodológico e, finalmente, confirmação por Western blot, em amostra diferente da primeira;
- (B) a realização de um imunoenensaio (teste rápido) para detecção de anticorpos contra HIV-1 e HIV-2, seguido da realização de outro imunoenensaio com princípio metodológico diferente e finalmente, confirmação por Imunofluorescência ou Immunoblot, na mesma amostra;
- (C) a realização de um imunoenensaio para detecção de anticorpos contra HIV-1 e HIV-2, seguido da realização de outro imunoenensaio com princípio metodológico diferente, em paralelo com Imunofluorescência ou Immunoblot e, finalmente, repetição de um imunoenensaio em amostra diferente da primeira;
- (D) a realização de um imunoenensaio para detecção de anticorpos contra HIV-1, seguido da realização de outro imunoenensaio com princípio metodológico diferente, em paralelo com Imunofluorescência ou Immunoblot e, finalmente, confirmação por Western blot, na mesma amostra;
- (E) a realização de um imunoenensaio para detecção de anticorpos contra HIV-1, seguido da realização de Imunofluorescência ou Immunoblot, e, finalmente, confirmação por um Western Blot em amostra diferente da primeira.

33 - A conduta terapêutica mais adequada para o paciente é:

- (A) iniciar Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e aguardar estabilização clínica para associar Zidovudina, Lamivudina e Efavirenz;
- (B) iniciar concomitantemente Rifampicina, Isoniazida, Etambutol, Zidovudina, Lamivudina e Lopinavir/ritonavir;
- (C) iniciar Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e aguardar estabilização clínica para iniciar então Zidovudina, Lamivudina e Abacavir;
- (D) iniciar concomitantemente Estreptomicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol, Tenofovir, Lamivudina e Atazanavir;
- (E) iniciar concomitantemente Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Tenofovir, Lamivudina e Saquinavir.

34 - Após 15 dias do início da terapia anti-retroviral o paciente voltou a apresentar febre alta, investigada por mais de uma semana, sem fonte identificável, acompanhada de alargamento de mediastino, velamento de seio costofrênico esquerdo, piora do infiltrado pulmonar e aumento do volume dos gânglios cervicais.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) concorrente aparecimento de tuberculose multi-resistente;
- (B) febre induzida por hipersensibilidade às droga anti-retrovirais;
- (C) interferência dos anti-retrovirais no tratamento da tuberculose, resultando em falha de tratamento;
- (D) emergência de infecção oportunista outra que não a tuberculose;
- (E) transitória piora da sintomatologia da tuberculose por recuperação imune.

35 - São doenças de notificação compulsória no Brasil:

- (A) doença meningocócica, infecção por MRSA, coqueluche, dengue e malária;
- (B) botulismo, esquistossomose, hanseníase, febre maculosa e doença de Chagas;
- (C) febre amarela, difteria, leishmaniose visceral, tracoma e sífilis congênita;
- (D) cólera, hantaviruses, hepatites virais, doença pneumocócica e febre tifóide;
- (E) toxoplasmose, paralisia flácida aguda, Aids, sarampo e SRAG.



36 - Em relação ao uso dos exames de imagem para o diagnóstico etiológico de febre de origem obscura (FOO) é correto afirmar:

- (A) tomografia computadorizada pode resultar em exames falsamente negativos em função de distorções da anatomia normal ou falha no uso de contraste oral ou venoso;
- (B) cintigrafia com gálio⁶⁷ tem especial valor no diagnóstico de infecções com menos de duas semanas de evolução;
- (C) tomografia por emissão de positron (PET) apresenta sensibilidade e especificidade menores que a cintigrafia com gálio⁶⁷;
- (D) ressonância magnética nuclear tem sua utilidade demonstrada apenas para avaliação do sistema nervoso central;
- (E) ultra-sonografia é particularmente útil para o diagnóstico de condições que resultem em distensão abdominal.

37 - Em relação aos testes diagnósticos específicos para as doenças infecciosas e parasitárias é correto afirmar:

- (A) os meios de cultura para isolamento adequado de *Mycobacterium leprae*, *Neisseria meningitidis* e *Leptospira interrogans* são, respectivamente, Lowenstein-Jensen, Mueller-Hinton e Fletcher;
- (B) as colorações que melhor visualizam *Mycobacterium tuberculosis*, *Paracoccidioides brasiliensis* e *Plasmodium falciparum* são, respectivamente, Ziehl-Neelsen, tinta nankim e giemsa;
- (C) as técnicas laboratoriais que identificam diretamente *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis* e *Leptospira interrogans* são, respectivamente, microscopia em campo escuro, imunofluorescência direta e microaglutinação;
- (D) as técnicas imunológicas usualmente utilizadas para diagnóstico de infecções por *Leishmania chagasi*, Varicela zoster e *Chlamydia trachomatis* são, respectivamente, teste de Montenegro, Elisa e fixação de complemento;
- (E) as colorações histológicas que facilitam a identificação de *Cryptococcus neoformans*, *Bartonella henselae* e *Leishmania braziliensis* são, respectivamente, Mucicarmin, Whartin-Starry e Wrigth-Giemsa.

38 - Em relação aos testes de sensibilidade aos antimicrobianos, **NÃO** é correto afirmar:

- (A) espécies de *Staphylococcus* que são resistentes à oxacilina (ou à meticilina) devem ser consideradas resistentes a todos os antibióticos beta-lactâmicos, incluindo imipenem, a despeito do que mostrar o resultado *in vitro*;
- (B) isolados de *Streptococcus pneumoniae* triados por teste de difusão por disco com oxacilina, dependendo do halo formado em torno do disco, devem ser submetidos a teste de determinação de MIC para penicilina, meropenem e cefotaxime ou ceftriaxone;
- (C) bactérias anaeróbias não requerem procedimentos de testes de susceptibilidade diferentes daqueles utilizados para bactérias aeróbias;
- (D) isolados de *Escherichia coli*, *Klebsiella oxytoca* e *Klebsiella pneumoniae* que mostrarem um decréscimo suficiente no MIC para ceftazidima e cefotaxima, quando testados em combinação com o ácido clavulânico, devem ser reportadas como resistentes a todas as penicilinas, todas as cefalosporinas e ao imipenem;
- (E) isolados de *Enterococcus* devem ser reportados como resistentes à cefalosporina, à clindamicina e ao sulfametoxazol-trimetoprim mesmo que os testes de susceptibilidade mostrem sensibilidade para estes antimicrobianos.

39 - A aprovação do uso da oxigenoterapia hiperbárica como terapia adjunta em algumas doenças infecciosas é baseada em:

- (A) estudos randomizados que mostram redução da mortalidade nos pacientes com mionecrose por *Clostridia* que fizeram uso de oxigenoterapia hiperbárica, quando comparados com aqueles que não a fizeram;
- (B) estudos não randomizados, série de casos e modelos animais, que suportam o uso da oxigenoterapia hiperbárica como tratamento adjunto nas gangrenas gasosas;
- (C) estudos duplo-cegos, controlados por placebo em humanos, experiência clínica e estudos em animais, que sugerem benefício da oxigenoterapia hiperbárica no tratamento de osteomielite refratária;
- (D) estudos controlados que demonstram o efeito benéfico da oxigenoterapia hiperbárica no tratamento de fadiga associada à infecção pelo HIV;
- (E) relato de casos que sugerem que o tratamento de mucormicose inclua controle das condições predisponentes, desbridamento cirúrgico agressivo, administração de antifúngico sistêmico e oxigenoterapia hiperbárica.



40 - São efeitos adversos da oxigenoterapia hiperbárica, EXCETO:

- (A) barotrauma de ouvido médio;
- (B) miopia reversível;
- (C) vasoconstrição pós área de isquemia;
- (D) convulsão generalizada;
- (E) pneumotórax.

As questões **41** e **42** referem-se ao caso clínico descrito a seguir:

Paciente de 27 anos, recentemente diagnosticado com leucemia mielóide aguda, se apresenta na emergência com febre de 38,5°C há doze horas, sem calafrios. Leucometria de 300 células/mm³, 30% de neutrófilos. Relata aplicação de quimioterapia sistêmica há 7 dias e que vinha fazendo uso de ciprofloxacina profilática. Ao exame, desidratado, febril (39,5°C), toxemiado, PA 120 x 70 mmHg, PR 104 bpm, FR 24 irpm. moderada mucosite em cavidade oral.

41 - A conduta terapêutica mais adequada para este paciente é:

- (A) Ciprofloxacina + Amoxicilina-clavulanato via oral como paciente externo;
- (B) Ciprofloxacina + Amicacina endovenosa;
- (C) Ceftazidima + Amicacina endovenosa;
- (D) Cefepime endovenoso como monoterapia;
- (E) Cefepime + Vancomicina endovenosa.

42 - O paciente, quatro dias após o início da terapia antimicrobiana, evolui com desaparecimento da febre e estabilidade clínica. Leucometria no quinto dia é de 1.400 leucócitos/mm³, com 40% de neutrófilos.

A conduta terapêutica mais adequada nesse paciente é:

- (A) suspender a terapia antibiótica desde que mantidos os níveis de granulócitos e o paciente se mantenha afebril mais 48 horas;
- (B) suspender a terapia antibiótica desde que tenha sido identificado em cultura o agente causador da febre;
- (C) manter a antibioticoterapia por duas semanas independentemente da recuperação hematológica;
- (D) manter a antibioticoterapia por mais 5 a 7 dias se não houver sinais radiológicos ou evidências laboratoriais de infecção;
- (E) suspender a terapia antibiótica e iniciar prontamente o esquema profilático previamente prescrito.

43 - Paciente de 22 anos, masculino, sofre traumatismo crânio-encefálico numa colisão de trânsito e é levado à emergência com irregularidade no ritmo respiratório que evolui para parada respiratória e ventilação mecânica através de tubo orotraqueal. No segundo dia de internação apresenta febre de 40,0°C, secreção purulenta abundante pelo tubo, tosse e taquipnéia. Neste momento, o exame físico evidencia: FR 36 irpm/min, PA 120/80, FC 140 bpm; estertores crepitantes, subcrepitantes, roncocal e alguns sibilos em ambos os pulmões. A radiografia de tórax, que na admissão era normal, agora mostra infiltrado pulmonar em terço inferior de HTD, homogêneo, com broncograma aéreo, sem cavitações ou derrame pleural. O hemograma mostra 18.000 leucócitos, 2% metamielócitos, 18% bastões, 64% segmentados, 10% linfócitos, 6% monócitos e 0% eosinófilos.

A conduta terapêutica específica inicial preconizada para este paciente é:

- (A) cefepima 2g IV 8/8h;
- (B) cefuroxima 750mg a 1,5g IV 8/8h + azitromicina 500mg IV uma vez ao dia;
- (C) imipenem 500mg IV 6/6h;
- (D) estreptomicina 2g IV 6/6h + gatifloxacina 400mg IV uma vez ao dia;
- (E) imipenem 500mg IV 6/6h + ciprofloxacina 400 mg IV 12/12h.

44 - Em relação à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), doença emergente que se disseminou pelo mundo entre março e julho de 2003, é correto afirmar:

- (A) a definição de caso suspeito estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) incluía sinais e sintomas, critérios epidemiológicos e achados laboratoriais;
- (B) os critérios epidemiológicos incluía uma ou mais exposições durante os 20 dias anteriores ao início dos sintomas;
- (C) as exposições incorporadas na definição incluía contato próximo com uma pessoa com suspeita ou caso provável de SRAG, contato com profissional de saúde ou unidade hospitalar, história de viagem a uma área com recente transmissão local de SRAG ou residência em área com recente transmissão local de SRAG;
- (D) evidência radiológica de pneumonia ou síndrome de angústia respiratória, exames positivos para coronavírus em um ou mais ensaios, ou achados de autópsia consistentes com síndrome de angústia respiratória sem causa identificável faziam parte da definição de caso provável;
- (E) morte por doença respiratória aguda inexplicável, depois de 1º de novembro de 2002, com autópsia inconclusiva, associado aos critérios epidemiológicos, definia um caso suspeito.



45 - Paciente de 47 anos, natural e procedente de Barra Mansa (RJ), refere quadro de dez meses de evolução com aparecimento e progressão de lesão ulcerada em língua, que vem dificultando a ingestão de alimentos. Refere ainda emagrecimento de 10 quilos no período, febre eventual não aferida e, nos últimos seis meses, tosse e dispnéia de esforço. Na última semana, além de febre vespertina, vem apresentando fistulização de gânglio cervical.

Na investigação diagnóstica do quadro descrito é essencial a realização de:

- (A) raspado da lesão mucosa para exame direto entre lâmina e lamínula com KOH, e sorologia para *Paracoccidioides brasiliensis*;
- (B) cultura para BK no material do gânglio e escarro, e intradermoreação com paracoccidioidina;
- (C) cultura para *Paracoccidioides brasiliensis* no escarro, biópsia ganglionar e hemocultura para micobactérias e fungos;
- (D) pesquisa direta para fungos no escarro, cultura para fungos do raspado cutâneo, do escarro e do material ganglionar;
- (E) pesquisa de BAAR em material do gânglio e escarro, e exame direto entre lâmina e lamínula com KOH do raspado da lesão de língua e material do gânglio.

46 - Na patogenia das endocardites infecciosas, **NÃO** é correto afirmar:

- (A) lesões mecânicas valvares resultam em direto contato entre o sangue e componentes subendoteliais ativando a cascata de coagulação e a deposição de proteínas plasmáticas e plaquetárias, que favorecem colonização bacteriana;
- (B) lesões inflamatórias valvares expõem proteínas de superfície capazes de ligar fibronectina que servem como superfície adesiva para bactérias circulantes que possuem proteínas ligadoras de fibronectina em sua membrana;
- (C) após colonização valvar, bactérias ativam a produção de fatores tissulares por monócitos locais e induzem agregação plaquetária que favorecem a persistência bacteriana *in-situ*;
- (D) exoenzimas e exotoxinas produzidas pelas bactérias *in-situ* convertem tecido local do hospedeiro em nutrientes para a multiplicação bacteriana e podem gerar abscessos valvares;
- (E) diferenças na susceptibilidade ao sistema de complemento e outras defesas humorais e celulares explicam em parte a frequência maior de bactérias gram positivas na etiologia das endocardites infecciosas.

47 - Paciente de 28 anos, masculino, relata febre alta com calafrios há 4 dias, por coincidência 2 dias depois da manipulação de um furúnculo em região axilar direita. Evolui com piora do quadro passando a apresentar dispnéia intensa. Ao exame da admissão: toxemiado, hipocorado, desidratado, taquipneico, PA: 80/40mmHg., FC: 120 bpm., FR: 30 irpm e T.ax: 39,8°C. Estertores subcrepitantes em bases pulmonares, sopro sistólico pancardiaco de 4+/6, pequena área de celulite em região axilar sem flutuação, lesões em quirodáctilos dolorosas sugestivas de vasculite. Hemoculturas coletadas na internação do HUCFF revelam crescimento de bactérias gram positivas. Ecocardiograma transtorácico evidencia imagem sugestiva de vegetação em folheto aórtico, com insuficiência aórtica moderada. Medicado com oxacilina venosa e drogas para suporte circulatório. No sexto dia de internação, paciente apresenta piora da dispnéia e da estertoração pulmonar. Houve também aparecimento de petéquias subconjuntivais.

A conduta preconizada neste momento é:

- (A) cirurgia cardíaca com possível troca valvar;
- (B) troca do antibiótico para vancomicina;
- (C) drenagem do provável abscesso axilar;
- (D) anticoagulação sistêmica;
- (E) esplenectomia por laparoscopia.

48 - Nas endocardites infecciosas por *Staphylococci* sensível à meticilina em válvula protética está indicado:

- (A) oxacilina + gentamicina por no mínimo seis semanas;
- (B) vancomicina por quatro semanas + gentamicina por duas;
- (C) oxacilina + rifampicina por no mínimo seis semanas + gentamicina por duas;
- (D) vancomicina + rifampicina + gentamicina por no mínimo seis semanas;
- (E) cefazolina por quatro a seis semanas + gentamicina por três a cinco dias.

49 - Após a realização de toracocentese em um paciente com derrame pleural, foi indicada a drenagem de tórax pois foi documentado, na análise do líquido coletado:

- (A) cultura negativa, leucometria 8.000 cel/mm³ e glicose 60 mg/dL;
- (B) bacterioscopia negativa, pH 7,3 e glicose 35 mg/dL;
- (C) cultura negativa, pH 7,2 e LDH 500 UI/L;
- (D) raros cocos gram positivos, pH 7,3 e proteínas 2,0 g/dL;
- (E) bacterioscopia negativa, leucometria 15.000 cel/mm³ e proteínas 5,0 mg/dL.



50 - Na impossibilidade de se realizar análise líquórica, por suspeita de coleção intracraniana, em paciente com quadro clínico compatível com meningite bacteriana purulenta, a melhor conduta é:

- (A) realizar tomografia computadorizada de crânio imediatamente e, de acordo com o resultado, iniciar o tratamento específico;
- (B) coletar hemoculturas, administrar dexametasona seguida da primeira dose do antimicrobiano e proceder tomografia computadorizada de crânio;
- (C) realizar fundoscopia para afastar hipertensão intracraniana e proceder a análise líquórica caso não seja detectado edema de papila;
- (D) iniciar o tratamento antimicrobiano e aguardar a evolução clínica por 48 horas para descartar o diagnóstico de coleção intracraniana;
- (E) administrar dexametasona para redução da pressão intracraniana e proceder a punção lombar antes de iniciar o antimicrobiano para não interferir nas culturas.

51 - A análise líquórica mais compatível com meningite pneumocócica parcialmente tratada é:

- (A) Celularidade 1000 células/mm³; PMN 65%; MN 35%; proteinorraquia 60 mg/dL; glicorraquia 60 mg/dL, bacterioscopia negativa, latex: negativo;
- (B) Celularidade 500 células/mm³; PMN 15%; MN 85%; proteinorraquia 150 mg/dL; glicorraquia 40 mg/dL, bacterioscopia negativa, latex: negativo;
- (C) Celularidade 8000 células/mm³; PMN 95%; MN 5%; proteinorraquia 280 mg/dL; glicorraquia 5 mg/dL, bacterioscopia: diplococos gram positivo, latex: positivo;
- (D) Celularidade 150 células/mm³; PMN 25%; MN 75%; proteinorraquia 100 mg/dL; glicorraquia 25 mg/dL, cultura negativa, latex: negativo;
- (E) Celularidade 4000 células/mm³; PMN 55%; MN 45%; proteinorraquia 300 mg/dL; glicorraquia 15 mg/dL, bacterioscopia e cultura negativas, latex: positivo.

52 - Criança de 5 anos chega à emergência pediátrica com quadro de 3 dias de febre de 38,5 °C, dor de garganta e adenomegalias cervicais bilaterais, evoluindo há 24 horas com dispnéia e cornagem. Ao exame: criança toxemiada, com dificuldade de abertura da boca, rinorréia purulenta, presença de placa amarelada restrita às lojas amigdalinas e com adenomegalias cervicais bilaterais de limites imprecisos.

A conduta preconizada para esta criança é:

- (A) coleta de swab de garganta para cultura e aguardar o resultado para iniciar ou não tratamento específico;
- (B) coleta de swab de nariz e garganta para cultura em meio seletivo, administrar soro anti-diftérico e iniciar penicilina parenteral até que a criança possa deglutir;
- (C) terapia de suporte com analgesia e antitérmicos e coleta de monoteste para confirmação diagnóstica;
- (D) coleta de swab garganta para cultura e iniciar penicilina parenteral até que a criança possa deglutir ou que o resultado da cultura se mostre negativo;
- (E) início de cefalosporina após realização de laringoscopia indireta para afastar o diagnóstico de epiglote.

53 - Um esquema anti-retroviral corretamente ajustado para um paciente de 65 kg com clearance de creatinina de 42 mL/min é:

- (A) zidovudina + lamivudina (300mg / 150 mg, co-formulados) 2x /dia + efavirenz 600 mg 1x /dia;
- (B) zidovudina 300mg 2x /dia + lamivudina 100 mg 1x /dia + nevirapina 200 mg 1x /dia;
- (C) estavudina 20 mg 2x /dia + lamivudina 150 mg 1x /dia + lopinavir / ritonavir (400 mg / 100 mg) 2x /dia;
- (D) tenofovir 300 mg 1x / semana + lamivudina 150 mg 1x /dia + saquinavir 1000 mg 2x /dia + ritonavir 100 mg 1x /dia;
- (E) didanosina 200 mg /dia + abacavir 300 mg 2x/dia + atazanavir 150 mg 1x /dia.



54 - Entre as situações abaixo, a única em que está indicado o tratamento antibiótico é:

- (A) paciente masculino, 60 anos, portador de obstrução urinária por hipertrofia prostática, com programação de ressecção cirúrgica, cujo exame pré-operatório coletado via cateter de demora evidencia *Escherichia coli* 1.000 UFC/ml;
- (B) paciente feminino, 40 anos, sem queixas, cateterizada por 3 dias durante internação hospitalar recente, com urinocultura coletada pelo cateter, antes de sua retirada, evidenciando 20.000 UFC/ml de *Pseudomonas aeruginosa*;
- (C) paciente feminino, 30 anos, grávida no primeiro trimestre, que realiza cultura de urina como parte de exames de rotina, que revela crescimento de *Escherichia coli* 1.000 UFC/ml;
- (D) paciente masculino, 46 anos, vítima de trauma raquimedular, sem queixas, que usa de sonda vesical de demora há 5 anos, que realiza cultura de urina com mais de 100.000 UFC/ml de *Enterococcus faecalis*;
- (E) paciente feminino, 85 anos, diabética, sem queixas, moradora do asilo da comunidade em que vive, que realiza cultura de urina com *Klebsiella pneumoniae* mais de 100.000 UFC/ml, como exame de “check up”.

55 - Paciente de 36 anos, masculino, sabidamente portador de HIV, com tratamento irregular, apresenta quadro pulmonar arrastado, com tosse, expectoração e eventuais episódios de hemoptise; a radiografia de tórax evidencia consolidação focal em terço médio à direita com área de cavitação e velamento de seio costofrênico homolateral; a bacterioscopia de escarro mostra cocobacilos Gram positivos, também levemente corados pelo Ziehl-Neelsen. A provável etiologia do quadro pulmonar do paciente é:

- (A) *Pneumocystis jirovecii*;
- (B) *Mycobacterium tuberculosis*;
- (C) *Rhodococcus equi*;
- (D) *Cryptococcus neoformans*;
- (E) *Nocardia asteroides*.

56 - Paciente de 14 anos, do sexo feminino, com história de dor em região lombar e febre esporádica há 2 meses, sendo investigada para infecção urinária sem estabelecer diagnóstico. Há 2 semanas, a dor evolui com irradiação para a face posterior da coxa direita, sendo submetida à radiografia de coluna lombar que revela destruição de corpos vertebrais de L2 e L3.

A conduta diagnóstica mais adequada para esta paciente é:

- (A) ecocardiograma;
- (B) ressonância magnética nuclear;
- (C) cintigrafia óssea com gálio⁶⁷;
- (D) biópsia e aspiração percutânea guiada por tomografia computadorizada;
- (E) biópsia óssea a céu aberto.

57 - Na interpretação dos marcadores virais da hepatite pelo vírus B, é correto afirmar:

- (A) HBsAg positivo; HbeAg positivo; Anti-HBc IgM negativo; Anti-HBc negativo; Anti-Hbe negativo; Anti-HBs negativo indicam carreador crônico;
- (B) HBsAg negativo; HbeAg negativo; Anti-HBc IgM negativo; Anti-HBc negativo; Anti-Hbe negativo; Anti-HBs positivo indicam imunidade após hepatite B;
- (C) HBsAg positivo; HbeAg positivo; Anti-HBc IgM negativo; Anti-HBc positivo; Anti-Hbe negativo; Anti-HBs negativo indicam fase aguda;
- (D) HBsAg negativo; HbeAg negativo; Anti-HBc IgM negativo; Anti-HBc positivo; Anti-Hbe negativo; Anti-HBs negativo indicam imunidade por vacinação;
- (E) HBsAg positivo; HbeAg negativo; Anti-HBc IgM negativo; Anti-HBc positivo; Anti-Hbe positivo; Anti-HBs negativo indicam portador sem replicação.

58 - As doenças cuja transmissão hospitalar é evitada por precauções de disseminação por contato são:

- (A) impetigo, shigelose, rotavirose e herpes simples disseminado;
- (B) conjuntivite viral aguda, hepatite A, varicela e pneumonia por *Mycoplasma*;
- (C) difteria cutânea, sarampo, zoster em imunocomprometido e pediculose;
- (D) rubéola congênita, escabiose, SRAG e doença meningocócica;
- (E) coqueluche, colonização por VRE, colite por *Clostridium difficile* e varíola.



59 - Apresentam grande atividade contra quase todas as bactérias anaeróbias, EXCETO:

- (A) meropenem;
- (B) ciprofloxacina;
- (C) ticarcilina / ácido clavulânico;
- (D) cloranfenicol;
- (E) metronidazol.

60 - Em um jornal de circulação restrita a uma comunidade é publicada uma notícia sobre um surto de diarreia após a festa de casamento da filha de um eminente benfeitor da igreja local. Cerca de 15 pessoas apresentaram, no decorrer dos dois dias seguintes da comemoração, febre alta e diarreia de várias evacuações diárias, acompanhadas de cólicas abdominais intensas. O médico do posto de saúde comunitário, quando entrevistado, acrescentou que os pacientes também relatavam “puxo” e que as fezes que eram inicialmente aquosas, se tornavam sanguinolentas no decorrer do quadro.

São prováveis causas do surto relatado:

- (A) *Vibrio cholerae*, *Salmonella* spp e *Clostridium perfringens*;
- (B) *Escherichia coli* enterotoxigênica, *Shigella* spp e *Clostridium difficile*;
- (C) Enterotoxina estafilocócica, *Escherichia coli* enteropatogênica e rotavírus;
- (D) *Campilobacter* spp, *Escherichia coli* enteroinvasiva e *Shigella* spp;
- (E) *Cryptosporidium*, *Salmonella* spp e *Bacillus cereus*.



Núcleo de Computação Eletrônica
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prédio do CCMN - Bloco C
Cidade Universitária - Ilha do Fundão - RJ
Central de Atendimento - (21) 2598-3333
Internet: <http://www.nce.ufrj.br>