



**CT1348**

Tisiologia

**Tecnologista em Saúde Pública**

**Prova Objetiva**

**Conhecimentos Específicos na  
Área de Atuação**

01. O Sistema Único de Saúde é o instrumento do Estado que garante direito à saúde de modo:

- (A) integral, equânime e centralizado.
- (B) universal, integral e equânime.
- (C) equânime, parcial e universal.
- (D) restrito, equânime e integral.
- (E) integral, centralizado e universal.

02. Na organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica busca garantir que as Unidades Básicas de Saúde:

- (A) sejam uma alternativa à Estratégia da Saúde da Família.
- (B) centralizem a assistência dos diferentes níveis de atenção aos usuários independente do seu território de atuação.
- (C) tenham como princípios ordenadores somente aqueles ligados à acessibilidade.
- (D) desenvolvam, unicamente no âmbito individual, um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.
- (E) desempenhem papel central na garantia à população de acesso a uma atenção de qualidade.

03. Conforme o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, é vedado aos médicos no exercício de sua profissão, EXCETO:

- (A) deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
- (B) publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.
- (C) abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável devendo continuar a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos, salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares.
- (D) manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando não houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.
- (E) utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

04. A taxa de incidência referente a determinado agravo à saúde é:

- (A) o número de casos num determinado período.
- (B) uma razão entre o número de casos novos, num determinado local e período, e a unidade de população em que ocorre.
- (C) o número de casos num determinado período e tempo.
- (D) uma razão entre o número de casos novos e antigos, num determinado local e período, e a unidade de população em que ocorre.
- (E) o número de óbitos num determinado período.

05. O mais importante para o médico diante de um exame laboratorial para confirmação diagnóstica é saber:

- (A) sua sensibilidade e especificidade.
- (B) sua sensibilidade.
- (C) sua especificidade.
- (D) seus valores preditivos positivo e negativo.
- (E) a prevalência da doença.

06. Conforme estabelecido no Simpósio Internacional para Sons Pulmonares (1987), os termos utilizados para descrever os ruídos adventícios na ausculta pulmonar são:

- (A) ruídos contínuos (sibilos, roncos) e ruídos descontínuos (estertores finos e estertores grossos).
- (B) ruídos contínuos (estertores finos e estertores grossos) e ruídos descontínuos (sibilos, roncos).
- (C) ruídos contínuos (estertores grossos e roncos) e ruídos descontínuos (estertores finos e sibilos).
- (D) ruídos descontínuos (estertores finos, estertores grossos, roncos e sibilos).
- (E) ruídos contínuos (sibilos, roncos, estertores finos e estertores grossos).

07. Observe as afirmativas a seguir, em relação à paracoccidioidomicose:

- I – Pacientes com paracoccidioidomicose apresentam comorbidades de natureza infecciosa ou não infecciosa.
- II – A tuberculose destaca-se como uma das comorbidades frequentes na paracoccidioidomicose.
- III – Pacientes com paracoccidioidomicose que apresentem resposta insatisfatória à medicação antifúngica devem ser investigados para a presença de comorbidade ou sequela.

Assinale a alternativa correta:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas II está correta.
- (C) apenas I e II estão corretas.
- (D) apenas II e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

08. O hipocratismo digital consiste em um aumento focal do tecido conjuntivo vascularizado da porção terminal das falanges distais e pode ocorrer na seguinte condição:

- (A) asma brônquica.
- (B) enfisema pulmonar.
- (C) carcinoma broncogênico.
- (D) sequestração pulmonar.
- (E) pneumonia bacteriana aguda.

09. Jovem alérgico com asma persistente em uso de fluticasona 500µg / salmeterol 50 µg, (medicação em pó seco com 2 inalações por dia). Persiste com tosse e sibilância 2x/semana e tosse noturna 3-4x/semana; dispneia aos esforços. Ao exame físico, com discretos sibilos. O próximo passo no manejo da asma desse paciente é:

- (A) prescrever corticoide VO para controle em longo prazo e esclarecer os riscos de uso crônico da medicação.
- (B) investigar adesão ao tratamento, a técnica de inalação e diagnósticos alternativos ou associados antes de modificar o tratamento proposto.
- (C) considerar a técnica inalatória inadequada e prescrever antileucotrieno como medicação de controle.
- (D) prescrever antibióticos macrolídeos como imunomoduladores para controle da asma por 3 meses.
- (E) se tiver valores de IgE elevados, iniciar tratamento para aspergilose broncopulmonar alérgica, com prednisona e itraconazol.

10. De acordo com a hipótese de que a ação dos fármacos utilizados no tratamento da tuberculose sensível varia de acordo com a velocidade de multiplicação do bacilo na lesão, o fármaco capaz de matar os bacilos dormentes é:

- (A) isoniazida.
- (B) rifampicina.
- (C) pirazinamida.
- (D) etambutol.
- (E) estreptomicina.

11. De acordo com o mais recente documento da “Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)”, é requerido para o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que o paciente apresente o contexto clínico (dispneia, tosse crônica, história de exposição ao fator de risco como, por exemplo, tabaco) associado à espirometria com:

- (A) VEF1 inferior a 0,80 com prova após broncodilatador positiva.
- (B) VEF1/CVF inferior a 0,80 após-broncodilatador.
- (C) VEF1/CVF inferior a 0,80 pré-broncodilatador.
- (D) VEF1/CVF inferior a 0,70 pré-broncodilatador.
- (E) VEF1/CVF inferior a 0,70 após-broncodilatador.

12. A respeito do achado de granuloma em materiais de biópsia é correto dizer que:

- (A) em pacientes infectados pelo HIV mesmo se não houver caseificação é compatível com tuberculose.
- (B) em pacientes infectados pelo HIV se houver caseificação nem sempre é compatível com tuberculose.
- (C) em pacientes imuno-competentes em tratamento com agentes anti-TN é necessário a confirmação de tuberculose por cultura para início de tratamento.
- (D) se for achado no nódulo pulmonar solitário necessita necrose de caseificação para permitir o início de tratamento.
- (E) se for achado no nódulo pulmonar solitário necessita comprovação bacteriológica para permitir o início de tratamento.

13. O tipo histológico de câncer de pulmão mais comum é o:

- (A) carcinoma de células escamosas.
- (B) adenocarcinoma.
- (C) carcinoma bronquioloalveolar.
- (D) carcinoma de grandes células.
- (E) carcinoma de pequenas células.

14. As pneumoconioses são doenças fibróticas pulmonares crônicas causadas pela inalação de diferentes tipos de pós ou poeiras. A doença consequente à inalação de silicato de magnésio é a:

- (A) silicose.
- (B) asbestose.
- (C) talcose.
- (D) siderose.
- (E) pneumoconiose dos trabalhadores de mina.

15. As principais características do líquido pleural na tuberculose que o diferenciam do empiema por germes comuns são:

- (A) transudato; linfócitos (>75%); proteínas < 300 mg%; adenosina deaminase (ADA) > 40 U/L; baciloscopia positiva < 60%.
- (B) exsudato; linfócitos (>75%); proteínas > 300 mg%; (ADA) > 40 U/L; cultura positiva > 60%.
- (C) exsudato; linfócitos (>75%); proteínas < 300 mg%; ADA > 40 U/L; cultura positiva > 60%.
- (D) exsudato; polimorfonucleares (>75%); proteínas > 300 mg%; ADA < 40 U/L; cultura positiva < 60%.
- (E) exsudato; monócitos (<75%); proteínas > 300 mg%; ADA < 40 U/L; baciloscopia positiva > 50%.

16. A prova broncoprovocadora com metacolina é um método de avaliação da presença de hiperresponsividade brônquica. É contraindicação absoluta à sua realização:

- (A) VEF1 < 0,80 do previsto ou < 1200 mL.
- (B) VEF1 < 0,70 do previsto ou < 1200 mL.
- (C) VEF1 < 0,70 do previsto ou < 1000 mL.
- (D) VEF1 < 0,50 do previsto ou < 1200 mL.
- (E) VEF1 < 0,50 do previsto ou < 1000 mL.

17. Paciente com fibrose cística, 19 anos, em acompanhamento desde os 5 anos. Há 4 meses sofreu exacerbação da doença e não obteve melhora com antibióticos para germes piogênicos. Baciloscopia de escarro positiva (++) . Iniciou tratamento para tuberculose com esquema básico, mas teve pequena melhora e manteve positividade à baciloscopia no quarto mês. Radiografia com infiltrado em terço superior direito (figura).



A hipótese mais provável é:

- (A) colonização por *Burkholderia cepacia*.
- (B) colonização por *Stenotrophomonas maltophilia*.
- (C) aspergilose broncopulmonar alérgica.
- (D) persistência bacteriológica (bacilos inviáveis).
- (E) infecção por micobactéria não tuberculosa.

18. Mais de 80% dos casos de hemoptise volumosa se originam nas:

- (A) artérias pulmonares.
- (B) artérias do sistema arterial não-brônquico.
- (C) veias pulmonares .
- (D) artérias brônquicas.
- (E) veias brônquicas.

19. Caracteristicamente, a histoplasmose pulmonar crônica cavitária se instala em pacientes com:

- (A) sequela de tuberculose pulmonar.
- (B) broquiectasias cilíndricas.
- (C) síndrome da imunodeficiência adquirida.
- (D) diabetes "mellitus".
- (E) enfisema centro-acinar ou bolhoso.

20. Observe as afirmativas abaixo sobre indicação de cultura para micobactérias e teste de sensibilidade, independente do resultado da baciloscopia de escarro nos seguinte casos:

- I - pessoas vivendo com HIV/Aids com suspeita de tuberculose pulmonar.
- II - pacientes com baciloscopia positiva ao final do segundo mês de tratamento.
- III - pacientes sob esquema básico ao final do segundo mês de tratamento.
- IV - profissionais de saúde com suspeita de tuberculose pulmonar.

Dessas afirmativas:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas I e II estão corretas.
- (C) apenas I, II e III estão corretas.
- (D) apenas I, II e IV estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

**Conhecimentos  
Específicos no Perfil**

21. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Brasil encontra-se entre os 22 países com maior carga de tuberculose. No entanto se analisarmos pelas taxas de incidência, ocuparia a 111ª. posição. Isto significa que no Brasil:

- (A) a carga alta de tuberculose é devido aos determinantes sociais e à grande população do País.
- (B) os determinantes sociais da doença não são significativos.
- (C) as taxas de incidência são calculadas sem levar em consideração a população.
- (D) as taxas de incidência não permitem comparações com países de diferentes populações.
- (E) a carga da tuberculose não mede o número de casos.

22. As chances de que a infecção tuberculosa evolua para a doença ao longo de sua vida são:

- (A) maiores entre as pessoas convivendo com HIV/Aids do que as portadoras de diabetes não controlada.
- (B) maiores entre as pessoas com de diabetes não controlada do que as convivendo com HIV/Aids.
- (C) similares entre as pessoas portadoras de diabetes não controlada e as convivendo com HIV/Aids.
- (D) maiores em pessoas com CD4 acima de 500 células por  $\text{mm}^3$ .
- (E) maiores em pessoas com CD acima de 1000 células por  $\text{mm}^3$ .

23. Com relação ao tabagismo NÃO é correto afirmar que:

- (A) fumar é um fator de risco para a tuberculose independente do uso de álcool e de outros fatores socioeconômicos.
- (B) mais de 20% da incidência global por tuberculose pode ser atribuída ao tabagismo.
- (C) fumar aumenta significativamente o risco de adoecimento e morte por tuberculose.
- (D) controlar a epidemia de tabaco vai ajudar a controlar a tuberculose.
- (E) não há redução da mortalidade por tuberculose quando os fumantes cessam o consumo do tabaco.

24. Em relação aos fármacos NÃO é correto afirmar que:

- (A) na pesquisa básica a eficácia refere-se à sua capacidade máxima de produzir um efeito.
- (B) na pesquisa clínica a eficácia refere-se a sua capacidade de, na dose recomendada, produzir efeitos benéficos em circunstâncias ideais, como nos ensaios clínicos.
- (C) a sua efetividade é avaliada nas condições reais de terapêutica na população.
- (D) a sua efetividade não é influenciada pela baixa adesão do paciente.
- (E) a sua eficiência é avaliada pelo custo-efetividade para o paciente ou sociedade.

25. Na investigação de contatos de paciente bacilífero, identificou-se que um de seus filhos, de quatro anos, estava assintomático, com teste tuberculínico não reator e radiografia de tórax com adenomegalias hiliares. Trata-se de um caso provável de:

- (A) micobacteriose não tuberculosa.
- (B) sarcoidose.
- (C) tuberculose pós-primária.
- (D) tuberculose primária.
- (E) infecção latente por tuberculose.

26. Na criança com 1 ano e 8 meses, vacinada com BCG, assintomática, contato de um adulto com tuberculose (TB), o diagnóstico de infecção latente por tuberculose (ILTb) pode ser estabelecido quando:

- (A) < 5mm e a radiografia de tórax for normal.
- (B) < 5mm e houver adenopatia na radiografia de tórax.
- (C) >15mm e houver adenopatia na radiografia de tórax.
- (D) >10 mm e a radiografia de tórax for normal.
- (E) > 5mm independente da radiografia de tórax.

27. As células T “helper” (linfócitos T CD4+), que desempenham um importante papel na patogenia da tuberculose, podem ser separadas em dois fenótipos: Th1 e Th2, na dependência das citocinas que secretam. Nesse sentido, os linfócitos do fenótipo Th1 secretam:

- (A) interferon gama ou interleucinas 4 e 5 na dependência do agente etiológico.
- (B) interferon gama que desempenha um papel imunológico agressor.
- (C) interleucinas 4 e 5 que desempenham um papel imunológico protetor.
- (D) interleucinas 4 e 5 que desempenham um papel imunológico agressor.
- (E) interferon gama que desempenha um papel imunológico protetor.

28. Pessoa vivendo com HIV/Aids, radiografia de tórax mostrava calcificações nos últimos 5 anos, veio a desenvolver tuberculose pulmonar no último mês. O mecanismo de doença mais provável envolvido nesse caso é:

- (A) reativação endógena.
- (B) reinfecção exógena.
- (C) resistência natural.
- (D) resistência adquirida.
- (E) primo-infecção exógena.

29. A resistência aos fármacos antituberculose verificada em pacientes nunca tratados para tuberculose é chamada de:

- (A) resistência natural.
- (B) resistência adquirida.
- (C) resistência primária.
- (D) monorresistência.
- (E) resistência secundária.

30. A busca de casos de tuberculose entre os pacientes que procuram o Sistema de Saúde para diagnóstico devido aos sintomas respiratórios é chamada de busca:

- (A) passiva de casos.
- (B) intensificada de casos.
- (C) ativa de casos.
- (D) indireta de casos.
- (E) direta de casos.

31. Observe as afirmativas abaixo sobre indicação de cultura para micobactérias nos seguintes casos:

- I - Suspeita clínica/radiológica de tuberculose com baciloscopias negativas repetidas.
- II - Suspeita clínica/radiológica de infecções por micobactérias não tuberculosas (MNT).
- III - Possibilidade clínica de tuberculose pericárdica.
- IV - Ao início de todo caso com esquema básico.

Sobre essas afirmativas pode-se dizer que:

- (A) apenas I está correta.
- (B) apenas I e II estão corretas.
- (C) apenas I, II e III estão corretas.
- (D) apenas I e III estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

32. O sistema de detecção de micobactérias Bactec MGIT 960 é um método automatizado que:

- (A) utiliza meio sólido e faz o diagnóstico indireto da tuberculose.
- (B) utiliza meio líquido e identifica o M.tb diretamente.
- (C) utiliza meio líquido e faz o diagnóstico indireto da tuberculose.
- (D) utiliza meio sólido e identifica o M.tb diretamente.
- (E) utiliza meio líquido ou sólido e identifica o M.tb diretamente.

33. A Organização Mundial da Saúde recomenda FORTEMENTE a utilização do teste Xpert MTB/RIF para diagnóstico inicial de tuberculose pulmonar em:

- (A) suspeita de resistência às quinolonas e fluorquinolonas.
- (B) suspeita de resistência aos aminoglicosídeos.
- (C) pacientes com diabetes e insuficiência renal crônica.
- (D) pacientes adultos e crianças com suspeita de tuberculose multirresistente ou doentes com associação tuberculose/HIV+.
- (E) pacientes com uma amostra de secreção das vias aéreas inferiores com resultado negativo de pesquisa de BAAR - Bacilos Álcool-Ácido Resistentes.

34. O método de melhor rendimento para o diagnóstico (de certeza ou de presunção) de tuberculose pleural é:

- (A) cultura para M.tb do líquido pleural.
- (B) cultura para M.tb do fragmento pleural.
- (C) cultura para M.tb do escarro induzido.
- (D) histologia do fragmento pleural.
- (E) combinação de pesquisa direta de bacilo. álcool-ácido resistente no líquido pleural e no escarro induzido.

35. No material de punção de gânglio cervical flutuante, o diagnóstico de tuberculose pode ser feito, na prática, afastando-se a possibilidade de infecção por micobactérias não tuberculosas quando:

- (A) a baciloscopia é positiva.
- (B) a prova tuberculínica é reatora.
- (C) existe fistulização dos gânglios.
- (D) o exame histopatológico mostra granuloma.
- (E) existe concomitância com eritema nodoso.

36. Os métodos laboratoriais para detecção de resistência aos medicamentos utilizados no tratamento da tuberculose são:

- (A) método das proporções, métodos automatizados (ex.MGIT- Mycobacteria Growth Indicator Tube), PRA – PCR restriction analysis, RFLP - restriction fragment length polymorphism spoligotyping, teste Xpert MTB/RIF.
- (B) *métodos automatizados* (ex.MGIT- Mycobacteria Growth Indicator Tube), testes bioquímicos, sequenciamento do gen hsp65.
- (C) método das proporções em meio de Löwenstein Jensen, métodos automatizados (ex.MGIT- Mycobacteria Growth Indicator Tube), teste Xpert MTB/RIF, hibridização reversa em fita comercial (ex.**GenoType MTBDRplus –fita Hain**).
- (D) detecção do antígeno MPT64, método das proporções em meio de Löwenstein Jensen, *métodos automatizados* (ex.MGIT- Mycobacteria Growth Indicator Tube), teste Xpert MTB/RIF, hibridização reversa em fita comercial (**GenoType MTBDRplus –fita Hain**).
- (E) teste Xpert MTB/RIF, MODS - Microscopic Observation Drug Susceptibility assay, sequenciamento do gen rpoB, PRA – PCR restriction analysis, RFLP - restriction fragment length polymorphism spoligotyping.

37. Atualmente, o esquema básico para tratamento da tuberculose é realizado na sua fase inicial com quatro fármacos em dose fixa combinada em um só comprimido. As doses em cada comprimido são:

- (A) rifampicina = 150 mg; isoniazida = 75 mg; pirazinamida = 400 mg; etambutol = 275 mg.
- (B) rifampicina = 150 mg; isoniazida = 100 mg; pirazinamida = 400 mg; etambutol = 275 mg.
- (C) rifampicina = 150 mg; isoniazida = 75 mg; pirazinamida = 400 mg; etambutol = 300 mg.
- (D) rifampicina = 150 mg; isoniazida = 75 mg; pirazinamida = 500 mg; etambutol = 275 mg.
- (E) rifampicina = 250 mg; isoniazida = 75 mg; pirazinamida = 400 mg; etambutol = 275 mg.

38. Em relação ao sistema para diagnóstico de tuberculose pulmonar na infância preconizado pelo Ministério da Saúde, a conduta adequada, a critério clínico, para se iniciar o tratamento com esquema básico seria:

- (A)  $\geq 45$  pontos se a cultura em lavado gástrico for positiva.
- (B)  $\geq 40$  pontos se a cultura em lavado gástrico for positiva.
- (C)  $\geq 30$  pontos se a cultura em lavado gástrico for positiva.
- (D)  $\geq 30$  pontos independente da realização de lavado gástrico.
- (E)  $\geq 25$  pontos independente da realização de lavado gástrico.

39. Em pacientes com diagnóstico de tuberculose, sem história de tratamento prévio, porém em uso de regular de insulina devido a diabetes “mellitus”, é sugerido que o tratamento para tuberculose:

- (A) seja mantido por seis meses, porém com aumento na dose de rifampicina.
- (B) seja mantido por seis a nove meses (a critério do médico assistente) com as mesmas doses.
- (C) seja sempre aumentado para doze meses, com as mesmas doses.
- (D) seja sempre aumentado para doze meses com aumento da dose de rifampicina.
- (E) seja mantido por seis a nove meses (a critério do médico assistente) com aumento na dose de rifampicina.



40. Em pacientes com doença hepática estável, sem cirrose, que nos exames basais (antes do início do tratamento) apresentem ALT/AST com valores menores do que três vezes o valor superior da normalidade, o tratamento inicial prescrito deve ser:

- (A) rifampicina – isoniazida – estreptomicina por doze meses.
- (B) rifampicina – isoniazida – etambutol por nove meses.
- (C) rifampicina – isoniazida – etambutol por doze meses.
- (D) isoniazida – pirazinamida – etambutol por nove meses.
- (E) rifampicina – isoniazida – pirazinamida – etambutol por seis meses.

41. Durante o tratamento com esquema básico ocorre o aparecimento de nefrite intersticial. Usando as siglas

R - rifampicina; H - isoniazida; Z - pirazinamida;  
E - etambutol; S - estreptomicina; O - ofloxacina

o fármaco que provavelmente causou esse efeito adverso e o esquema a ser instituído, segundo as normas oficiais, são:

- (A) rifampicina; 2HZES/10HE.
- (B) rifampicina; 3 SEO/9EO.
- (C) isoniazida; 3 SEO/9EO.
- (D) isoniazida; 2RZES/4RE.
- (E) isoniazida; 2RZE/4RE.

42. O esquema terapêutico a ser utilizado em pacientes com intolerância a isoniazida é:

- (A) dois meses de rifampicina - pirazinamida - etambutol - estreptomicina / sete meses de rifampicina - etambutol.
- (B) dois meses de rifampicina - pirazinamida - etambutol - estreptomicina / dez meses de rifampicina - etambutol.
- (C) dois meses de rifampicina - pirazinamida - estreptomicina / dez meses de rifampicina - etambutol.
- (D) dois meses de rifampicina - pirazinamida - etambutol / dez meses de rifampicina - etambutol.
- (E) dois meses de rifampicina - pirazinamida - etambutol - estreptomicina / sete meses de estreptomicina - etambutol.

43. Observe as afirmativas abaixo sobre o tratamento de meningoencefalite tuberculosa associada à tuberculose pulmonar.

[Siglas: R - rifampicina; H - isoniazida; Z - pirazinamida; E - etambutol]

- I – O esquema para crianças e adolescentes é: 2 RHZ/7RH.
- II - O esquema para adolescentes e adultos é: 2 RHZE/7RH.
- III – O uso de corticoide é recomendado apenas na meningoencefalite mas não na associação com tuberculose pulmonar.

Sobre essas afirmativas pode-se dizer que:

- (A) apenas I está certa.
- (B) apenas II está certa.
- (C) apenas III está certa.
- (D) apenas I e III estão certas.
- (E) apenas II e III estão certas.

44. Nos casos de pacientes que necessitam retornar ao tratamento após abandono, a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde é:

- (A) permanecer na atenção básica com esquema básico até se obter resultado de cultura e teste de sensibilidade.
- (B) permanecer na atenção básica com esquema especial para polirresistência até se obter resultado de cultura e teste de sensibilidade.
- (C) encaminhar para a referência secundária até se obter resultado de cultura e teste de sensibilidade.
- (D) encaminhar para a referência terciária para definir o esquema individualizado.
- (E) encaminhar para a referência terciária para iniciar esquemas especiais para multirresistência.

45. Paciente em tratamento para tuberculose com esquema básico, sem qualquer sintoma álgico, faz exames de sangue (por outro motivo que não a tuberculose) e acidentalmente é diagnosticado com aumento na dosagem de ácido úrico sérico. Nesse caso a conduta sugerida é:

- (A) dieta hipopurínica e substituição do etambutol.
- (B) apenas dieta hipopurínica.
- (C) dieta hipopurínica e allopurinol (mais colchicina se necessário).
- (D) dieta hipopurínica e substituição da pirazinamida.
- (E) dieta hipopurínica e substituição da pirazinamida e do etambutol.



46. A avaliação de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar para busca de casos de tuberculose ativa e de tuberculose infecção latente está indicada:

- (A) nos contatos próximos com menos de 14 anos.
- (B) nos contatos próximos com 14 anos ou mais.
- (C) nos contatos próximos, independente da idade.
- (D) nos contatos próximos que tenham comorbidade conhecida.
- (E) nos contatos de caso índice portador de tuberculose pulmonar multirresistente.

47. Levando-se em consideração a interpretação da prova tuberculínica em pessoas vacinadas com BCG, o ponto de corte recomendado pelas normas oficiais para identificar a infecção latente por tuberculose é:

- (A)  $\geq 10$  mm em vacinados há mais de 2 anos.
- (B)  $\geq 5$  mm em vacinados há menos de 2 anos.
- (C)  $\geq 10$  mm em vacinados há menos de 2 anos; e" 5 mm em vacinados há mais de 2 anos.
- (D)  $\geq 15$  mm em vacinados há menos de 2 anos; e" 10 mm em vacinados há mais de 2 anos.
- (E)  $\geq 15$  mm em vacinados há menos de 2 anos; e" 5 mm em vacinados há mais de 2 anos.

48. Segundo a literatura, a efetividade do tratamento da tuberculose infecção latente com isoniazida é limitada em função da:

- (A) baixa adesão ao tratamento.
- (B) elevada taxa de hepatotoxicidade.
- (C) baixa eficácia do tratamento.
- (D) elevada taxa de lesões cutâneas.
- (E) crescente prevalência de resistência à isonizida.

49. Na primo-vacinação BCG o aparecimento de tumefação no local da aplicação da vacina que se apresenta como abscesso doloroso, com halo eritematoso sem amolecimento central, a conduta mais indicada é:

- (A) iniciar eritromicina e manter por 15 dias.
- (B) iniciar isoniazida e manter por 6 meses.
- (C) iniciar isoniazida e manter por 45 dias.
- (D) recomendar calor local e conduta expectante.
- (E) recomendar drenagem cirúrgica.

50. No recém-nascido cuja mãe foi diagnosticada com tuberculose bacilífera logo antes do parto, a melhor conduta é:

- (A) vacinar com BCG e solicitar prova tuberculínica após 3 meses.
- (B) vacinar com BCG e iniciar isoniazida por 3 meses.
- (C) iniciar o uso de isoniazida antes de vacinar com BCG.
- (D) solicitar prova tuberculínica antes de vacinar com BCG.
- (E) solicitar prova tuberculínica e, caso reatora, iniciar isoniazida.

51. Um contato próximo de tuberculose pulmonar, assintomático, cujo teste tuberculínico cutâneo apresenta induração cutânea de 5 mm, será considerado como um caso de tuberculose infecção latente e, portanto, com indicação de tratamento:

- (A) independente da idade, caso não seja vacinado pela BCG ou com vacinação há mais de 2 anos.
- (B) somente se for contato próximo infectado pelo HIV.
- (C) caso tenha idade igual ou inferior à 5 anos, independente da BCG.
- (D) caso tenha idade superior a 5 anos, independente da BCG.
- (E) independente da idade e da vacinação pela BCG.

52. Já foi demonstrada a elevada taxa de transmissão de tuberculose em ambientes fechados. Em razão disso, a OMS propôs que medidas de controle da transmissão da tuberculose sejam adotadas nos chamados "ambientes de risco" (Unidades de Saúde ou não). Nesse sentido, profissionais que lidam com pacientes com tuberculose pulmonar (ou suspeita):

- (A) devem usar máscaras cirúrgicas.
- (B) devem usar máscaras tipo N95.
- (C) não precisam de proteção desde que os pacientes usem máscaras cirúrgicas.
- (D) não precisam de proteção desde que o ambiente seja ventilado.
- (E) devem fazer BCG para evitar adoecimento.

53. De forma a reduzir o risco ambiental de infecção de outras pessoas pelo M.tb, o paciente com diagnóstico recente de tuberculose pulmonar deve ser orientado a:

- (A) evitar ambientes fechados e conglomerados durante as primeiras duas semanas de tratamento.
- (B) usar máscara cirúrgica 24 horas por dia durante as primeiras duas semanas de tratamento.
- (C) não sair de casa durante as primeiras duas semanas de tratamento.
- (D) usar máscara tipo N95 nas 24 horas do dia durante as primeiras duas semanas de tratamento.
- (E) não tomar cuidado nenhum pois o controle ambiental não é necessário.

54. A baciloscopia direta do escarro pela coloração de Ziehl Neelsen:

- (A) tem elevada sensibilidade para tuberculose no nosso meio.
- (B) tem elevado valor preditivo positivo para tuberculose no nosso meio.
- (C) tem baixa especificidade para tuberculose no nosso meio.
- (D) tem baixo valor preditivo positivo para tuberculose no nosso meio.
- (E) tem elevada acurácia para tuberculose no nosso meio.

55. Nos pacientes com diagnóstico e em tratamento para tuberculose que sejam coinfectados pelo HIV, a terapia anti-retroviral altamente eficaz (HAART):

- (A) é recomendada em todos os casos.
- (B) é recomendada apenas para os casos com baixa contagem de CD4.
- (C) é recomendada apenas para os casos em que o diagnóstico de tuberculose foi posterior ao de HIV.
- (D) não é mais recomendada.
- (E) é recomendada apenas para os casos com baixa contagem de CD4 e elevada carga viral.

56. A rifampicina pode interagir com alguns dos fármacos antiretrovirais. Por exemplo, a coadministração de rifampicina com efavirens:

- (A) não afeta a concentração plasmática do efavirens.
- (B) aumenta a concentração plasmática do efavirens, sem alterar o resultado do tratamento.
- (C) reduz a concentração plasmática do efavirens, reduzindo o resultado do tratamento.
- (D) aumenta a concentração plasmática do efavirens, alterando o resultado do tratamento.
- (E) reduz a concentração plasmática do efavirens, sem alterar o resultado do tratamento.

57. Diante de uma suspeita de doença causada por micobactéria não causadora de tuberculose (MNT) alguns métodos laboratoriais utilizados para IDENTIFICAÇÃO de espécie são:

- (A) sonda genética, testes de sensibilidade, PRA – reação em cadeia da polimerase com análise de restrição.
- (B) bioquímicos, sondas genéticas, detecção do antígeno MPT64.
- (C) bioquímicos, sondas genéticas, PRA - PCR restricton analysis (reação em cadeia da polimerase com análise de restrição).
- (D) cultura, PRA – PCR restricton analysis (reação em cadeia da polimerase com análise de restrição), pesquisa de BAAR - Pesquisa de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes, coloração de Gram.
- (E) bioquímicos, sondas genéticas, sequenciamento genético, MODS - Microscopic Observation Drug Susceptibility assay.

58. Paciente de 9 anos com leucemia linfocítica aguda há 15 dias vem com febre vespertina, tosse esporádica com expectoração clara que evoluiu para dificuldade respiratória moderada. Não havia contato com casos de tuberculose; baciloscopia negativa; prova tuberculínica não reatora. Radiografia de tórax: infiltrado micronodular difuso bilateral. Deve-se fazer diagnóstico diferencial de tuberculose com:

- (A) aspergilose.
- (B) paracoccidiodomicose.
- (C) histoplasmose.
- (D) criptococose.
- (E) candidose.

59. Em 2013, Ramos et al. descreveram no Brasil uma nova espécie de micobactéria, *Mycobacterium fragae*. Fato relevante, pois desde 1983 isto não ocorria no país.

Para confirmação diagnóstica de uma doença pulmonar causada por micobactéria não causadora de tuberculose (MNT), segundo o consenso da Sociedade Torácica Americana (American Thoracic Society – ATS) o paciente deve apresentar pelo menos:

- (A) tosse por mais de duas semanas, cultura positiva de pelo menos duas amostras de escarro espontâneo ou cultura de lavado brônquico e exclusão de outras doenças como a tuberculose.
- (B) sintomas pulmonares, imagem radiológica com cavitação ou bronquiectasias multifocais associadas a lesões nodulares, cultura positiva de pelo menos duas amostras de escarro espontâneo ou uma cultura de lavado brônquico e exclusão de outras doenças como a tuberculose.
- (C) sintomas pulmonares, imagem radiológica com cavitação ou bronquiectasias multifocais associadas a lesões nodulares e exclusão de outras doenças como a tuberculose.
- (D) sintomas pulmonares, imagem radiológica com cavitação ou bronquiectasias multifocais associadas a lesões nodulares.
- (E) cultura positiva de pelo menos duas amostras de escarro espontâneo ou cultura de lavado brônquico.

60. *Micobacterium fortuitum* e *M. abscessus* são agentes etiológicos causadores de doenças relacionadas aos seguintes procedimentos:

- (A) vídeo cirurgia e cirurgia de próstata.
- (B) cirurgia de próstata e escleroterapia de varizes.
- (C) cirurgia de mama e vídeo cirurgia.
- (D) cirurgia de mama e endoscopia digestiva.
- (E) vídeo cirurgia e endoscopia digestiva.

1. Por motivo de segurança a Fundação Dom Cintra solicita que o candidato transcreva em letra cursiva, em espaço próprio no Cartão de Respostas, a frase abaixo apresentada:

2. Para cada uma das questões da prova objetiva são apresentadas 5 (cinco) alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E), e só uma responde da melhor forma possível ao quesito proposto. Você só deve assinalar UMA RESPOSTA. A marcação de nenhuma ou de mais de uma alternativa anula a questão, MESMO QUE UMA DAS RESPOSTAS SEJA A CORRETA.

**3. A duração da prova é de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do Cartão de Respostas. Faça-a com tranquilidade, mas controle o seu tempo.**

**4.** Verifique se a prova é para o **PERFIL** para o qual concorre.

5. Somente após autorizado o início da prova, verifique se este Caderno de Questões está completo e em ordem. Folhear o Caderno de Questões antes do início da prova implica na eliminação do candidato.

6. Verifique, no **Cartão de Respostas**, se seu nome, número de inscrição, identidade e data de nascimento estão corretos. Caso contrário, comunique ao fiscal de sala.

7. O **Caderno de Questões** poderá ser utilizado para anotações, mas somente as respostas assinaladas no **Cartão de Respostas** serão objeto de correção.

8. Observe as seguintes recomendações relativas ao **Cartão de Respostas**:

- . não haverá substituição por erro do candidato;
- . não deixar de assinar no campo próprio;
- . não pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas;
- . a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, fortemente, com esferográfica de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada;
- . outras formas de marcação diferentes da que foi determinada acima implicarão a rejeição do **Cartão de Respostas**;

**9. O fiscal não está autorizado a alterar quaisquer dessas instruções.**

**10.** Você só poderá retirar-se da sala após 60 minutos do início da prova.

**11.** Quaisquer anotações só serão permitidas se feitas no caderno de questões.

**12.** Você poderá anotar suas respostas em área específica do Caderno de Questões, destacá-la e levar consigo.

**13.** Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala até que o último candidato entregue o **Cartão de Respostas**.

**14.** Ao terminar a prova, entregue ao fiscal de sala, obrigatoriamente, o **Caderno de Questões** e o **Cartão de Respostas**.

Boa Prova!

Ao término de sua prova, anote aqui seu gabarito e destaque na linha pontilhada.

01		11		21		31		41		51	
02		12		22		32		42		52	
03		13		23		33		43		53	
04		14		24		34		44		54	
05		15		25		35		45		55	
06		16		26		36		46		56	
07		17		27		37		47		57	
08		18		28		38		48		58	
09		19		29		39		49		59	
10		20		30		40		50		60	