



CADERNO DE QUESTÕES

MÉDICO ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém **40 (quarenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

CONTEÚDO	QUESTÕES
Conhecimentos Específicos	01 a 20
Medicina Preventiva e Social	21 a 30
Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde	31 a 40

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

"A simplicidade é o último grau de sofisticação."

5. Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.

6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.

7. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador, etc, **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME**.

8. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente do início da prova:

a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc., salvo se autorizado, previamente, pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no edital regulamentador do certame;

b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;

c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista)

d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.

9. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.

10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011.

11. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do Concurso, poderá entregar o CADERNO DE QUESTÕES E O CARTÃO-RESPOSTA **devidamente assinado e com a frase transcrita**, e retirar-se do recinto. No entanto, durante os **30 (trinta) minutos finais** de prova será permitido ao candidato retirar-se da sala portando o caderno de questões.

12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.

13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.

14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.

15. O FISCAL DE SALA **NÃO** ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.

16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

Boa Prova!

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

01. Luiz, com 31 anos de idade, relata há 4 meses perda ponderal de 10 kg, náuseas, astenia, irritabilidade e humor deprimido. Nega alterações do hábito intestinal. Relatou tratamento radioterápico há 14 anos devido a câncer nasofaríngeo. Ao exame: pressão arterial 100 x 60 mmHg deitado e em ortostase, frequência cardíaca 100 bpm no repouso. Após solicitação de exames complementares, retorna à consulta com os resultados: TSH 12,7; T4 livre 0,98; cortisol basal (8h) 9 mcg/dL; ACTH 15 pg/mL (até 50 pg/mL); sódio 132 mEq/L (130-145 mEq/L); potássio 4,1 mEq/L (3,5-5,5 mEq/L). É correto, nesse caso, afirmar que:

- (A) trata-se provavelmente de quadro compatível com hipotiroidismo central
- (B) trata-se provavelmente de quadro compatível com insuficiência adrenal primária
- (C) o quadro é compatível com insuficiência adrenal secundária e se deve proceder à conduta terapêutica apropriada
- (D) a investigação deve avançar com outros exames complementares, o diagnóstico é inconclusivo nesse momento

02. Paula, com 23 anos de idade, veio à consulta com o endocrinologista após apresentar prolactina de 45 ng/mL (4-23 ng/mL) em seu exame laboratorial de rotina. Paciente sexualmente ativa e assintomática. Não fazia nenhuma medicação de uso esporádico ou regular. Nega cefaleia ou atraso menstrual. Sem alterações no campo visual ou descarga mamilar ao exame físico. A conduta mais adequada, nesse caso, é solicitar o seguinte exame:

- (A) pesquisa de macroprolactina
- (B) dosagem de prolactina diluída
- (C) beta HCG-quantitativo e qualitativo
- (D) ressonância magnética de sela turca

03. Márcia, com 54 anos de idade, apresenta, diariamente, há 5 anos, fogachos moderados predominantemente à noite, associados a insônia, cansaço diurno e fadiga. Há 4 anos não menstrua, e, no último ano, relata 3 episódios de infecção urinária, além de ganho de peso e aumento da cintura abdominal. Nega sangramento vaginal. Fez rotina laboratorial anual e trouxe para sua consulta médica: glicemia de jejum 98 mg/dL, colesterol total 196 mg/dL, LDL colesterol 115 mg/dL, HDL colesterol 41 mg/dL, triglicérides 200 mg/dL. Trouxe sua densitometria óssea com laudo descritivo de osteopenia e mamografia com resultado BIRADS 1. Márcia é divorciada, nega atividade sexual, não faz atividade física. Nega tabagismo ou uso de álcool. Nega história pessoal ou familiar de câncer. Ao exame físico, pressão arterial 130 x 80 mmHg, frequência cardíaca 80 bpm no repouso, peso 65 kg, IMC 28,9, cintura abdominal 103 cm. Com base nos conhecimentos sobre terapêutica da síndrome do climatério e seus efeitos no metabolismo dos carboidratos e lipídeos, é possível afirmar que a melhor conduta para Márcia nesse momento é iniciar terapia de reposição hormonal com:

- (A) estrogênio intravaginal e progesterona oral
- (B) esquema contendo estrogênio e progesterona orais
- (C) esquema contendo estrogênio dérmico e progesterona oral
- (D) esquema contendo estrogênio dérmico, progesterona oral e testosterona dérmica

04. Um dos fatores estimulatórios da prolactina é:

- (A) ácido gama-aminobutírico (GABA)
- (B) peptídeo intestinal vasoativo (VIP)
- (C) calcitonina
- (D) dopamina

05. As lipodistrofias reúnem um conjunto de doenças congênitas e adquiridas marcadas pela falta de tecido adiposo em certas áreas do corpo e/ou deposição de tecido gorduroso ectópico associada, principalmente, à resistência insulínica, diabetes *mellitus* e síndrome metabólica. A hipótese diagnóstica mais provável para perda de tecido celular subcutâneo em extremidades, abdômen e tórax e acúmulo de tecido gorduroso em pescoço e região supraclavicular, durante a adolescência associada a *diabetes mellitus*, hipertrigliceridemia, em paciente portadora de cardiomiopatia dilatada é a seguinte lipodistrofia congênita:

- (A) generalizada ou Síndrome de Berardinelli-Seip
- (B) parcial por mutação do PPAR gama
- (C) parcial variante Dunningan
- (D) parcial variante Kobberling

06. Após o advento da cirurgia bariátrica na terapêutica da obesidade e suas doenças associadas, se tornou necessário maior vigilância e detecção precoce de possíveis deficiências nutricionais, como, por exemplo, a hipovitaminose D. O prejuízo na absorção de cálcio, associado a baixos níveis de vitamina D prévio à cirurgia, levando ao hiperparatireoidismo secundário está mais presente no seguinte tipo de procedimento cirúrgico:

- (A) derivação gástrica em Y-de-Roux
- (B) balão intragástrico
- (C) banda gástrica
- (D) *sleeve*

07. Sobre a relação entre obesidade e hipertensão arterial sistêmica (HAS), podemos afirmar que:

- (A) orlistate não mostrou benefício na redução da pressão arterial de forma significativa em pacientes obesos
- (B) após perda de peso corporal de 10% há diminuição em 6 mmHg da pressão arterial sistólica e em 3 mmHg da pressão arterial diastólica
- (C) o uso de betabloqueadores em pacientes obesos pode dificultar a perda de peso devido ao estímulo de fatores orexigênicos no hipotálamo
- (D) o fator menos associado ao erro no diagnóstico de HAS em pacientes obesos é a medida inadequada da pressão arterial com manguitos curtos e estreitos

08. Jéssica, com 32 anos de idade, obesa e diabética, veio à consulta com o endocrinologista para emagrecimento. No exame físico, foi identificada pressão arterial 220 x 120 mmHg, frequência cardíaca 88 bpm, peso 105 kg, IMC 45, sem alterações no exame da tireoide. Levando em consideração a causa mais comum de hipertensão secundária no nosso meio e a mais provável para esse caso, a conduta primordial é:

- (A) dosagem de catecolaminas e metanefrinas livres
- (B) dosagem da relação aldosterona/renina plasmáticas
- (C) dosagem de cortisol pós supressão com dexametasona
- (D) dosagem de 17 OH progesterona, além de androstenediona, testosterona e DHEA

09. Paulo, com 25 anos de idade, tem passado de carcinoma medular de tireóide curado há 10 anos, veio à consulta de rotina relatando há dois meses episódios de cefaleia associado a rubor facial, dor abdominal e síncope. Após o endocrinologista solicitar exames investigatórios, paciente retorna com dosagens de adrenalina, noradrenalina e dopamina urinárias e plasmáticas normais; metanefrinas urinárias normais e laudo descritivo de tomografia computadorizada de abdômen com nódulo adrenal esquerdo de 6 cm captante de contraste. Nesse momento, tendo em vista a hipótese diagnóstica mais provável para esse caso, a conduta apropriada é solicitar:

- (A) cateterização venosa e dosagem de catecolaminas plasmáticas local
- (B) *póstron emission tomography* (PET) após administração de FDG
- (C) mapeamento com ¹³¹I metaiodobenzilguanidina (¹³¹I MIBG)
- (D) teste de supressão com clonidina

10. Sobre os incidentalomas adrenais, é correto afirmar que:

- (A) a causa mais comum de massas adrenais bilaterais não funcionantes em nosso meio é a tuberculose com manifestação isolada nas adrenais
- (B) carcinomas adrenais são raros, até 94% são funcionantes, secretam principalmente glicocorticoides e andrógenos e, raramente, estrogênios e mineralocorticoides
- (C) nódulo < 3 cm, valores de atenuação de 6 HU (unidades de Hounsfield) na tomografia computadorizada sem contraste, *washout* 68% pós contraste, SDHEA aumentado são características de benignidade
- (D) adenomas adrenais em sua maioria têm baixo teor de lipídeos e se mostram na tomografia computadorizada como nódulos com valores de atenuação < 10 HU e *washout* >50% na fase tardia pós-contraste

11. Paciente, com 78 anos de idade, assintomática apresenta no exame de ultrassonografia de região cervical um nódulo sólido de 1,1 cm em seu maior diâmetro, hipoeicoico, homogêneo, margens regulares e definidas, sem calcificações, localizado em terço inferior de lobo direito da tireóide. Ao exame com Doppler, apresenta vascularização periférica predominante. Visualiza-se linfonodo em cadeia cervical anterior direita medindo 0,6 cm de aspecto habitual. A conduta mais apropriada nesse momento é a solicitação do seguinte exame:

- (A) níveis de TSH
- (B) tireoglobulina
- (C) dosagem de calcitonina
- (D) PAAF (punção aspirativa por agulha fina)

12. Paciente portador de doença de Addison autoimune apresenta maior chance de desenvolver:

- (A) doença de Graves
- (B) tireoidite de Hashimoto
- (C) *diabetes mellitus* tipo 1
- (D) hipogonadismo hipogonadotrófico

13. Paulo, com 17 anos de idade, assintomático e sem comorbidades prévias, veio à consulta com o endocrinologista apresentando as seguintes dosagens hormonais: TSH 5,4 mU/L (VR: 0,4-4,5 mU/L); T3 livre 210 ng/dL (VR: 80 a 180 ng/dL); T4 livre 2,1 ng/dL (VR: 0,7-1,8 ng/dL); subunidade alfa do TSH normal, anti-TPO, TRAB e anti-Tg negativos. Ao exame físico: Peso 75kg; IMC 22; tireoide tóxica, móvel, superfície lisa, tamanho e consistência normais, sem nódulos palpáveis; pressão arterial 115 x 70 mmHg, frequência cardíaca 80 bpm. Sem tremor de extremidades, sem exoftalmia. Considerando a principal hipótese diagnóstica, a conduta mais apropriada nesse momento é:

- (A) solicitar ressonância magnética de sela túrcica
- (B) solicitar cintilografia da tireoide com ¹²³I
- (C) acompanhamento clínico e laboratorial
- (D) solicitar ultrassonografia de tireoide

14. Paciente feminina, com 70 anos de idade, relata há 2 meses rouquidão associada a incômodo cervical anterior. É acompanhada na endocrinologia devido a nódulo sólido de 3 cm, hipoeicoico, limites precisos, sem microcalcificações, em terço inferior do LD da tireoide. PAAF com citologia benigna realizada há 1 ano. Apresenta dosagens de hormônios tireoidianos normais. Trouxe o resultado de novo US cervical apresentando aumento desse nódulo para 4,8 cm sem outras alterações ultrassonográficas. É portadora de HAS controlada, sem outras comorbidades. Após repetição da PAAF com nova citologia benigna, a conduta mais apropriada é:

- (A) acompanhamento e nova ultrassonografia cervical em 6 meses para avaliação do tamanho do nódulo
- (B) supressão com levotiroxina e nova ultrassonografia cervical em 6 meses
- (C) tireoidectomia total e reposição hormonal com levotiroxina
- (D) lobectomia direita e acompanhamento clínico-laboratorial

15. Luan, com 18 anos de idade, portador de *diabetes mellitus* tipo 1 há 1 ano em uso de insulina NPH dose de 22 UI pela manhã (7h) e 20 UI antes de dormir (22h) associada a insulina lispro, conforme esquema após glicemia capilar. Apresenta no exame de laboratório glicemia de jejum 180 e HbA1c 6,0. Traz sua automonitorização glicêmica com glicemias pré-prandiais e pós-prandiais dentro do alvo, exceto pelas glicemias de jejum que variavam de 150 a 200 mg/dL. Relato de sono agitado e pesadelos com sonolência diurna. A conduta necessária nesse caso é:

- (A) verificar glicemia capilar às 3h da madrugada e diminuir dose de NPH noturna
- (B) oferecer maior quantidade calórica na ceia e manter dose de NPH noturna
- (C) verificar glicemia capilar às 24h e orientar lanche em caso de hipoglicemia
- (D) orientar não correção da glicemia pré-jantar com insulina lispro

16. Roberta, com 36 anos de idade, vem ao endocrinologista com queixa há 4 meses de náuseas, sudorese fria, taquicardia, turvação visual seguida de síncope. Esses episódios ocorrem de forma esporádica, pós-prandiais e em jejum. Diagnóstico prévio de doença de Graves tratado cirurgicamente há 3 anos. Ao exame apresentava acantose *nigricans* em região cervical, axilas e regiões inguinais. Além da dosagem de 40 mg/dL para glicemia, as principais alterações laboratoriais coletadas logo após o episódio de síncope, tendo em vista a hipótese diagnóstica mais provável, são:

- (A) insulina normal, presença de TRAB
- (B) insulina normal, cortisol sérico 3 mcg/dL
- (C) aumento da insulina, pró insulina e peptídeo C
- (D) aumento da insulina e pró insulina, peptídeo C baixo

Considere o seguinte texto para responder às questões de números 17 e 18.

Rose, com 75 anos de idade, diabética há 15 anos, vem à consulta de rotina com seu endocrinologista apresentando os seguintes exames laboratoriais: glicemia 78 mg/dL; HbA1c 6,0%, colesterol total 227 mg/dL, LDL-colesterol 150 mg/dL, HDL-colesterol 45 mg/dL, triglicerídeos 160 mg/dL, uréia 40 mg/dL, Cr 1,3 mg/dL. Em uso de glicazida 60 mg/dia, metformina 1500 mg/dia, AAS 100 mg e nimesulida 100 mg, SOS para artralgia de joelhos. Rose relata quedas frequentes, no último mês, associadas a tonteira, sudorese e tremor de extremidades. Ao exame: peso 81kg, IMC 30 kg/m², pressão arterial 150 x 90 mmHg, sem hipotensão postural.

17. A primeira conduta a ser instituída nesse momento é:

- (A) suspensão da metformina e AAS
- (B) suspensão da glicazida e nimesulida
- (C) início de rosuvastatina 20 mg e losartana 50 mg
- (D) dosagem de proteinúria na urina de 24h e US de vias urinárias

18. Após 1 ano, D. Rose apresenta nova queda na calçada, após tropeço, e traz à consulta densitometria óssea com o laudo de osteopenia em coluna lombar e fêmur total. Para melhor avaliação do risco de fratura nesse momento, a conduta mais adequada é:

- (A) cálculo FRAX
- (B) microtomografia óssea
- (C) radiografia de coluna lombar
- (D) densitometria óssea de punho direito

19. Maria, com 57 anos de idade, sem comorbidades prévias, iniciou rosuvastatina na dose de 20 mg sob recomendação de seu endocrinologista após detecção de LDL-colesterol de 210 mg/dL em sua rotina laboratorial. Funções renal e tireoidiana normais. Após 6 meses de mudança de estilo de vida e tratamento medicamentoso, retorna à consulta assintomática com os seguintes exames: colesterol total: 206 mg/dL, LDL-colesterol 116 mg/dL, HDL-colesterol 50 mg/dL, triglicerídeos 200 mg/dL. A recomendação mais apropriada nesse momento é:

- (A) suspender rosuvastatina e iniciar alirocumab 75 mg
- (B) adicionar ciprofibrato 100 mg ao esquema terapêutico
- (C) adicionar ezetimiba 10 mg ao esquema terapêutico
- (D) aumentar rosuvastatina para 40 mg

20. Sobre o rastreamento de dislipidemia em crianças e adolescentes, é correto afirmar que:

- (A) a dosagem do perfil lipídico pode ser recomendada independentemente do jejum em crianças a partir de 2 anos de idade quando se suspeita de hipercolesterolemia familiar
- (B) é recomendado rastreamento universal em crianças a partir de 5 anos de idade com dosagem do perfil lipídico em jejum para detecção de dislipidemia grave
- (C) devido ao alto custo, não se recomenda dosagem de perfil lipídico em parentes de segundo e terceiro grau de portadores de hipercolesterolemia familiar
- (D) não há benefício na dosagem de triglicerídeos e HDL-colesterol em crianças obesas

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

21. Depois de alguns anos sem registro de casos, o Brasil vive um surto de sarampo. Isso levou o Ministério da Saúde a elaborar um calendário de vacinação, tendo o dia 30 de novembro como dia "D" da campanha, que teve início em 18/11/2019. A vacinação contra o sarampo é classificada como uma ação de prevenção:

- (A) primária
- (B) terciária
- (C) secundária
- (D) quaternária

22. A população do Brasil está envelhecendo. O aumento da expectativa de vida faz parte do processo de transição demográfica, caracterizado por uma série de mudanças na dinâmica populacional. Nesse processo, a taxa de fecundidade:

- (A) se mantém constante
- (B) diminui progressivamente
- (C) aumenta progressivamente
- (D) se afasta do nível de reposição

23. No contexto da transição epidemiológica, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) assumem um papel de destaque na morbimortalidade, cujo controle constitui importante desafio em saúde pública. O enfrentamento das DCNT, deve ser estruturado mediante:

- (A) o saneamento básico
- (B) as ações de imunização
- (C) o aconselhamento genético
- (D) a vigilância dos fatores de risco

24. A cada dia novos medicamentos são lançados no mercado, apresentados pela indústria farmacêutica como grandes descobertas. Contudo, a decisão sobre a incorporação de novas tecnologias diagnósticas ou terapêuticas deve estar baseada em evidências científicas que comprovem eficácia e eficiência com base em medidas específicas. Considerando uma nova vacina contra uma doença "X", cuja análise demonstrou NNT=5, significa que:

- (A) 5% das pessoas que receberem a vacina ficarão imunizadas e não terão a doença
- (B) 50% das pessoas que receberem a vacina ficarão imunizadas e não terão a doença
- (C) a cada 5 pessoas que receberem a vacina 5 serão imunizadas e não adquirirão a doença
- (D) é necessário aplicar a vacina em 5 pessoas para que uma seja imunizada e não adquira a doença

25. O câncer de mama é a principal causa de morte por neoplasia em mulheres no Brasil, e as estimativas do MS/INCA apontam para valores de incidência crescentes na região sudeste do país. Para o controle da doença, o MS/INCA propõe a implementação da estratégia de rastreamento, por meio de:

- (A) autoexame das mamas associado à ultrassonografia anual a partir dos 40 anos de idade
- (B) autoexame das mamas associado à mamografia anual a partir dos 50 anos de idade
- (C) mamografia bienal em mulheres de 50 a 69 anos de idade
- (D) mamografia anual em mulheres a partir de 40 anos de idade

26. Uma das premissas do trabalho em saúde é não causar danos aos usuários, evitando intervenções desnecessárias e excessivas. Esse conceito é a base da prevenção:

- (A) secundária
- (B) quaternária
- (C) primária
- (D) terciária

27. Ao analisar o resultado do exame preventivo do câncer do colo do útero de Maria, o médico generalista verifica a necessidade de prosseguir investigação com colposcopia e biópsia. Considerando o papel da Atenção Primária na rede de atenção à saúde, o médico deve:

- (A) transferir Maria para a unidade de referência secundária, que passará a ser responsável pelo cuidado integral à saúde da paciente
- (B) fornecer encaminhamento para que Maria busque o atendimento por meios próprios, respeitando a autonomia da usuária
- (C) referenciar Maria para serviço especializado seguindo o fluxo local, e manter o acompanhamento do caso
- (D) referenciar Maria para unidade de referência terciária e cancelar seu cadastro na unidade de atenção primária

28. Considerando a Portaria Ministerial nº 204 de 2016, ao atender um paciente com suspeita de malária no município do Rio de Janeiro, o profissional deve:

- (A) notificar imediatamente como caso suspeito
- (B) notificar imediatamente como caso autóctone
- (C) aguardar confirmação laboratorial para posterior notificação do caso
- (D) realizar investigação epidemiológica para posterior notificação do caso

29. Quase um ano após o rompimento da barragem de Brumadinho, que provocou a morte de mais de 200 pessoas, as equipes de bombeiros ainda trabalham em busca dos desaparecidos. Mas, além das vítimas fatais, para os epidemiologistas, permanece uma dúvida: quais seriam os efeitos tardios da exposição à lama tóxica para os sobreviventes da tragédia e equipes de resgate? Para responder a esta pergunta, o desenho de estudo adequado é:

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

30. Ao longo da história, vários modelos foram elaborados para explicar o processo de adoecimento da população. O modelo proposto por Dahlgren & Whitehead (1991), considera os determinantes sociais da saúde, dispostos em camadas, sugerindo níveis diferentes de intervenções para implementação de políticas de saúde. Nesse modelo, são considerados determinantes distais ou macrodeterminantes:

- (A) as redes sociais e comunitárias de apoio
- (B) as condições de trabalho, habitação e emprego
- (C) o estilo de vida dos indivíduos e os fatores hereditários
- (D) as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais

POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

31. A evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil sempre esteve intimamente relacionada ao contexto político-social e econômico do país. Foi em função de transformações econômicas ocorridas no século XX que surgiu a Previdência Social no Brasil, por meio da:

- (A) Lei Eloy Chaves
- (B) Lei Orgânica da Saúde
- (C) criação do Sistema Único de Saúde (SUS)
- (D) criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)

32. A participação da comunidade na gestão do sistema de saúde, como direito constitucional, foi um dos importantes avanços obtidos com a criação do Sistema Único de Saúde. De acordo com a Lei nº 8.142 de 1990, os Conselhos de Saúde são instâncias deliberativas e, em sua composição, 50% dos membros devem ser representantes do seguinte segmento:

- (A) gestor
- (B) usuário
- (C) prestador de serviço
- (D) profissional de saúde

33. No processo de implementação do SUS, o Pacto pela Saúde propôs uma nova forma de financiamento, além de definir responsabilidades e metas sanitárias a serem pactuadas pelos gestores. Considerando as prioridades definidas pelas três esferas de gestão com base na análise da situação de saúde do país, as metas sanitárias são propostas no componente:

- (A) Pacto em Defesa do SUS
- (B) Pacto de Gestão
- (C) Pacto pela Vida
- (D) Pacto Diretor

34. João está concorrendo a uma vaga de médico no Complexo Regulador de seu município. Estudando o Decreto nº 7.508 de 2011, que regulamenta a região de saúde, João compreendeu que a proposta de regionalização cooperativa e solidária foi fundamental para garantir:

- (A) o controle social da saúde
- (B) a equidade na rede de atenção
- (C) a autoridade da gestão estadual
- (D) a preservação da identidade cultural

35. Joana, 30 anos de idade, viúva, compareceu à unidade básica de saúde apresentando pico hipertensivo e taquicardia. Desempregada, conta com a ajuda de vizinhos para alimentar seus quatro filhos, que saíram da escola. Além do tratamento anti-hipertensivo, a equipe decidiu solicitar apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), avaliar a possibilidade de inclusão da família em programas sociais e do retorno das crianças à escola, mediante articulação intersetorial. A conduta da equipe foi pautada na seguinte diretriz do Sistema Único de Saúde:

- (A) universalidade
- (B) controle social
- (C) integralidade
- (D) equidade

36. O farmacêutico de uma unidade de saúde procura o diretor solicitando mudança no horário de funcionamento do setor. Alega que o movimento aos sábados é muito fraco, e sugere que o setor funcione apenas de segunda a sexta. Antes de levar a proposta a instâncias superiores, o diretor resolve discutir a questão com o Colegiado Gestor. A conduta do diretor está em consonância com a seguinte diretriz da Política Nacional de Humanização:

- (A) fomento de grupaldades
- (B) valorização do trabalho
- (C) clínica ampliada
- (D) cogestão

37. Durante a inauguração de uma unidade básica de saúde, dois usuários criticam a Secretaria de Saúde por ter reduzido a área de estacionamento, ocupando parte do espaço com a instalação dos equipamentos da Academia de Carioca. O gerente da unidade explica que a oferta de práticas corporais e atividade física é uma das recomendações da:

- (A) Lei nº 8.142 de 1990
- (B) Portaria Ministerial nº 2.446 de 2014
- (C) Norma Operacional Básica de 1991 (NOB /91)
- (D) Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/2001)

38. De acordo com a Portaria Ministerial nº 2.436 de 2017 (PNAB 2017), a equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) pode ter, na sua composição, profissionais das seguintes ocupações:

- (A) médico ginecologista/obstetra, professor de educação física, e farmacêutico
- (B) médico veterinário, assistente social, e enfermeiro de família e comunidade
- (C) médico pediatra, terapeuta ocupacional, e agente comunitário de saúde
- (D) médico generalista, psicólogo, e nutricionista

39. Com relação aos processos de trabalho e atribuições dos profissionais da Atenção Básica, é correto afirmar que:

- (A) a participação em reuniões de equipes para discussão dos processos de trabalho é restrita aos médicos e enfermeiros
- (B) a gestão de filas deve ser realizada pelo gerente da unidade, sem interferência de outros profissionais
- (C) a manutenção do cadastro das famílias atualizado é atribuição de todos os membros da equipe
- (D) cabe ao enfermeiro realizar a supervisão dos técnicos em saúde bucal e de enfermagem

40. Acerca dos modelos de atenção à saúde, é correto afirmar que:

- (A) o modelo liberal-privatista propõe a construção de redes integradas de atenção à saúde
- (B) "saúde como ausência de doença" é uma das diretrizes do movimento Cidades Saudáveis
- (C) a VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco para o fortalecimento do modelo biomédico hegemônico no Brasil
- (D) o modelo de Vigilância da Saúde propõe intervenções considerando os determinantes sociais da saúde