



CADERNO DE QUESTÕES

MÉDICO MEDICINA INTENSIVA

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. O afogamento é definido com a submersão em meio líquido, resultando em dificuldade respiratória ou asfixia. Aproximadamente 6.500 pessoas morrem a cada ano no Brasil por afogamento. Com relação à fisiopatologia do afogamento, pode-se afirmar que:

- (A) intoxicação alcoólica e epilepsia são fatores de risco que aumentam muito as chances de afogamento
- (B) a quantidade de água aspirada em vítimas não fatais é de cerca de 10mL/kg no máximo, e com 15mL/kg já existem alterações eletrolíticas graves
- (C) a aspiração de água salgada ou doce causa alterações alveolares distintas, sendo a água doce mais agressiva por promover maior disfunção de surfactante local
- (D) a grande maioria dos pacientes, que chega ao hospital em condições hemodinâmicas instáveis e com alterações neurológicas, apresenta desfecho favorável, em virtude do avanço tecnológico do suporte avançado de vida

02. Em relação às drogas utilizadas no tratamento de pacientes com síndrome coronariana aguda, é correto afirmar que:

- (A) os nitratos promovem redução do consumo de O_2 por redução de pré-carga, sendo mais eficaz o uso sublingual em relação ao venoso
- (B) o clopidogrel apresenta ação mais precoce e consistente que o ticagrelor e uma meia vida mais curta, o que confere melhor perfil de uso em quadros agudos
- (C) BAV de 2º e 3º graus, PR > 240ms, broncoespasmo, apresentação Killip > II, suspeita de espasmo coronariano e uso de cocaína são contra-indicações ao uso de betabloqueadores
- (D) os bloqueadores de canal de cálcio são drogas que elevam o influxo de cálcio ao miócito, aumentando a contratilidade e a excitabilidade, assim este culmina com cronotrópico e inotrópico positivo

03. Paciente com 54 anos de idade, homem, tabagista com carga tabágica 50 maços/ano, dá entrada na UTI proveniente da Emergência, aonde chegou em franca insuficiência respiratória por pneumonia comunitária grave. Tem passado de diversas internações por problemas respiratórios. Ao exame físico, apresentava cianose central e tórax em tonel, com fâscies "pink puffer". Foi intubado com TOT 7,5 e conectado ao ventilador de transporte para a transferência para a UTI. A melhor estratégia de ventilação mecânica invasiva para esse paciente, que já se encontra sedado, é:

- (A) modo SIMV, volume corrente 5-7mL/kg, Pplatô < 30mmHg, PEEP extrínseca 5-10cmH₂O, relação I:E 2:1, FIO₂ que mantenha a SpO₂ entre 88-92%, FR 12-18 ipm
- (B) modo controlado, volume corrente 5-7mL/kg, Pplatô < 30mmHg, PEEP extrínseca 5-10cmH₂O, relação I:E 1:4, FIO₂ que mantenha a SpO₂ entre 88-92%, FR 12-18 ipm
- (C) modo espontâneo, volume corrente 5-7mL/kg, Pplatô < 30mmHg, PEEP extrínseca 5-10cmH₂O, relação I:E 1:2, FIO₂ que mantenha a SpO₂ acima de 90%, FR 12-18 ipm
- (D) modo controlado, volume corrente 8-12mL/kg, Pplatô < 35mmHg, PEEP extrínseca 5-10cmH₂O, relação I:E 1:1, FIO₂ que mantenha a SpO₂ acima de 90%, FR 12-18 ipm

04. Um paciente com TCE encontra-se intubado e sedado, sob ventilação mecânica. Durante o plantão, a enfermagem chama o médico intensivista porque o paciente está mal acoplado ao ventilador. Após a checagem da dose de sedativo e da analgesia, que estavam adequadas, o médico resolve checar a presença de assincronia e percebe que existe assincronia de disparo ineficaz. A medida de correção a ser tomada nesse caso é:

- (A) retirar condensado dos circuitos e checar se há vazamentos de fluxo
- (B) aumentar o fluxo inspiratório e trocar a ciclagem para espontânea, com pressão de suporte baixo
- (C) reduzir a sensibilidade de disparo, cuidando para evitar autodisparo e checando se existe auto-PEEP
- (D) aumentar a sensibilidade de disparo, tornando a ventilação mais confortável e controlada e reduzindo o fluxo inspiratório

05. Durante a intubação orotraqueal, alguns cuidados são necessários para que o procedimento seja eficaz e seguro. Entre eles, a correta sedação do paciente é muito importante. Com relação à medicação a ser definida nessa situação, é correto afirmar que:

- (A) propofol é uma boa opção por não causar hipotensão, sendo contraindicado em grávidas
- (B) etomidato é uma excelente escolha, pois possui poucos efeitos colaterais cardiovasculares na dose recomendada de 0,3mg/kg
- (C) midazolam deve ser a primeira escolha, por seu rápido início de ação e por não causar hipotensão, na dose de 0,3mg/kg
- (D) cetamina não deve ser utilizada por sua propriedade hipotensora grave, com importante redução da pressão de perfusão cerebral, mesmo em doses baixas

06. Paciente masculino, com 50 anos de idade, portador de HAS em uso de losartan 50mg/dia, dá entrada na emergência com quadro de palpitação e dispneia de início súbito há cerca de 2h. Ao exame físico, o paciente encontra-se LOTE, ansioso, taquidispneico, acianótico, corado e hidratado. AR= MV preservado sem RA. FR 19irpm; ACV = RCR 2T BNF; FC 167bpm; PA 80x40mmHg. O plantonista roda um ECG e observa taquiarritmia supraventricular. A conduta mais adequada nesse caso é:

- (A) desfibrilação de urgência com dose de energia de 200J
- (B) cardioversão elétrica assíncrona eletiva, com dose de 360J
- (C) controle de frequência com digitalico e anticoagulação por 15 dias
- (D) cardioversão elétrica sincronizada de urgência, com dose de energia de 100J

07. Homem, com 82 anos de idade, portador de doença de Lenègre, HAS e diabetes melito tipo 2, apresenta quadro de tonteiras e confusão mental de início há 4h, referindo precordialgia leve. Ao exame, paciente corado e hidratado, eupneico, acianótico. Sinais vitais: PA 90/60mmHg, FC 38bpm, FR 18irpm, Tax 36°C, AR = MV preservado sem RA, ACV= RCR 2T BNF com bradicardia. ECG mostrou padrão de ondas P dissociadas de QRS, com frequência de onda P de 100/min e frequência de QRS de 38/min. Diante desse quadro, a conduta deve ser:

- (A) iniciar atropina venosa, na dose de 1mg a cada 3 minutos até reversão da bradicardia, com programação de implante de marcapasso definitivo
- (B) iniciar adrenalina e preparar marcapasso transcutâneo, como ponte para implante de marcapasso provisório venoso
- (C) iniciar eletroestimulação transesofágica com carga de 50J urgente, com sedoanalgesia prévia com midazolam
- (D) iniciar cardioversão elétrica sincronizada, com carga de energia de 360J

08. Acerca dos efeitos colaterais das drogas vasoativas comumente usadas para o tratamento da síndrome de choque, é correto afirmar que:

- (A) a vasopressina pode causar redução do débito cardíaco, da perfusão esplâncnica e necrose de pele
- (B) a noradrenalina promove vasodilatação renal, com aumento do fluxo, mas piora da pressão de perfusão glomerular
- (C) a dobutamina é associada com hipertensão e redução do consumo de oxigênio miocárdico e miocardiodepressão
- (D) a adrenalina promove piora do fluxo esplâncnico e coronário, com pouca alteração do lactato sérico e risco de hipoglicemia

09. Paciente com 60 anos de idade, vítima de IAM com supra de ST, evolui com hipotensão grave (PA 70x40mmHg), oligúria e rebaixamento do sensório. Ao exame, sua perfusão está lentificada e sua pele fria e pegajosa. O padrão hemodinâmico esperado nesse tipo de síndrome é:

- (A) resistência vascular sistêmica elevada, débito cardíaco aumentado, pressão capilar pulmonar elevada e saturação venosa mista de O₂ normal
- (B) resistência vascular sistêmica reduzida, débito cardíaco aumentado, pressão capilar pulmonar elevada e saturação venosa mista de O₂ normal
- (C) resistência vascular sistêmica reduzida, débito cardíaco reduzido, pressão capilar pulmonar elevada e saturação venosa mista de O₂ reduzida
- (D) resistência vascular sistêmica elevada, débito cardíaco reduzido, pressão capilar pulmonar elevada e saturação venosa mista de O₂ reduzida

10. Mulher, com 68 anos de idade, apresenta quadro de prostração, sonolência e adinamia de início há 24h. Esposo diz que chegaram de Bariloche há 24h, e a única alteração que notou na viagem foi que a paciente apresentou estado gripal com tosse produtiva e expectoração amarelada, sem febre. Ao exame, o que se nota de alterado é sonolência extrema e temperatura axilar de 34,7°C. Foi realizada tomografia computadorizada de crânio que não evidenciou lesões agudas. A abordagem terapêutica inicial para a principal hipótese diagnóstica deve ser:

- (A) administração de T4 venoso preferencialmente (ou oral se a via venosa for indisponível) na dose de 500mcg, seguido de 100-150mcg/dia
- (B) após coleta de cortisol basal, se este estiver acima de 25mcg, administração venosa de hidrocortisona 100mg de 8/8h
- (C) administração de tiamina e glicose para afastar síndrome de Wernicke e hipoglicemia grave
- (D) administração de alteplase em dose de ataque de 0,9mg/kg, seguido de nova TC em 48h

11. Homem, com 82 anos de idade, portador de DM2 e seqüela de AVE, dá entrada na emergência com quadro iniciado há 2h, sugestivo de novo AVE. Foi realizada tomografia computadorizada de crânio, que mostra área isquêmica nova, de aspecto recente, parietal D. Está normotenso e ventilando em ar ambiente, com Escala de Coma de Glasgow 12. Com relação à terapia trombolítica, nesse caso:

- (A) está contraindicada pela idade e passado de AVE
- (B) está contraindicada pela extensão focal e pelo Glasgow acima de 8
- (C) deve ser realizada com alteplase 0,9mg/kg, para peso até 90kg, em até 1h
- (D) deve ser realizada dentro de 12h após nova TC para exclusão de transformação hemorrágica

12. Paciente com 63 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica, deu entrada na emergência do Hospital com quadro de dor torácica de forte intensidade, com irradiação para o dorso, de início súbito. Ao exame físico, apresenta pressão arterial no membro superior esquerdo 230/120mmHg e no membro superior direito 160/90mmHg, além de diferença de pulso entre os 2 membros. Eletrocardiograma sem alterações, radiografia de tórax com alargamento de mediastino. A sequência medicamentosa correta para este caso é:

- (A) metoprolol, nitroglicerina
- (B) hidralazina, metoprolol
- (C) metoprolol, nitroprussiato de sódio
- (D) nitroprussiato de sódio, metoprolol

13. Com relação à síndrome do roubo celular, é correto afirmar que:

- (A) pode ser facilmente evitada ao se ofertar 100% de calorias e proteínas dentro das primeiras 24h de realimentação
- (B) ocorre geralmente 2 a 4 dias após a realimentação em pacientes desnutridos, principalmente por via parenteral
- (C) ocorre em virtude de secreção celular de cálcio para o meio extracelular e roubo celular de sódio
- (D) é reversível quando o suporte nutricional é oferecido por via enteral

14. Mulher, com 57 anos de idade, apresenta dor epigástrica importante há 8h e vômitos biliosos. Nega episódios anteriores semelhantes. Refere sensação de frio, mas não mediou temperatura. Nega outras queixas abdominais. Fez uso de dipirona, mas não obteve melhora da dor. Procurou atendimento na emergência. HPP: colelitíase descoberta há um ano em ultrassonografia solicitada por MA. DM2 em uso de metformina 850mg 2x/dia. DLP em uso de atorvastatina 10mg/dia. HF: HAS (pais), DM (mãe) HS: etilismo social. Nega tabagismo. Alimentação pouco diversificada (mais *fast-food*). Exame físico: PA = 90/60mmHg FC= 101bpm, FR=24irpm, Tax 37,8°C. LOTE, corada, hipohidratada, icterica (+)4, taquipneica, acianótica. IMC 37 kg/m². AR= MV reduzido em bases. SatO₂ 90% ACV= RCR 2T BNF. Sem edemas ou TJP. Pulsos finos. Abdome = distensão discreta difusa. Intensa dor à palpação de andar superior com defesa voluntária. Ausência de RHA. Blumberg negativo. Hipertimpanismo difuso. Exames laboratoriais evidenciaram: leucócitos=21,2 0/0/0/1/83/26/2, lipase=1.230mg/dL, amilase 800mg/dL. A melhor estratégia de alimentação, nesse caso, é:

- (A) nutrição parenteral periférica
- (B) nutrição parenteral central exclusiva
- (C) dieta zero para repouso pancreático por 3 dias
- (D) nutrição enteral com sonda em posição gástrica ou pós-pilórica

15. Em um paciente em PO imediato de controle de danos por laceração hepática e esplênica decorrente de trauma por acidente automobilístico, sedado e sob ventilação mecânica, a monitorização pós-operatória intensiva da pressão intra-abdominal por método indireto vesical mostra PIA = 32cmH₂O, com sinais de disfunção renal em evolução (anúria nas últimas 4h). A conduta apropriada desse quadro é:

- (A) fazer reposição volêmica e monitorização da PIA de 4/4h
- (B) parecer da cirurgia e descompressão abdominal de urgência
- (C) reduzir sedação e aumentar pressão de pico inspiratória no ventilador
- (D) reduzir a hidratação para evitar hipervolemia e edema agudo de pulmão

16. A síndrome anticolinérgica, forma de apresentação da intoxicação por antidepressivos tricíclicos, é caracterizada por :

- (A) rebaixamento de sensório, bradicardia, vômitos e pupilas normais
- (B) agitação, midríase, hipertermia, taquicardia e pele/mucosas secas
- (C) taquipneia, midríase, ansiedade e sudorese
- (D) coma, miose, bradicardia, hipersalivação

17. Em relação ao tratamento da hipertensão intracraniana, devem ser instituídas medidas de neuroproteção, dentre as quais **NÃO** se inclui:

- (A) monitorar e manter a glicemia entre 100 e 180mg/dL
- (B) evitar a hipertermia, com uso de antitérmicos se necessário
- (C) estimular a hipernatremia para o aumento do gradiente osmótico cerebral
- (D) manter a pressão de perfusão cerebral entre 50 e 70mmHg com PIC, e PAM > 90mmHg sem PIC

18. Paciente em tratamento de pneumonia nosocomial por *Acinetobacter baumannii* resistente, no 5º dia de uso de polimixina B e meropenem, evolui com redução de débito urinário e elevação progressiva de escórias nitrogenadas. Hoje sua creatinina é de 4,1mg/dL, mas na entrada no hospital era 0,8mg/dL. De acordo com a classificação/estadiamento da injúria renal aguda pelo KDIGO, pode-se afirmar que se trata de:

- (A) KDIGO 1 e espera-se que sua diurese seja de < 0,5mL/kg/h por 6-12h
- (B) KDIGO 2 e espera-se que sua diurese seja de < 0,3mL/kg/h por mais de 12h
- (C) KDIGO 2 e espera-se que sua diurese seja de < 0,3mL/kg/h nas últimas 24h ou anúria por 24h
- (D) KDIGO 3 e espera-se que sua diurese seja de < 0,3mL/kg/h nas últimas 24h ou anúria por 24h

19. Na síndrome do desconforto respiratório agudo grave, a ventilação mecânica sabidamente pode contribuir para a lesão pulmonar e, por isso, deve ser ajustada observando os seguintes cuidados:

- (A) volume corrente baixo (4-6mL/kg), relação I:E 1:3, PEEP elevada, tempo inspiratório < 1seg se o modo for PCV
- (B) volume corrente baixo e PEEP baixa, para evitar distensão alveolar, mantendo Pplatô abaixo de 10cmH₂O
- (C) volume corrente 10mL/kg, FIO₂ 100%, PEEP 20cmH₂O com sedação e bloqueio neuromuscular
- (D) volume corrente 10mL/kg, PEEP 5cmH₂O, relação I:E 1:3, PEEP elevada, tempo inspiratório < 1seg se o modo for PCV

20. Um paciente é admitido na UTI proveniente da UPA com diagnóstico provisório de síndrome de Guillan-Barré, história de perda progressiva da força muscular há 24h, evoluindo para insuficiência respiratória. Está sedado e intubado. Os exames admissionais mostraram uma creatinina sérica de 19mg/dL e um potássio de 9mE/L. A equipe de nefrologia informa que só conseguirá dialisar o paciente dentro de 4h. A gasometria mostra acidose metabólica descompensada. Nesse caso, a alternativa que mostra a opção mais adequada para o controle da hipercalemia grave é:

- (A) sorcal 30g + manitol 10% 100mL via oral
- (B) furosemida 20mg venosa + fenoterol 10gotas inalatório
- (C) gluconato de cálcio 20mL em 100 mL de SF + furosemida 20mg venosos
- (D) glicose 50% 100mL + insulina regular 10U + bicarbonato 1mL/kg venoso

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