



Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro S.A. - RIOSAÚDE

2020

CADERNO DE QUESTÕES

MÉDICO NEUROLOGIA

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

Considere o caso clínico a seguir, para responder às questões de números 01 e 02:

Paciente feminina, 36 anos de idade, tabagista, sem outras comorbidades, fazia uso de anticoncepcional oral combinado, iniciou cefaleia de grande intensidade, com turvação visual e vômitos. Procurou emergência, sendo diagnosticada com enxaqueca e liberada com sintomáticos. Não houve melhora, tendo buscado atendimento de emergência por mais duas vezes. Em casa apresentou crise convulsiva e alteração da consciência. Ao chegar à emergência se apresentava em Glasgow 13, desorientada, mas cooperativa, hemiparesia esquerda e heminegligência tátil, relatava cefaleia intensa. Realizou TC de crânio que evidencia hemorragia lobar frontal direito de volume estimado em 20mL, com edema perilesional e leve desvio de linha média de 3mm, sendo encaminhada ao CTI.

01. O exame complementar indicado para o diagnóstico e o tratamento para a suposta enfermidade, respectivamente, são:

- (A) eletroencefalograma contínuo / iniciar hidantal e manter vigilância rigorosa em CTI
- (B) ressonância magnética do encéfalo / solicitar drenagem cirúrgica imediata do hematoma
- (C) angio TC de vasos intracranianos com fase venosa / iniciar prontamente anticoagulação plena e manter vigilância rigorosa em CTI
- (D) angio TC de vasos intracranianos para avaliar presença do "spot sign" / solicitar angiografia com embolização do vaso em sangramento ativo

02. A complicação tardia que pode ser esperada e seu respectivo tratamento são:

- (A) hipertensão intracraniana e déficit visual / punções lombares periódicas e uso de acetazolamida - casos refratários podem necessitar de intervenção neurocirúrgica, com derivação ventriculoperitoneal
- (B) demência de Alzheimer / tratamento com inibidores de acetilcolinesterase
- (C) distúrbio extrapiramidal com hemidistonia / tratamento com toxina botulínica
- (D) epilepsia com crises focais e generalização secundária / tratamento com canabidiol

03. Paciente de 67 anos de idade, hipertenso, diabético, há 10 anos e tabagista, má adesão ao tratamento, despertou às 6 h da manhã como de costume, tomou café com a esposa às 6 h e 30 min. Como não voltou do quarto como de costume, foi encontrado caído no quarto às 8 h e 30 min. Foi levado imediatamente à emergência e ao exame se apresentava sonolento, com abertura ocular ao ser chamado, preferência do olhar para esquerda, afasia grave e hemiplegia direita. Os exames que devem ser realizados imediatamente na emergência e o tratamento proposto, respectivamente, são:

- (A) tomografia de crânio e ressonância de crânio / trombólise venosa deve ser iniciada, a menos que haja contra-indicação, seguida de trombectomia mecânica
- (B) tomografia de crânio, angio TC de vasos cervicais e intracranianos / trombólise venosa deve ser iniciada, a menos que haja contra-indicação, seguida de trombectomia mecânica
- (C) tomografia de crânio, angio TC de vasos cervicais e intracranianos / trombólise venosa deve ser iniciada, a menos que haja contra-indicação / encaminhar para trombectomia se não houver reperfusão
- (D) tomografia de crânio, angio TC de vasos cervicais e intracranianos / encaminhar para trombectomia primária, já que o trombo provavelmente se encontra em posição proximal de vaso de grande calibre

04. Paciente de 55 anos de idade sofreu queda da própria altura, após libação alcoólica. Hipertenso e com hiperuricemia. Ao despertar percebeu desequilíbrio, sensação rotatória e náuseas. Sintomas ocorriam ao se levantar e deitar principalmente. Procurou atendimento na emergência, realizada TC de crânio, sem evidência de qualquer agravo relacionado ao trauma. O provável diagnóstico e o tratamento que deve ser proposto, respectivamente, são:

- (A) vertigem postural paroxística benigna / manobras de reposicionamento de otólitos, como manobra Epley
- (B) neurite vestibular aguda associada à intoxicação pelo álcool / abstinência ao álcool e reposição de tiamina
- (C) fratura de mastóide oculta / ressonância de mastóides e avaliação da necessidade de tratamento neurocirúrgico
- (D) labirintite aguda / cinarizina e repouso

Considere o caso clínico abaixo para responder às questões de números 05 e 06:

Paciente feminina com 46 anos de idade foi submetida à cirurgia bariátrica, há dois meses. Histórico de depressão grave e transtorno de ansiedade. Levada ao pronto-socorro por familiares por estar "estranha". Abertura ocular espontânea, desatenta, desorientada, porém tranquila. Força preservada, leve incoordenação na prova dedonariz. Nervos cranianos sem alterações, mas com nistagmo multidirecional. Não estava fazendo uso dos suplementos prescritos.

05. A possível causa que justifica o quadro atual e o tratamento adequado, respectivamente, são:

- (A) deficiência de piridoxina / repor piridoxina IM de 100mg
- (B) deficiência de tiamina / repor empiricamente tiamina venosa 500mg 8/8h
- (C) deficiência de cianocobalamina / dosar nível sérico e reposição muscular empírica de 5000UI ao dia
- (D) deficiência de tiamina / dosar tiamina sérica e repor tiamina 100mg venosa 12/12h empiricamente

06. As alterações que podem ser encontradas na ressonância magnética do encéfalo são:

- (A) hipossinal em T1 acometendo cabeça do caudado e putâmen
- (B) hipossinal na sequência gradiente echo (T2*) em ambos os tálamos e mesencéfalo
- (C) hipersinal na sequência T2 FLAIR localizada em tecto do mesencéfalo e ínsula
- (D) hipersinal na sequência T2 FLAIR localizada em corpos mamilares e periaquedutal do terceiro ventrículo e tálamo medial

07. Paciente de 37 anos de idade, saudável, há três semanas teve diarreia, por 3 dias, resolvida espontaneamente. Há 48 h se queixa de desequilíbrio, dificuldade para deambular, parestesia em mãos e pés. Ao exame, tem força proximal grau 2, distal grau 4, nos quatro membros, reflexos bicipitais e tricipitais grau 1, estilogradial e flexor dos dedos grau 2, assim como patelares grau 1 e aquileus abolidos. Diparesia facial, com grave comprometimento de força cervical. Sialorreia importante, com disfagia grave. Esfíncteres preservados. Análise do LCR normal. O provável diagnóstico e tratamento adequados são, respectivamente:

- (A) botulismo / imunoglobulina anti-toxina botulínica
- (B) síndrome de poliomielite / suporte em terapia intensiva
- (C) síndrome de Guillain-Barré forma clássica / imunoglobulina humana ou plasmaferese
- (D) síndrome de Guillain-Barré forma faringo-cérvico-braquial / imunoglobulina humana ou plasmaferese

08. Paciente de 78 anos de idade, professora, hipertensão leve, há 6 meses vem se apresentando repetitiva, pergunta diversas vezes o dia atual, vem tendo dificuldade para gerir suas finanças e o lar. Apresenta alucinações visuais complexas frequentes. Ao exame, se encontra apática, hipomímia facial, com rigidez e bradicinesia simétricas, iniciadas pouco após declínio cognitivo. O diagnóstico mais provável e as outras alterações potencialmente presentes nesses casos são, respectivamente:

- (A) doença de Alzheimer / atrofia temporal assimétrica
- (B) doença de Parkinson / esperado resposta satisfatória com o uso da levodopa
- (C) demência por corpúsculos de Lewi / hipersensibilidade ao uso de neurolépticos
- (D) paralisia supranuclear progressiva / quedas são frequentes e na ressonância magnética observa-se atrofia de mesencéfalo, chamado sinal do beija-flor

09. Paciente feminina, de 27 anos de idade, sem comorbidades. Tem cefaléia há 10 anos, hemcraniana alternante, pulsátil e intensa, com fotofobia e náuseas. Há 2 anos, após início de anticoncepcional, houve acentuação, passando a usar analgésicos 5 vezes na semana. Refere dor quase diária, intensa, sem alívio esperado com analgésicos. Exame neurológico é normal. A melhor conduta, nesse caso é:

- (A) interromper abuso de analgésicos, orientar sobre estilo de vida, avaliar retirada do ACO e introduzir propranolol
- (B) fazer tomografia de crânio, iniciar tramadol oral, orientar sobre estilo de vida, avaliar retirada do ACO e introduzir de amitriptilina
- (C) interromper abuso de analgésicos, orientar sobre estilo de vida, avaliar retirada do ACO e introduzir inibidores do receptor de calcitriol
- (D) fazer tomografia de crânio, iniciar triptanos em associação aos analgésicos em uso, orientar sobre estilo de vida, avaliar retirada do ACO e introduzir topiramato

10. Paciente feminina, de 42 anos de idade, hígida, iniciou quadro de parestesia em membros inferiores, dificuldade para deambular e retenção urinária com evolução de 3 dias. Força grau 3 em ambos os membros inferiores, reflexos grau 4 com sinal de Babinski. Hipoestesia tátil e dolorosa com nível e T8. Bexigoma volumoso. TC de coluna cervical e torácica sem alterações sugestivas de compressão medular. Hospital não dispõe de RM. LCR com 10 leucócitos, 80% LMN, glicose 42, proteínas 88. O provável diagnóstico e a conduta adequada, nesse caso, respectivamente, são:

- (A) mielite isquêmica / iniciar tratamento com antiagregantes
- (B) mielite transversa / iniciar rituximab, Rx de tórax, hemograma e urocultura
- (C) síndrome de Guillain Barré / iniciar tratamento com imunoglobulina humana
- (D) mielite transversa / iniciar imediatamente pulsoterapia com corticoide, Rx de tórax, ivermectina, hemograma e urocultura

11. Paciente feminina, de 32 anos de idade, hígida, teve cefaléia abrupta e muito intensa, seguida de perda da consciência. Chegou à emergência agitada, Glasgow 15, exame neurológico sem sinais de localização. TC de crânio evidenciava HSA cisternal volumosa, hemoventrículo com leve dilatação. Realizada arteriografia com embolização de aneurisma de ACoA. Sete dias após o sangramento, desenvolveu afasia e hemiparesia direita. O achado esperado no Doppler transcraniano e o tratamento sugerido, respectivamente, são:

- (A) redução das velocidades na ACME, índice de Lindegard reduzido / tratamento com nimodipina
- (B) aumento das velocidades em ACME e índice de Lindegard aumentado / tratamento com hidratação e indução de hipertensão
- (C) aumento das velocidades na ACME, índice de Lindegard reduzido / tratamento com hidratação e indução de hipertensão
- (D) aumento das velocidades na ACME, índice de Lindegard reduzido / tratamento imediato com angioplastia por balão

12. Paciente de 32 anos de idade, 53 kg, iniciou recentemente quadro de diabetes, com níveis glicêmicos elevados. Iniciado tratamento com metformina e rapidamente necessitou iniciar insulina. Três meses após, durante o trabalho, iniciou quadro de crises convulsivas generalizadas. Crises reentrantes, sem recuperação da consciência. Glicemia 123. TC de crânio normal. LCR: 2 células, glicose 72, proteínas 91, ausência de bactérias coradas pelo GRAM. Considerando a possibilidade de encefalite autoimune, os anticorpos que são esperados e o respectivo tratamento são:

- (A) anti-NMDA / pulsoterapia com corticoide e/ou imunoglobulina venosa
- (B) anti-GAD / pulsoterapia com corticoide e/ou imunoglobulina venosa
- (C) anti-AMPA / tratamento com ciclofosfamida
- (D) anti-VGKC / tratamento com plasmaferese

13. Paciente de 48 anos de idade, ascendência portuguesa, com queixa de astenia e baixa tolerância ao esforço. Em consulta com cardiologista foi observada, PA deitada: 160x85mmHg, PA em ortostase: 100x65mmHg. Ecocardiograma com leve aumento da ecogenecidade miocárdica e ECG normais. Refere parestesia nos membros inferiores, com redução da sensibilidade térmica e dolorosa. Exames laboratoriais normais, exceto creatinina de 2,4. Ausência de proteinúria significativa. Nega evento vascular. Baseado no caso, a doença provável e seu tratamento são, respectivamente:

- (A) hemocromatose / tratamento com desferoxamina
- (B) porfiria / tratamento com uso de betacaroteno e evitar exposição solar
- (C) doença de Fabry / tratamento com reposição enzimática de alfa-galactosidase A
- (D) polineuropatia amiloidótica familiar / tratamento pode ser feito com transplante hepático

14. Paciente feminina, de 72 anos de idade, diabética, iniciou quadro de febre elevada e prostração. Em 24 horas evoluiu com alteração da consciência, ao chegar a emergência teve crise convulsiva. Exame neurológico sem sinais de localização. TC de crânio normal. LCR: 236 células, 90% MNN, glicose 10, proteínas 157. Não identificadas bactérias coradas pelo GRAM. O esquema terapêutico empírico recomendado, nesse caso, é:

- (A) ceftriaxona + vancomicina + dexametasona
- (B) ceftriaxona + vancomicina + aciclovir + dexametasona
- (C) ceftriaxona + vancomicina + ampicilina + dexametasona
- (D) ceftriaxona + vancomicina + meropenem + dexametasona

15. Paciente masculino com 65 anos de idade, hipertenso e tabagista, dormiu como de costume e, ao se levantar de manhã, se desequilibrou e caiu ao solo. Apresenta disartria moderada, disfagia e disfonia importantes, soluços frequentes, hemiataxia esquerda com hipoestesia térmica e dolorosa em dimídio direito. Com base nesse quadro, a localização da lesão e a artéria provavelmente comprometida, respectivamente, são:

- (A) ponte lateral / artéria basilar
- (B) ponte medial / artéria basilar
- (C) bulbo lateral / artéria vertebral esquerda
- (D) bulbo medial / artéria vertebral esquerda

16. Paciente de 33 anos de idade, previamente hígida, apresentou subitamente perda visual em olho direito, sendo diagnosticada neurite óptica e tratado com corticoide sistêmico, com recuperação completa. Após seis meses despertou pela manhã com visão dupla. Ao exame, durante mirada horizontal para esquerda, apresenta comprometimento da adução do olho direito, com leve nistagmo no olho esquerdo em abdução. A lesão apresentada é:

- (A) lesão do fascículo longitudinal medial esquerdo
- (B) lesão do fascículo longitudinal medial direito
- (C) lesão do núcleo do abducente esquerdo
- (D) lesão do núcleo do oculomotor direito

17. Paciente feminina, de 23 anos de idade, histórico de transtorno bipolar, em acompanhamento com psiquiatra. Teve duas gestações, mas seus filhos foram retirados pelo conselho tutelar, devido maus-cuidados. Há aproximadamente dois anos tem apresentado tremores em ambos os membros superiores e alteração da marcha, sendo encaminhada ao neurologista. Ao exame, se apresenta alerta, agitada, jocosa e com palavrado de baixo calão. Marcha atáxica, dismetria em prova dedo-nariz, sem alteração com o fechar de olhos. Tônus aumentado, rigidez e bradicinesia leves. Nega uso de drogas ilícitas. Relata ter uma única irmã mais velha, 32 anos de idade, em acompanhamento na hepatologia, devido cirrose sem causa aparente. Nesse caso, os exames que devem ser solicitados, o provável diagnóstico e o tratamento adequado são, respectivamente:

- (A) esfregaço de sangue periférico com acantócitos compreendendo 5 a 50% dos eritrócitos / neuroacantocitose / não há tratamento específico, somente medidas de suporte
- (B) teste genético para mutação do gene da huntintina (HTT), com expansão acima de 36 repetições CAG / doença de Huntington / tratamento com medidas de suporte
- (C) dosagem de cobre sérico e seruloplasmina / doença de Wilson / tratamento feito com quelante D-penicilamina
- (D) dosagem de ferritina, ferro séricos e saturação de transferrina / hemocromatose / tratamento feito com flebotomia periódica

18. Paciente de 44 anos de idade, hipertensão leve, trabalha como mecânico. Há aproximadamente um ano tem percebido dor e disestesia no membro superior direito, principalmente ao trabalhar com o braço elevado. Ao repousar, os sintomas regredem. Vem percebendo piora lenta. Recentemente, nota que se mantiver o esforço, além das parestesias e dor, há redução da força na mão direita. Exame neurológico detalhado é normal. O provável diagnóstico e métodos complementares a serem utilizados, nesse caso, são, respectivamente:

- (A) síndrome do desfiladeiro torácico / USG com Doppler e radiografia de tórax
- (B) síndrome de Parsonage - Turner / eletroneuromiografia
- (C) síndrome de Erb / eletroneuromiografia e radiografia de tórax
- (D) hanseníase / baciloscopia da linfa e biópsia de pele

19. Paciente de 23 anos de idade, saudável e praticante de dança, durante uma apresentação de *hip hop*, desenvolveu subitamente desequilíbrio e tonteira e caiu ao solo, não conseguindo se levantar. Procura emergência e, na chegada, apresenta cefaleia leve, sensação vertiginosa, com nistagmo e ataxia de marcha em dimídio esquerdo. TC de crânio normal. Angio TC de vasos cervicais evidencia afilamento em vertebral esquerda sugerindo dissecação vascular. Os sintomas se iniciaram há aproximadamente 1 hora e 30 minutos. A melhor decisão a ser tomada, nesse momento, é:

- (A) iniciar prontamente a trombólise venosa
- (B) trombólise venosa está contraindicada, devendo ser indicada trombectomia primária
- (C) trombólise venosa está contraindicada, devendo ser iniciado AAS e clopidogrel imediatamente
- (D) trombólise venosa está contraindicada, devendo ser iniciada infusão de heparina venosa com ajuste do PTT entre 1,5 e 2,5 a cada 6 horas

20. Paciente de 37 anos de idade, sem comorbidades, despertou com moderada cefaleia hemocraniana esquerda e próxima ao ouvido, ao longo do dia, apresentou desconforto com determinados sons do ambiente e sialorreia. Ao se olhar no espelho percebeu que a face estava torta. Avaliada na emergência, apresentava paralisia facial esquerda, simétrica em andares superior e inferior, dificuldade para fechar os olhos, classificação de House-Breckmann IV, referindo perda do paladar e disacusia esquerda. Não havia vesículas em pavilhão auditivo. Restante do exame neurológico normal. O diagnóstico e conduta mais apropriados são, respectivamente:

- (A) síndrome de Ramsay-Hunt / realizar exame de imagem (ressonância magnética com cortes finos de tronco), uso de corticóides e antivirais venosos, medidas de proteção ocular
- (B) paralisia de Bell / realizar exame de imagem (ressonância magnética com cortes finos de tronco), uso de corticóides e antivirais por via oral, medidas de proteção ocular
- (C) paralisia de Bell / realizar eletroneuromiografia com fim diagnóstico, uso de corticóides e antivirais por via oral, medidas de proteção ocular
- (D) paralisia de Bell / uso de corticóides e antivirais por via oral, medidas de proteção ocular

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 grupidades
- (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