

**LEGISLAÇÃO DO SUS**

- 01.** O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, publicou em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde. São ações prioritárias dessa Política:
- A) incentivo à amamentação, campanha de prevenção as DST/aids, prevenção e controle do tabagismo
  - B) alimentação saudável, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito
  - C) redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, estímulo a atividade física e redução de gravidez na adolescência
  - D) promoção do desenvolvimento sustentável, controle da obesidade infanto-juvenil, redução da mortalidade infantil
- 02.** O financiamento das ações básicas de saúde se dá pelo Piso de Atenção Básica (PAB), composto por uma parte fixa e outra variável. Os investimentos aplicados por meio do PAB variável têm por objetivo:
- A) estimular a implantação de estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde
  - B) ampliar o montante de recursos destinados à qualificação da média e da alta complexidade
  - C) financiar ações de saúde em municípios de pequeno porte
  - D) assegurar a autonomia dos municípios na sua utilização
- 03.** A estratégia de Saúde da Família tem como objetivo central a reorientação da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. São princípios dessa estratégia:
- A) ter caráter complementar em relação à atenção básica, realizar cadastramento das famílias e atuar de forma intersetorial
  - B) desenvolver atividades com base no diagnóstico situacional, ter como foco o indivíduo e buscar parcerias para as ações de saúde
  - C) dirigir as ações aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, priorizar as ações recuperadoras e manter postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população
  - D) atuar no território, ofertar cuidado longitudinal e ser um espaço de construção da cidadania

**Sobre as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2006, responda às questões de números 4 a 7**

- 04.** É uma diretriz e uma ação do Pacto em Defesa do SUS, respectivamente:
- A) expressar os compromissos entre gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira; implantar serviços de atenção domiciliar
  - B) desenvolver e articular ações que visem assegurar o SUS como política pública; publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS
  - C) garantir financiamento de acordo com as necessidades do SUS; apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas
  - D) articular e apoiar a mobilização social pela promoção da cidadania; reorganizar o processo de acolhimento nas unidades de saúde
- 05.** “O Pacto pela Vida é o compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.” São prioridades pactuadas:
- A) saúde bucal; controle do câncer do colo de útero e da mama; fortalecimento da atenção básica
  - B) redução da mortalidade infantil e materna; controle da dengue, tuberculose e malária; controle de hipertensão e diabetes
  - C) promoção da saúde; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias; saúde do idoso
  - D) aumento da produção de imunobiológicos; redução da transmissão vertical do HIV; atenção às doenças negligenciáveis
- 06.** É diretriz para o trabalho da Educação na Saúde:
- A) ampliar a compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades
  - B) capacitar recursos humanos do SUS para a difusão de informações sobre prevenção de doenças e auto-cuidado
  - C) considerar a Educação Continuada como a estratégia de formação e de desenvolvimento de trabalhadores para o setor
  - D) centrar o planejamento e o acompanhamento das atividades educativas em saúde com vistas à aquisição de conhecimentos e mudança de hábitos

- 07.** Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde oferecidos para um determinado território, é objetivo da:
- descentralização
  - universalização
  - regionalização
  - hierarquização
- 08.** De acordo com a Lei 8.142/90, o segmento que tem representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos participantes dos Conselhos e das Conferências de Saúde é o dos:
- profissionais de saúde
  - usuários
  - representantes do governo
  - prestadores de serviço
- 09.** O significado da expressão “concepção ampliada de saúde”, que marca conceitualmente a Política Nacional de Promoção de Saúde, é o de que:
- a saúde e o adoecimento refletem as escolhas individuais, mais que o acesso aos cuidados e as tecnologias médicas
  - a saúde e a doença são um binômio inseparável, determinando necessidades curativas
  - a saúde envolve tanto aspectos físicos como os processos mentais, singulares em cada sujeito
  - o processo saúde-doença não é somente resultante da vontade dos sujeitos e/ou comunidades, mas expressa o contexto da própria vida
- 10.** De acordo com a Lei 8.080/90, pode-se afirmar que é competência da direção nacional do SUS:
- executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária
  - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde
  - participar na formulação e na implementação de políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho
  - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada

### ESPECÍFICO DO CARGO

- 11.** É considerada a manifestação clínica mais freqüente da febre reumática:
- cardite
  - nódulos subcutâneos
  - poliartrite
  - coréia
- 12.** É uma contra-indicação absoluta à realização de teste de esforço em esteira:
- estenose aórtica com gradiente médio de 30 mmHg
  - angina instável de alto risco
  - hipertensão arterial controlada
  - insuficiência cardíaca compensada
- 13.** São considerados critérios de gravidade de uma estenose aórtica ao exame físico:
- sopro sistólico em foco aórtico com pico tardio e desdobramento fisiológico de segunda bulha
  - presença de sopro diastólico em foco aórtico e componente aórtico da segunda bulha com amplitude diminuída
  - pulso *tardus parvus* e componente aórtico da segunda bulha inaudível
  - ictus de VE propulsivo e presença de componente aórtico de segunda bulha com amplitude aumentada
- 14.** Os achados clássicos da estenose mitral durante a ausculta de um paciente com fibrilação atrial e sem hipertensão arterial pulmonar são:
- primeira bulha hiperfonética, segunda bulha normofonética, estalido de abertura de válvula mitral, ruflar diastólico
  - primeira bulha hiperfonética, segunda bulha normofonética, estalido de abertura de válvula mitral, ruflar diastólico e reforço pré-sistólico
  - primeira bulha normofonética, segunda bulha hiperfonética, ruflar diastólico e reforço pré-sistólico
  - primeira bulha normofonética, segunda bulha hiperfonética, ruflar diastólico
- 15.** Diante de um paciente com embolia pulmonar, encontramos como o sintoma mais freqüente:
- palpitação
  - dispnéia
  - dor torácica
  - fadiga

- 16.** Em um paciente assintomático com insuficiência mitral, a indicação cirúrgica passa a ser considerada a partir de uma fração de ejeção inferior a:
- 60%
  - 63%
  - 68%
  - 70%
- 17.** Em um paciente de 71 anos, hígido, com fibrilação atrial, o esquema recomendado para a prevenção de acidente vascular encefálico isquêmico é:
- o uso de AAS
  - o uso de AAS + ticlopidina
  - a anticoagulação com cumarínico
  - a anticoagulação com cumarínico + AAS
- 18.** Um dos achados abaixo sugere a necessidade de se investigar a hipertensão renovascular como causa de hipertensão secundária:
- um exame de fundo de olho normal
  - níveis baixos de renina sérica
  - níveis elevados de potássio
  - a presença de sopro abdominal
- 19.** Em um paciente com instabilidade hemodinâmica e dependente de suporte ventilatório mecânico, a melhor opção diagnóstica para um paciente com suspeita de tromboembolismo pulmonar é a realização de:
- uma ressonância magnética
  - um ecocardiograma transtorácico
  - uma angiografia
  - um ecocardiograma transesofágico
- 20.** As duas principais causas de morte súbita em jovens atletas são:
- a cardiomiopatia hipertrófica e a síndrome de Wolff-Parkinson-White
  - a cardiomiopatia hipertrófica e as anomalias de coronárias
  - a insuficiência cardíaca familiar e as anomalias de coronárias
  - a síndrome de Wolff-Parkinson-White e a insuficiência cardíaca familiar
- 21.** É preditor de alto risco de morte súbita em paciente com cardiomiopatia hipertrófica:
- história familiar de cardiomiopatia hipertrófica
  - idade inferior a 45 anos
  - paciente do sexo feminino
  - hipotensão com exercício
- 22.** O tamponamento cardíaco deve ser considerado como possibilidade diagnóstica ao encontrarmos um dos achados abaixo em um paciente com pressão venosa jugular aumentada:
- sinal de Kussmaul
  - terceira bulha
  - pulso paradoxal
  - knock pericárdico
- 23.** Na prevenção primária, as taxas consideradas ideais em relação aos índices dos lipídeos são:
- LDL < 100 mg/dl, TG < 200 mg/dl, HDL > 30 mg/dl (em homens) e > 40 mg/dl (mulheres)
  - LDL < 130 mg/dl, TG < 150 mg/dl, HDL > 40 mg/dl (em homens) e > 50 mg/dl (mulheres)
  - LDL < 130 mg/dl, TG < 200 mg/dl, HDL > 30 mg/dl (em homens) e > 50 mg/dl (mulheres)
  - LDL < 160 mg/dl, TG < 150 mg/dl, HDL > 40 mg/dl (em homens) e > 40 mg/dl (mulheres)
- 24.** Na realização de um procedimento dentário, é considerada indicação inquestionável de profilaxia para endocardite infecciosa a presença de:
- comunicação interatrial
  - prolapso de valva mitral sem insuficiência mitral
  - prolapso de valva mitral com insuficiência mitral
  - prótese valvar metálica
- 25.** De acordo com a estratificação não invasiva de um paciente com queixa de dor torácica típica, são critérios de alto risco, isto é, associados a uma mortalidade superior a 3% ao ano:
- múltiplos defeitos de perfusão de tamanho moderado induzidos por estresse
  - fração de ejeção do ventrículo esquerdo em repouso entre 35 e 49%
  - resultado de teste de esforço com escore > 5
  - isquemia induzida em ecocardiograma de estresse com altas doses de dobutamina
- 26.** O uso de sildenafil em um período de 24 horas é contraindicação absoluta à utilização de:
- propranolol
  - nifedipina
  - monocordil
  - AAS
- 27.** Os sintomas da estenose significativa de artéria pulmonar levando a sintomas em um recém-nascido está relacionada com maior frequência à:
- sífilis congênita
  - síndrome de Turner
  - síndrome de Down
  - rubéola congênita

28. O bloqueador não seletivo do receptor de endotelina utilizado no tratamento da hipertensão arterial pulmonar é:
- o epoprostenol
  - a bosentana
  - o sildenafil
  - a nifedipina
29. São considerados beta-bloqueadores de ação seletiva:
- propranolol, esmolol, sotalol
  - timolol, atenolol, metoprolol
  - metoprolol, esmolol, atenolol
  - bisoprolol, sotalol, timolol
30. No tratamento de um paciente hipertenso, é **CONTRA-INDICAÇÃO** ao uso de diuréticos a presença de:
- gota
  - asma cardíaca
  - insuficiência cardíaca
  - bloqueio átrio-ventricular
31. Em 2005, a *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care* publicou as **diretrizes contemporâneas sobre ressuscitação cardiopulmonar**. A opção para a abordagem da fibrilação ventricular em adultos que **NÃO** está de acordo com as referidas diretrizes é:
- reiniciar ressuscitação cardiopulmonar básica (ventilações e compressões torácicas) imediatamente após a desfibrilação e mantê-la por dois minutos antes da pesquisa do pulso
  - aplicar uma seqüência de três choques com intensidade progressivamente crescente (200 Joules, 300 Joules, 360 Joules) tão logo o desfibrilador esteja disponível
  - realizar ressuscitação cardiopulmonar básica por período de dois minutos antes da realização da desfibrilação em pacientes com fibrilação ventricular fora do ambiente hospitalar e que não estejam recebendo atendimento por pessoal qualificado
  - posicionar as pás do desfibrilador adequadamente e mantê-las pressionadas com firmeza sobre o tórax, empregar pasta condutora ou gaze embebida em soro fisiológico, manter o desfibrilador em modo assíncronico, não permitir contato do paciente com outras pessoas
32. No serviço de emergência foi atendido paciente vítima de parada cardíaca, submetido à ressuscitação cardiopulmonar. Houve restabelecimento de ritmo cardíaco com perfusão espontânea, estabilidade hemodinâmica e comprometimento neurológico. A conduta **CONTRA-INDICADA** nesse caso é:
- tentar manter valores normais de  $\text{PaO}_2$  e de  $\text{PaCO}_2$  evitando  $\text{FiO}_2$  e PEEP em níveis elevados
  - interromper de maneira imediata e efetiva crises convulsivas com emprego de fármacos apropriados para essa finalidade
  - manter atenção para corrigir precocemente, caso ocorram, tanto hiperglicemia quanto hipoglicemia
  - realizar medidas agressivas para correção de hipotermia leve
33. É variável considerada pelo escore TIMI para estratificação de risco nas síndromes coronárias isquêmicas agudas sem supradesnível do segmento ST:
- uso de AAS nos sete dias que antecedem o evento agudo
  - registro de arritmia ventricular sustentada
  - hipotensão arterial que não responde à infusão de volume
  - comprometimento da função ventricular esquerda
34. Em relação às estratégias terapêuticas iniciais nas síndromes coronárias isquêmicas agudas sem supradesnível do segmento ST, é possível afirmar que:
- pacientes do sexo feminino se beneficiarão da estratégia invasiva precoce, mesmo que não apresentem critérios de alto risco
  - isquemia refratária, instabilidade hemodinâmica e arritmias ameaçadoras da vida sejam critérios para indicação de estratégia invasiva precoce
  - estratégia invasiva precoce é contra-indicada em pacientes com intervenção coronária percutânea nos últimos seis meses
  - expectativa de vida reduzida por graves comorbidades não limita as indicações de estratégia invasiva precoce

- 35.** Podemos afirmar, em relação ao clopidogrel, aplicado em pacientes com síndromes coronárias isquêmicas agudas com supradesnível do segmento ST, que:
- quando indicado, deve ter seu período de tempo de uso abreviado para menos de 14 dias com o intuito de reduzir o risco de eventos hemorrágicos
  - quando indicado, deve sempre ser iniciado com dose de ataque de 300 mg, mesmo em pacientes idosos
  - caso esteja sendo utilizado, não requer interrupção antes de revascularização miocárdica cirúrgica que se faça necessária
  - deve ser, salvo contra-indicação, rotineiramente associado ao AAS tanto em pacientes com terapia fibrinolítica quanto naqueles sem emprego de fibrinolíticos
- 36.** A conduta mais adequada na condução de pacientes com síndromes coronárias isquêmicas agudas com supradesnível do segmento ST é:
- realização de angioplastia como estratégia de reperfusão em centros qualificados após infusão de dose plena de agente fibrinolítico com o intuito de facilitação do procedimento (angioplastia facilitada)
  - contra-indicar angioplastia após terapia fibrinolítica mal sucedida (angioplastia de resgate) em pacientes com mais de 75 anos que se apresentem em choque cardiogênico pois o risco hemorrágico é proibitivo
  - utilização de fibrinolíticos como estratégia de reperfusão para pacientes atendidos em centros sem qualificação para angioplastia primária e que não tenham condições logísticas para transferência em período de tempo apropriado à sua realização
  - abertura rotineira tardia (com mais de 24 horas) da artéria relacionada ao infarto que se encontre totalmente ocluída mesmo em pacientes que se encontrem estáveis clinicamente
- 37.** O conjunto de elementos clínicos compatíveis com o diagnóstico de rotura do septo ventricular como complicação do infarto agudo do miocárdio é:
- sopro sistólico sem frêmito, hipoperfusão sistêmica, congestão pulmonar
  - sopro sistólico com frêmito, hipoperfusão sistêmica, congestão pulmonar
  - hipoperfusão sistêmica, pulmões limpos, turgência jugular
  - hipoperfusão sistêmica, pulso paradoxal, turgência jugular
- 38.** A condição que se manifesta com taquicardia ventricular polimórfica não relacionada à doença cardíaca estrutural é:
- taquicardia ventricular idiopática do trato de saída do ventrículo direito
  - taquicardia ventricular idiopática do trato de saída do ventrículo esquerdo
  - taquicardia ventricular fascicular
  - síndrome de Brugada
- 39.** A taquicardia com QRS estreito ( $\leq 0,12$  seg) e regular que, após a administração de adenosina, não se interrompe e passa a se manifestar com BAV configura a:
- taquicardia reentrante nodal AV
  - taquicardia atrial
  - taquicardia recíproca AV
  - fibrilação atrial
- 40.** Na avaliação laboratorial de pacientes com insuficiência cardíaca aguda pode-se verificar:
- elevação de nível sérico de troponinas mesmo que não haja concomitância de evento coronário aterotrombótico agudo
  - níveis plasmáticos normais de sódio, de modo diferente da insuficiência cardíaca crônica que cursa com hiponatremia
  - elevação de escórias nitrogenadas e anemia, irrelevantes na determinação do prognóstico da insuficiência cardíaca, apesar de comuns
  - níveis normais de BNP e NTproBNP que só apresentam elevação nas formas crônicas e avançadas de insuficiência cardíaca
- 41.** Sobre a atuação do levosimendan é necessário levar em consideração que:
- promove inquestionável redução de mortalidade quando empregado em pacientes com insuficiência cardíaca agudamente descompensada
  - seu efeito terapêutico não é limitado por indução de hipotensão e de fibrilação atrial
  - tem ação inotrópica por sensibilização do filamento contrátil cardíaco ao cálcio que se liga à troponina C
  - não produz metabólitos biologicamente ativos que perpetuam seus efeitos terapêuticos por dias após o término de sua infusão venosa

42. A abordagem terapêutica de pacientes em estágio B da insuficiência cardíaca consiste basicamente de:
- controle de fatores de risco de doença cardíaca para todos os pacientes
  - emprego de IECA para todos os pacientes e de  $\beta$ -bloqueadores para determinados pacientes
  - restrição de sal, emprego de fármacos, revascularização miocárdica, cirurgia da válvula mitral e terapia de ressincronização cardíaca para pacientes selecionados
  - infusão de inotrópicos, utilização de dispositivos de assistência circulatória para pacientes selecionados, realização de transplante cardíaco para pacientes selecionados
43. O agente fibrinolítico que induz acentuada depleção sistêmica de fibrinogênio é:
- estreptoquinase
  - rtPA (alteplase)
  - TNK-tPA (tenecteplase)
  - rPA (reteplase)
44. É uma característica hemodinâmica do infarto do ventrículo direito:
- aumento da pressão de pulso em artéria pulmonar
  - acentuação do colapso x em curva de pressão de átrio direito
  - elevação desproporcional da pressão de enchimento do ventrículo direito
  - ausência do sinal de Kussmaul
45. Dor pleurítica e escarros hemoptóicos na doença venosa tromboembólica sugerem:
- embolia pulmonar maciça
  - embolia pulmonar moderada
  - embolia paradoxal
  - infarto pulmonar
46. Pacientes que no pós-operatório de cirurgia cardíaca apresentam elevação de pressão arterial sistêmica, elevação de pressão de oclusão de artéria pulmonar, baixo débito cardíaco e elevação de resistência vascular sistêmica, devem ser abordados com:
- inotrópicos
  - agentes com estimulação  $\alpha$ -adrenérgica
  - vasodilatadores
  - infusão de volume
47. **NÃO** é correto afirmar que:
- antagonistas de canais de cálcio não diidropiridínicos devem ser considerados para controle da pressão arterial e redução da dp/dt em pacientes com dissecção aórtica aguda que não podem fazer uso de  $\beta$ -bloqueadores
  - pericardiocentese imediata para alívio do tamponamento pericárdico que complica a dissecção aórtica aguda é mandatório enquanto se aguarda a abordagem cirúrgica
  - o ecocardiograma transesofágico é o método complementar de escolha para confirmação do diagnóstico da dissecção aórtica do tipo A em pacientes que encontram-se com instabilidade hemodinâmica e dependentes de suporte mecânico ventilatório
  - intervenção cirúrgica ou procedimento endovascular na dissecção aórtica do tipo B são geralmente reservados para os casos que cursam com complicações
48. São ponderações corretas sobre psicofarmacologia no paciente cardiopata:
- inibidores seletivos de recaptção de serotonina têm mais inconvenientes cardiovasculares que antidepressivos tricíclicos
  - benzodiazepínicos não devem ser empregados na fase aguda do infarto do miocárdio
  - venlafaxina pode, de maneira independente da dose, elevar a pressão arterial e a frequência cardíaca
  - haloperidol e risperidona podem prolongar o intervalo QT no eletrocardiograma
49. Apresenta benefício bem documentado para a prevenção da nefropatia induzida por contraste iodado:
- hidratação com soluções isotônicas de cloreto de sódio ou de bicarbonato de sódio
  - terapia farmacológica adjunta com N-acetilcisteína
  - realização do procedimento em regime ambulatorial
  - diálise rotineira antes da exposição ao contraste iodado

- 50.** A terapia com cardioversor-desfibrilador implantável é contra-indicada para:
- A) portadores de cardiopatia isquêmica, sem condição de revascularização miocárdica, com significativa disfunção ventricular recuperados de parada cardíaca em fibrilação ventricular
  - B) portadores de cardiopatia isquêmica, com significativo comprometimento da função e instabilidade hemodinâmica decorrente de taquicardia ventricular sustentada
  - C) pacientes que sofreram infarto do miocárdio há mais de 40 dias, com fração de ejeção do VE < 30% e que cursem em classe funcional III da NYHA
  - D) pacientes com quadro clínico-laboratorial compatível com fase aguda de miocardite