



Universidade Federal
de Campina Grande

Hospital Universitário

Rua Carlos Chagas, s/n - São José - CEP: 58107 670 - Telefone 0 XX (83) 2101-5500 Campina Grande - PB



Comissão de Processos
Vestibulares



09/02/2014

Médico Cardiologista Clínico



Universidade Federal
de Campina Grande

Hospital Universitário

Rua Carlos Chagas, s/n - São José - CEP: 58107-670 - Telefone 0 XX (83) 2101-5500 Campina Grande - PB



PROCESSO SELETIVO - HUAC

09 de fevereiro de 2014

Nível Superior

Médico Cardiologista Clínico

GABARITO DO CANDIDATO

1.	11.	21.	31.
2.	12.	22.	32.
3.	13.	23.	33.
4.	14.	24.	34.
5.	15.	25.	35.
6.	16.	26.	36.
7.	17.	27.	37.
8.	18.	28.	38.
9.	19.	29.	39.
10.	20.	30.	40.

Médico Cardiologista Clínico

01 Sobre a síndrome coronária aguda (SCA) está INCORRETO afirmar que:

- a) Incluem-se três formas clínicas principais: a angina instável (AI), o infarto do miocárdio sem supra de ST (IMSSST) e o IAM.
- b) Cerca de 50% das mortes por IAM ocorrem na primeira hora do evento, por arritmia, mais frequentemente por fibrilação ventricular (FV).
- c) O evento final responsável pelos quadros coronarianos agudos é a ruptura de uma placa aterosclerótica em uma artéria coronária.
- d) No estudo Gusto IIb (Global Use of Strategies to Open Occluded Arteries in Acute Coronary Syndromes), os pacientes com IAM sem supra de ST apresentaram risco de reinfarto (9,8%) e mortalidade (11%) em um ano maior do que os pacientes com IAM com supra de ST (reinfarto – 7,4%; mortalidade – 9,6%) ou que tinham angina instável (reinfarto – 6,2%; mortalidade – 7%).
- e) É o eletrocardiograma a principal ferramenta, ao lado de uma história clínica de dor precordial típica, no diagnóstico e avaliação prognóstica na SCA.

02 Ainda sobre SCA é certo que:

- a) Um bloqueio completo de ramo esquerdo (BCRE) novo ou presumivelmente novo, não caracteriza como alta, a probabilidade de IAM por não permitir visualizar um supra ou infradesnivelamento do ST.
- b) Uma dosagem negativa de Troponina (marcador de necrose miocárdica) afasta o diagnóstico de IAM.
- c) Os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica mais utilizados são, em ordem de importância: CK-MB, Mioglobinas e Troponinas.
- d) Níveis séricos elevados de Troponinas em pacientes com SCA sem supra de ST têm pior prognóstico e maior mortalidade.
- e) A CK-MB-massa e a CK-MB-atividade têm a mesma especificidade e sensibilidade.

03 Sobre as estratégias de tratamento da SCA é correto afirmar que:

- a) O atendimento inicial deve incluir sempre: oxigênio por cateter ou máscara, Aspirina oral 200mg, nitrato sublingual e morfina (mesmo com melhora da dor após a administração do nitrato).
- b) Na suspeita de IAM com supra de ST: Nitrato e aspirina, nunca betabloqueadores.
- c) A Aspirina deve ser utilizada em todos os casos de AI (angina instável) e IAM, sem exceção.
- d) O Clopidogrel deve ser utilizado na SCA por seu potente efeito antiplaquetário e início rápido de ação.
- e) Evidências científicas recomendam a associação de Heparina à Aspirina para o tratamento de AI e IAM sem supra de ST, prevenindo isquemia refratária, evolução para IAM não-fatal ou óbito.

04 A insuficiência cardíaca (IC) é um dos problemas maiores de saúde pública mundial, pelo aumento da prevalência, mortalidade e altos custos. Sobre IC é correto dizer que:

- a) Sua principal causa é a doença arterial coronária.
- b) Os inibidores da enzima de conversão e os betabloqueadores que têm o maior benefício na morbidade, mas não sobre a mortalidade por IC.
- c) A anemia é frequente nos pacientes com IC estando associada a piora dos sintomas sem alterar a sobrevida.
- d) A classificação de IC direita e esquerda são de extrema importância clínica atualmente.
- e) Um nível plasmático de peptídeo natriurético plasmático (BNP) superior a 10pg/ml suporta um diagnóstico de função ventricular anormal ou IC sintomática.

05 Pacientes que desenvolveram a doença cardíaca estrutural, que está fortemente associada com o desenvolvimento de IC, mas assintomática, será classificada como insuficiência cardíaca:

- a) Estágio A.
- b) Estágio B.
- c) Estágio C.
- d) Estágio D.
- e) Não classificada com IC.

06 Dos fatores relacionados com pior evolução clínica na IC, qual a assertiva INCORRETA:

- a) Idade > 65 anos e Diabete Melito.
- b) Perfil clínico/ hemodinâmico Tipos B e C.
- c) Índice cárdio-torácico > 0,55.
- d) Fibrilação Atrial (FA).
- e) FE (fração de ejeção > 30%.

07] MJG, 63 anos, sexo feminino, portadora de cardiopatia hipertensiva (estágio I) e IC classe funcional I – NYHA, tratada com dieta hipossódica, restrição hídrica e controle ponderal. Qual o tratamento farmacológico inicial mais adequado.

- a) Digital e Diuréticos (Furosemida).
- b) Amiodarona e Diuréticos (Furosemida).
- c) IECA (Enalapril).
- d) Digital e IECA.
- e) Betabloqueadores (Carvedilol) e Espironolactona.

08] Assinale a alternativa correta:

- a) Crianças com GNDA ou gestantes com toxemia só apresentam encefalopatia e disfunção cardíaca ou renal se os níveis de PA Diastólica estiverem altas (140mmHg).
- b) Cérebro, coração, rins e fígado são os órgãos-alvo cuja lesão aumenta o risco de morte nas Emergências hipertensivas.
- c) Urgências e Emergências hipertensivas, situações que compõem as crises hipertensivas, se caracterizam pelas lesões de órgãos-alvo e pedem redução rápida dos níveis pressóricos.
- d) Na encefalopatia hipertensiva ocorre hipoperfusão do cérebro quando os limites de auto-regulação são ultrapassados levando a edema cerebral, pequenas hemorragias e microinfartos.
- e) Muitas vezes SCA participam das emergências hipertensivas, provocando aumento do trabalho cardíaco e do consumo de O² pelo coração, com extensão da área de necrose.

09] Sobre emergências hipertensivas e seu tratamento, está INCORRETO que:

- a) De forma geral, diuréticos como a Furosemida não devem ser utilizados nas emergências hipertensivas.
- b) A Nifedipina diminui a contração dos miócitos vasculares. Por isso não deve ser utilizada na emergência hipertensiva, visto que pode reduzir rapidamente os níveis pressóricos, com sérias repercussões cerebrais levando AVE, quando no coração, provocando isquemia miocárdica.
- c) A droga de escolha para a maioria das emergências hipertensivas é o nitroprussiato de sódio. Indicada na hipertensão maligna, hemorragias subaracnóide e intracerebral, no edema agudo de pulmão e dissecção de aorta.
- d) A nitroglicerina está indicada nas emergências hipertensivas associadas a cardiopatias isquêmicas (IAM e AI) por ser mais potente que o nitroprussiato
- e) Sua ação ocorre provavelmente por meio do aumento indireto da produção do óxido nítrico.

10] Ainda sobre emergências hipertensivas e seu tratamento, está correto que:

- a) O diazóxido é um fármaco eficaz principalmente em algumas emergências hipertensivas, tais como: Insuficiência renal, hipertensão pós-operatória, dissecção de aorta e insuficiência coronária.
- b) A fentolamina não deve ser usada nas emergências hipertensivas mediadas pelo feocromocitoma;
- c) A hidralazina é a opção inicial no tratamento da emergência hipertensiva presente na eclampsia, e segunda alternativa na hipertensão maligna, hemorragias cerebrais ou insuficiência renal.
- d) Enalapril endovenoso na dose de 1,5mg a 5mg a cada 6 horas ser utilizado na emergência hipertensiva, exceto nas presentes na insuficiência cardíaca e hipertensão renovascular prévias.
- e) O nitroprussiato de sódio deve ser administrado em infusão, na diluição de 50 a 100mg em SG5%, em bomba de infusão sem proteção da luz, na dose inicial de 0,25ng/Kg/ min.

11] JGP, sexo masculino, 58 anos, uréia sérica – 203mg/dl; creatinina – 2,8mg/dl, com quadro de dor torácica respiratório-dependente há mais de 24 horas, dispnéia leve e febre. Ao exame físico; abafamento leve de bulhas, ausculta pulmonar normal. Laboratório; leucocitose com VHS aumentada. Supra desnivelamento do segmento st de V1 a V6 ao eletrocardiograma. Qual o diagnóstico mais provável:

- a) IAM anterior extenso.
- b) Dissecção de Aorta.
- c) TEP.
- d) IRA.
- e) Pericardite.

12] A respeito das cardiopatias congênitas é correto afirmar que:

- a) A CIV (comunicação interventricular) corresponde a 20 a 30% de todas as cardiopatias congênitas, sendo a mais comum quando excluída a valva aórtica bicúspide.
- b) A CIA (comunicação interatrial) representa aproximadamente 7% das cardiopatias congênitas com predominância de 2:1 no sexo feminino tendo como tipo anatômico mais comum (70 a 75%) o Ostium Primum.
- c) A PCA (persistência do canal arterial) quando defeito isolado, representa 9 a 12% das cardiopatias congênitas com predominância de 3:1 no sexo masculino, quase sempre associada a rubéola congênita e prematuridade.
- d) O tratamento cirúrgico da CIA em menores de 01 ano, só em pacientes muito sintomáticos; entre 2 a 4 anos no tipo Ostium secundum em pacientes assintomáticos com Qp/Qs > 1,5; e percutâneo com prótese de Amplatzer em qualquer idade.
- e) O tratamento cirúrgico da CIV está contraindicado em menores de 6 meses com ICC de difícil controle.

13] Na pericardite é FALSO afirmar que:

- a) O risco de morte acontece em duas situações especiais: o tamponamento cardíaco e a pericardite constritiva.
- b) A análise do fluido intrapericárdico obtido por punção dirigida ou através da janela pericárdica é fundamental para identificar a etiologia do derrame pericárdico.
- c) O cateterismo cardíaco completo não está indicado quando houver dúvidas sobre o diagnóstico nos casos de tamponamento cardíaco e pericardite constritiva.
- d) Na pericardite tuberculosa emprega-se o esquema tríplice por pelo menos 09 meses.
- e) Pode-se usar AAS na dose de 300 a 600mg a cada 4 a 6 horas.

14] Sobre cardiopatias congênitas cianóticas é verdade que:

- a) Na fase neonatal é comum o aparecimento de acrocianose, ou seja, cianose periférica resultante da vasoconstricção por frio ou sepse.
- b) A Tetralogia de Fallot é a malformação congênita mais comum (10 a 15% das cardiopatias congênitas), o tratamento em geral é cirúrgico e deve-se evitar o uso de betabloqueadores como tratamento paliativo.
- c) O Truncus Arteriosus é diagnosticada nas primeiras semanas de vida pela presença de sopro e IC, sendo uma das mais frequentes cardiopatias congênitas.
- d) A Transposição de Grandes Artérias é provavelmente subdiagnosticada no nosso meio por ser uma patologia rara entre os defeitos congênitos e o seu tratamento inicial é cirúrgico, embora haja estudos sobre o uso de prostaglandina E1 para preparar o paciente para cirurgia.
- e) A Doença de Ebstein é cardiopatia mais frequente, familiar, e está associada ao uso de Lítio pela genitora nas primeiras semanas da gestação.

15] A febre reumática (FR) é a causa mais frequente de cardiopatia adquirida por crianças e adolescentes em nosso meio. Sobre a FR é FALSO afirmar que:

- a) É uma reação inflamatória que ocorre como resposta retardada à infecção de orofaringe pelo estreptococo do grupo A de Lancefield.
- b) A cardite é a mais grave e mais importante manifestação da doença e a única que pode deixar sequelas e que surge em até duas semanas do início do quadro artrítico.
- c) A Artrite ocorre em cerca de 70% dos pacientes com FR sendo a mais comum e a mais específica manifestação da doença.
- d) Existe uma alta frequência de Insuficiência Mitral (IM) subsequente a Córea de Sydenham “Doença de São Vítor” manifestação que acomete 15% dos pacientes com FR.
- e) O Eritema marginatum é o característico rash cutâneo que, embora muito frequente não é específico da FR por ser encontrado em outras doenças.

16] Sobre os exames complementares na FR é correto afirmar que:

- a) Os exames laboratoriais comumente usados para diagnóstico de FR são Hemograma, VHS e PCR que constituem indicadores específicos de inflamação tecidual na fase aguda.
- b) A evidência de antecedente de faringite estreptocócica do grupo A não é requerida para a confirmação do diagnóstico de FR.
- c) A radiografia de tórax normal exclui a possibilidade de diagnóstico de cardite reumática.
- d) A taquicardia juncional com dissociação AV pode ser encontrada no eletrocardiograma da cardite, mas nunca BAV de primeiro grau.
- e) E Ecocardiograma contribui para a avaliação do envolvimento cardíaco, mostrando grande sensibilidade e especificidade.

17) Ainda sobre FR e seu tratamento é correto:

- a) A prevenção primária consiste em tratar adequadamente a faringite estreptocócica em 7 a 10 dias com Penicilina benzatina, exceto nas cepas resistentes.
- b) Os pacientes que apresentaram cardite são de alto risco para recorrência e a profilaxia com penicilina deve ir até a vida adulta ou mesmo por toda a vida.
- c) A administração de agentes anti-inflamatórios (salicilatos, corticosteroides) são excelente como terapêutica curativa na FR.
- d) O uso de pulsoterapia com Prednisona para os casos de cardite grave com a finalidade de reduzir o tempo total de internação é esquema principal hoje preconizado.
- e) A Insuficiência cardíaca na FR não deve incluir Digital e sim, diuréticos e vasodilatadores.

18) A embolia pulmonar (TEP) está associada a 90% dos casos a uma TVP dos membros inferiores, então é correto que:

- a) São três os fatores que levam a TVP profunda: estase venosa, lesão intimal e hipercoagulabilidade sanguínea, e podem ser encontradas em situações clínicas constituindo os fatores de risco para TEP.
- b) É necessária uma obstrução de 30% do leito capilar pulmonar para que a pressão na artéria pulmonar se eleve significativamente;
- c) As alterações mais significativas são a hipoxemia e a redução do gradiente alvéolo-arterial.
- d) Cirurgias de mais de 30 minutos em pacientes com história prévia de TVP ou TEP bem como Politrauma ou queimadura constituem risco alto de TVP e TEP.
- e) A PaCO₂ (pressão arterial de gás carbônico) pode estar aumentada ou normal, nunca diminuída.

19) O choque cardiogênico, que se caracteriza por hipoperfusão tecidual sistêmica decorrente da incapacidade primária do músculo cardíaco de fornecer débito adequado às necessidades metabólicas do organismo em repouso. portanto é FALSO afirmar que:

- a) A principal causa do CC (Choque Cardiogênico) é o IAM.
- b) Dois critérios hemodinâmicos para o diagnóstico são: Pressão arterial sistólica < 90mmHg ou 30mmHg abaixo do valor basal e diferença arteriovenosa de O₂ > 5,5ml/dl.
- c) A congestão pulmonar pode está clinicamente ausente em 28% dos casos.
- d) Na possibilidade de choque misto, apenas a monitorização hemodinâmica pelo cateter de Swan-Ganz pode definir o diagnóstico.
- e) Os fatores predisponentes são: Idade avançada, sexo masculino, infarto de parede anterior e infarto prévio.

20) Os principais exames subsidiários são: eletrocardiograma, radiografia de tórax, ecocardiografia e bioquímica. Sobre eles é FALSO afirmar que:

- a) O eletrocardiograma evidencia um IAM se instalando ou em evolução, arritmias e áreas de necrose prévia.
- b) A radiografia do tórax revela sinais de congestão pulmonar e cardiomegalia.
- c) O ecocardiograma é fundamental no diagnóstico de lesões mecânicas (CIV, Insuficiência Mitral) e pobre na quantificação da extensão da lesão muscular.
- d) A bioquímica revela as consequências metabólicas do choque (dosagem de lactato, uréia, creatinina, acidose metabólica, etc.).
- e) A mensuração do pH intramucoso (pHi) propicia a avaliação regional da oxigenação tissular e detecção de isquemia da mucosa antes do desenvolvimento de lesões isquêmicas de magnitude suficiente para permitir a translocação de bactérias entéricas e suas toxinas.

21) Sobre o tratamento do choque é correto afirmar que:

- a) O BIA (balão de contrapulsção intra-aórtico) está contraindicado em pacientes com obstrução arterial periférica, arritmias que impeçam a sincronização do balão com o batimento cardíaco e IAo (insuficiência aórtica).
- b) A droga vasoativa de primeira escolha no IAM com choque cardiogênico é a NORADRENALINA por seu efeito inotrópico positivo e cronotrópico negativo.
- c) A utilização de vasodilatadores endovenosos (nitroglicerina ou nitroprussiato) deve ser utilizado mesmo antes de iniciarmos com aminas simpaticomiméticas.
- d) A recomendação atual é de utilizar inibidor de glicoproteína IIb/ IIIa durante a realização de angioplastia no IAM até nos casos em que haja complicações mecânicas (CIV, IM e tamponamento por rotura miocárdica).
- e) O tratamento cirúrgico é a terapia de escolha em todos os casos em que há complicação mecânica.

22) Sobre as doenças da aorta é correto afirmar que:

- a) A dissecação do tipo B se define quando a acometimento da porção ascendente da Aorta.
- b) O cateterismo ainda é o exame padrão ouro para o diagnóstico, apesar dos testes não invasivos atuais como: ecocardiograma transesofágico e tomografia computadorizada com contraste, que possuem eficiência diagnóstica.
- c) Um diagnóstico diferencial que não aparece na dissecação de aorta é a Pericardite.
- d) A coronariografia fica reservada aos casos em que há conhecimento de DAC para avaliar a extensão e o posterior tratamento cirúrgico.
- e) O controle da dor pode ser feito com analgésicos pouco potentes e pode ser postergado dando importância maior ao controle dos níveis pressóricos.

23) As arritmias cardíacas são frequentes no atendimento de emergência, com risco de morte. Sobre as supraventriculares está INCORRETO afirmar que:

- a) O tratamento das taquiarritmias supraventriculares pode ser dividido entre taquiarritmias regulares e *flutter*/ fibrilação atrial, que têm abordagem semelhante.
- b) As taquicardias SV regulares são bem toleradas e quase sempre se resolvem com manobras vagais (Valsalva, reflexo do vômito).
- c) A reversão química tem como medicação de escolha a Adenosina intravenosa, contraindicada na presença de broncospasmo.
- d) A segunda opção é o Verapamil.
- e) Na presença de instabilidade hemodinâmica pode se utilizar a cardioversão elétrica na carga inicial de 200 joules.

24) A fibrilação atrial (FA) é arritmia sustentada mais comum na prática clínica. Então é correto afirmar que:

- a) A FA pode ser secundária a fatores com hipotireoidismo, IAM, miocardites, pericardite e pneumopatias.
- b) A FA classificada como paroxística é recorrente e é revertida por cardioversão elétrica.
- c) A FA persistente se caracteriza por persistir por mais de um ano sem reversão espontânea.
- d) Os digitálicos são preferidos para pacientes com suspeita de disfunção ventricular esquerda.
- e) A cardioversão elétrica sem necessidade de anticoagulação só deve ser instituída em pacientes com FA entre 24 a 72h de início do quadro.

25) A taquicardia ventricular (TV) é uma sequência de três ou mais batimentos ventriculares (ES) com frequência maior que 100bpm/min. Sobre TV é FALSO:

- a) É classificada como sustentada quando tem duração igual ou maior que 30 segundos ou na presença de colapso hemodinâmico.
- b) A TV e a TSV com aberrância de condução se confundem quanto a morfologia e se diferenciam pelos dados clínicos (IM prévio, cardiopatia chagásica) favorecem o diagnóstico de TV.
- c) Quando da diminuição do nível de consciência hipotensão severa, dor torácica ou dispnéia intensa a cardioversão elétrica sincronizada não deve ser utilizada.
- d) Na fase aguda o IM a droga preterida para reversão e terapia de manutenção é a lidocaína.
- e) Na TV recorrente após cardioversão, o uso de sulfato de magnésio pode ser útil.

26) Quanto ao tratamento de TSV e TV pode-se afirmar que:

- a) Na reversão da TSV a Propafenona provoca hipotensão, bradicardia, *torsades de pointes* e provoca menor depressão miocárdica que o Verapamil.
- b) O Sulfato de magnésio não deve ser utilizado no *Torsades de Pointes*.
- c) As drogas que causam o prolongamento do intervalo Q-T classificadas em categoria classe IA são Quinidina, procainamida edisopiramida.
- d) Na presença de colapso hemodinâmico, está contraindicada a desfibrilação, pois a cardioversão elétrica sincronizada é quase sempre eficaz.
- e) Pacientes com intervalo Q-T prolongado congênito podem ser tratados com betabloqueadores, marcapasso definitivo, mas nunca com simpatectomia.

27) Miocardiopatias são doenças que principalmente envolvem diretamente (envolvimento primário) o músculo cardíaco. Delas é INCORRETO dizer que:

- a) Classificam-se em Dilatadas, Hipertróficas e Restritivas.
- b) Muitas vezes é difícil distinguir entre a MDI (miocardiopatia dilatada idiopática), 60 a 70% de frequência entre as miocardiopatias, e as miocardiopatias alcoólica e periparto.
- c) A ecocardiografia bidimensional e a RNM são importantes no diagnóstico precoce da doença miocárdica familiar por meio de *screening* de membros da família.
- d) A miocardiopatia periparto se apresenta no último trimestre da gestação ou, mais comumente, nos primeiros seis meses do puerpério, sem evidência histológica de miocardite.
- e) A miocardiopatia hipertrófica pode apresentar septo do VE hipertrófico e não dilatado, com função sistólica normal e com disfunção diastólica.

28) Ainda sobre miocardiopatias é correto afirmar que:

- a) A DAVD (displasia arritmogênica do ventrículo direito) de etiologia desconhecida, predomina no sexo feminino, se manifesta usualmente em jovens por arritmia ventricular e morte súbita.
- b) A tomografia com emissão de pósitrons auxilia a distinção entre doença miocárdica primária e doença isquêmica, com sensibilidade de 100%, especificidade de 80% e acurácia diagnóstica de 85% em pacientes com IC avaliados para transplante.
- c) A miocardiopatia restritiva é a forma mais frequente na prática clínica.
- d) E endomiocardiofibrose é o exemplo clássico de miocardiopatia hipertrófica.
- e) O diagnóstico de miocardiopatia chagásica não se aplica como diferencial com miocardiopatia dilatada idiopática em nosso meio.

29) Sobre MCS (morte cardíaca súbita) e PCR (parada cardíaca respiratória) é FALSA a seguinte alternativa:

- a) A sobrevida tardia nos pacientes com MCS secundária a FV (fibrilação ventricular) chega a 25%, enquanto naqueles com assistolia é de somente 1%.
- b) Em 25% dos pacientes, a MCS é a primeira manifestação da DAC (doença arterial coronária) segundo achados anatomopatológicos de lesões das artérias coronárias.
- c) A primeira intervenção terapêutica primária que reduziu a mortalidade total e súbita foi emprego de CDI (cardioversor-desfibrilador implantável).
- d) Na PCR são críticos os primeiros 30 minutos do atendimentos seguindo os passos: acesso precoce, RCP (ressuscitação cardiopulmonar precoce), desfibrilação precoce e suporte avançado precoce.
- e) A FV (fibrilação ventricular) é a causa mais frequente de PCR e a que mais chance de sobrevida traz, independente do tempo de atendimento a sua reversão.

30) Suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida em cardiologia (SAVC) é correto afirmar que:

- a) O SBV consiste em oxigenação e perfusão de órgãos vitais por meio de medidas complexas e com instrumental avançado.
- b) A ausência de pulso central (carotídeo) não determina o início das compressões torácicas externas.
- c) A desfibrilação é tão importante quanto as medicações usadas durante a FV/TV sem pulso.
- d) A veia cubital é o acesso primário preferencial e as soluções salinas devem ser evitadas, uma vez que altos níveis de glicose estão associados a melhores resultados neurológicos pós-ressuscitação.
- e) A epinefrina é o primeiro medicamento a ser considerado (classe indeterminada) para qualquer paciente em PCR de qualquer etiologia ou causa.

31 Considerando o conteúdo da Constituição Federal e da lei 8.080 referente à participação da iniciativa privada no SUS, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- b) É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
- c) É livre a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País.
- d) Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.
- e) Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS.

32 De acordo com o Art. 200 da Constituição Federal, compete ao Sistema Único de Saúde, EXCETO:

- a) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos.
- b) Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.
- c) Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
- d) Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico.
- e) Executar a política do meio ambiente, nela compreendido o manejo dos resíduos sólidos.

33 O Art. 6.º da Lei 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, define as ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância em saúde do trabalhador como atribuição do SUS. Relacione o conceito com a respectiva vigilância.

- () Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo e da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.
- () Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- () Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A- Vigilância Sanitária.

B- Vigilância em Saúde do Trabalhador.

C- Vigilância Epidemiológica.

Assinale a resposta correta:

- a) B, C, D
- b) B, D, C
- c) A, B, C
- d) A, C, B
- e) C, B, A

34 Sobre os princípios do SUS é correto afirmar:

- a) A universalidade diz respeito à capacidade do sistema resolver a totalidade dos problemas de saúde dos usuários.
- b) A equidade representa a igualdade da assistência à saúde, sem discriminação ou privilégios de qualquer espécie.
- c) A regionalização refere-se à descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
- d) A integralidade é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- e) O controle social diz respeito à divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

35 O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde- COAP objetiva a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários, através de acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde. Assinale a alternativa que representa o instrumento legal do SUS que instituiu o COAP:

- a) Decreto 7.508, de 28 de Junho de 2001.
- b) Norma Operacional Básica do SUS/93.
- c) Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990.
- d) Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006- Pacto pela Saúde.
- e) Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.

36 Considerando a Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação popular no SUS, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.
- b) O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, exceto nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão prerrogativa do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
- c) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
- d) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
- e) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

37 O Pacto pela vida, instituído pelo Pacto pela Saúde apresentado na Portaria Nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006, representa o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Qual das alternativas abaixo não estava incluída no grupo de prioridades do Pacto em 2006?

- a)Saúde de Idoso.
- b)Saúde Mental.
- c)Promoção da Saúde.
- d)Fortalecimento da atenção básica.
- e) Controle do Ca de colo de útero e mama.

38 Com relação às Normas Operacionais Básicas -NOB/91, NOB/93 e NOB/96 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS/2001 é correto afirmar:

- a) A NOB /93 propõe a transformação do modelo de atenção à saúde que deve ser centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – a família.
- b) A NOB/91 instituiu novas formas de relação dos municípios com as esferas nacional e estadual estabelecendo três modalidades de gestão: Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena.
- c) A NOAS/2001 teve como objetivo estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.
- d) A NOAS/2001 instituiu uma nova lógica de financiamento para a atenção básica contribuindo para a expansão da Estratégia Saúde da Família no Brasil.
- e) O Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos são instrumentos propostos na NOB/96.

39 As Comissões Intergestores são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. A Comissão Intergestores Tripartite – CIT é composta por:

- a) Representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e do Ministério da Saúde.
- b)Secretários Estaduais e Ministro da saúde.
- c) Representantes dos Conselhos Municipais de Saúde - CMS, das Secretarias Municipais- SMS e da Secretaria Estadual de Saúde - SES.
- d) Representantes do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde- COSEMS e da Secretaria Estadual de Saúde.
- e) Representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, do Conselho Municipal de Saúde –CMS e do Ministério da Saúde.

40 O Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, apresenta uma série de instrumentos para o reordenamento do Sistema único de Saúde. De acordo com as suas proposições assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde.
- b) São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial, os serviços especiais de acesso aberto e os Hospitais de Universitários.
- c) O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no risco cronológico.
- d) O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.
- e) A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

RASCUNHO

RASCUNHO