

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:
- incentivo à amamentação, campanha de prevenção as DST/aids, prevenção e controle do tabagismo
 - alimentação saudável, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito
 - redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, estímulo a atividade física e redução de gravidez na adolescência
 - 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:
- estimular a implantação de estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde
 - ampliar o montante de recursos destinados à qualificação da média e da alta complexidade
 - financiar ações de saúde em municípios de pequeno porte
 - 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:
- ter caráter complementar em relação à atenção básica, realizar cadastramento das famílias e atuar de forma intersetorial
 - desenvolver atividades com base no diagnóstico situacional, ter como foco o indivíduo e buscar parcerias para as ações de saúde
 - 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
 - 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:
- expressar os compromissos entre gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira; implantar serviços de atenção domiciliar
 - desenvolver e articular ações que visem assegurar o SUS como política pública; publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS
 - garantir financiamento de acordo com as necessidades do SUS; apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas
 - 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:
- saúde bucal; controle do câncer do colo de útero e da mama; fortalecimento da atenção básica
 - redução da mortalidade infantil e materna; controle da dengue, tuberculose e malária; controle de hipertensão e diabetes
 - promoção da saúde; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias; saúde do idoso
 - 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:
- ampliar a compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades
 - capacitar recursos humanos do SUS para a difusão de informações sobre prevenção de doenças e auto-cuidado
 - considerar a Educação Continuada como a estratégia de formação e de desenvolvimento de trabalhadores para o setor
 - 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.** A escala de coma de Glasgow é um importante instrumento para avaliar pacientes em unidades de terapia intensiva. O valor encontrado nesta escala, em um paciente que ao estímulo algóico reage com a emissão de sons incompreensíveis, abertura ocular e com resposta flexora dos membros superiores e extensora dos membros inferiores (decorticação) é de:
- 5
 - 4
 - 7
 - 6
- 12.** A tomografia computadorizada de crânio é considerada melhor que a ressonância magnética na seguinte situação:
- esclerose múltipla e hemorragia subaracnóidea aguda
 - neurocisticercose (fase nodular) e hemorragia subaracnóidea aguda
 - AVE isquêmico agudo e neurocisticercose (fase nodular)
 - hemorragia subaracnóidea aguda e AVE isquêmico agudo
- 13.** A hipsarritmia é uma alteração eletroencefalográfica característica da seguinte síndrome epiléptica:
- síndrome de Lennox- Gastault
 - síndrome de Dravet
 - epilepsia mioclônica juvenil
 - síndrome de West
- 14.** A enfermidade em que podem ser encontrados potenciais polifásicos à eletroneuromiografia é:
- polimiosite
 - miastenia gravis
 - distrofia muscular do tipo Duchenne
 - distrofia muscular miotônica
- 15.** Paciente de 36 anos, sexo masculino, com líquido céfalo-raquiano de aspecto límpido e incolor, com pressão inicial de 200 mm H²O, 90 cel/mm³, 70% de linfócitos, 25% de monócitos e 5% de eosinófilos, com proteína= 60 mg% e glicose 56 mg%, é sugestivo de meningite de etiologia:
- tuberculosa
 - cisticercótica
 - criptocócica
 - viral
- 16.** A epilepsia mioclônica pode ser agravada pelas seguintes medicações:
- carbamazepina e fenobarbital
 - fenitoína e fenobarbital
 - oxcarbazepina e fenobarbital
 - carbamazepina e fenitoína

17. A condição abaixo que **NÃO** é considerada como causa de estado de mal convulsivo vem a ser:
- suspensão abrupta da medicação anticonvulsivante em pacientes previamente epiléticos
 - infecção sistêmica em pacientes epiléticos
 - esclerose múltipla
 - traumatismo crânio-encefálico
18. Paciente do sexo feminino, 29 anos, com quadro de déficit motor simétrico de instalação sub-aguda nos membros inferiores, associado à parestesias distais, com início há mais ou menos 7 dias, ao acordar observou que não conseguia fechar os olhos. Procurou a emergência de um hospital, onde foi feito o diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré. O exame complementar que deverá ser pedido para que se confirme o diagnóstico, considerando o tempo de evolução da doença, é:
- eletroencefalografia
 - biópsia de nervo
 - raquimanometria
 - exame de líquido
19. Homem de 50 anos, com síndrome parkinsoniana de caráter progressivo, associado à hipotensão postural com quedas frequentes e pouca resposta a L-dopa, sugere o diagnóstico de:
- paralisia supranuclear progressiva
 - síndrome de Shy-Drager
 - degeneração estriato-nigral
 - atrofia olivo-ponto-cerebelar
20. Um paciente de 18 anos, previamente hígido, chega à emergência com quadro de sonolência, cefaléia e prostração, com presença de exantema macular, que envolve tronco e membros, com história de picada de carrapato há cinco dias atrás. O diagnóstico etiológico mais provável é:
- riquetsiose
 - meningococcemia
 - pneumococcemia
 - borreliose
21. Em relação ao potencial evocado auditivo de tronco cerebral (PEATCs), pode-se afirmar que:
- o PEATCs é um exame que não serve para avaliar a audição em crianças pequenas
 - os pacientes com esclerose múltipla apresentam anormalidades do PEATCs, exceto na ausência de sinais e sintomas clínicos de uma patologia do tronco cerebral
 - em pacientes histéricas, simulando surdez, o PEATCs não é útil para o diagnóstico diferencial
 - o PEATCs é um exame sensível para detectar tumores do oitavo nervo craniano em mais de que 90% dos pacientes com neurinoma do acústico
22. A doença metabólica que consiste em um erro de transporte dos aminoácidos neutros, com excreção de grandes quantidades destes aminoácidos na urina e nas fezes, cujas manifestações clínicas consistem em exantema descamativo avermelhado e intermitente na face, pescoço, mãos e pernas, retardo do crescimento e desenvolvimento, ataxia cerebelar transitória, cujos episódios são desencadeados pela exposição à luz solar denomina-se:
- tirosinemia hereditária
 - leucodistrofia metacromática
 - doença de Hartnup
 - doença de Hurler
23. A doença de Behçet é um distúrbio sistêmico que afeta o sistema nervoso em torno de 30% dos casos. Dentre as manifestações neurológicas relacionadas, **NÃO** observamos na doença de Behçet:
- ataxia cerebelar
 - meningoencefalite recorrente
 - paralisia dos nervos cranianos
 - miopatia
24. O álcool provoca grandes prejuízos ao sistema nervoso. Dentre os distúrbios causados pelo álcool, o que está associado à síndrome de abstinência alcoólica é:
- polineuropatia
 - tremores
 - neuropatia óptica
 - coma
25. A cataplexia se caracteriza por:
- alucinações auditivas, visuais ou somáticas aterrorizantes
 - ataque irresistível de sonolência após a alimentação
 - súbita perda de tônus muscular ocasionada por emoções fortes
 - ataque irresistível de sonolência duas a seis vezes ao dia, com períodos de sono em torno de 15 minutos
26. Na malformação de Chiari tipo I:
- pode ocorrer pressão intracraniana aumentada e ataxia cerebelar progressiva
 - os sintomas neurológicos se desenvolvem na infância
 - laminectomia cervical superior e aumento do forame magno estão indicados, independente da progressão da doença
 - o exame de líquido sempre é normal

- 27.** Paciente do sexo feminino, 20 anos de idade, começou a apresentar movimentos involuntários generalizados, leve deterioração mental, com reflexos profundos abolidos e eritrócitos com aspecto espiculado. Realizou ressonância nuclear magnética de crânio que mostrou atrofia do núcleo caudado. Sabendo que existe história familiar desta doença, o diagnóstico etiológico é de:
- doença de Hallevorden- Spatz
 - coréia de Huntington
 - doença de Wilson
 - neuroacantocitose
- 28.** Paciente 74 anos, do sexo masculino, internado em estado grave, em coma, com hiponatremia (sódio = 94 mEq), na unidade de terapia intensiva de um hospital geral, evoluiu com quadriplegia e paralisia pseudobulbar no quarto dia de internação. A suspeita diagnóstica mais provável neste caso é de:
- mielinólise pontina central
 - polineuropatia do paciente crítico
 - síndrome de Guillain-Barré
 - AVE isquêmico de tronco cerebral
- 29.** A doença de Fabry se caracteriza por ser uma doença genética, recessiva, ligada ao X. Diante desta característica genética, pode-se afirmar que:
- a doença se manifesta completamente nos homens e nas mulheres
 - a doença se manifesta completamente nas mulheres sendo os homens portadores (manifestação parcial da doença)
 - a doença se manifesta completamente nos homens sendo as mulheres portadoras (manifestação parcial da doença)
 - a doença se manifesta completamente nas mulheres e em 50% dos homens filhos de mulheres portadoras
- 30.** A epilepsia é uma doença paroxística que necessita do uso de anticonvulsivante. Entretanto, sabemos que as medicações têm indicações próprias, dependendo do tipo de crise. No caso das ausências infantis, a primeira escolha para o tratamento deve ser:
- valproato
 - topiramato
 - carbamazepina
 - fenobarbital
- 31.** Das opções abaixo, a que corresponde a tratamento preventivo adequado para uma paciente com enxaqueca, que apresenta três crises por semana é:
- carbamazepina
 - ergotamina associada à cafeína
 - sumatriptano
 - propranolol
- 32.** Paciente masculino, 78 anos, hipertenso e hiperlipidêmico, apresentou episódio súbito de hemiparesia fácio-bráquio-crural esquerda leve e disartria, com instalação rápida há uma semana. O paciente vem evoluindo com boa recuperação neurológica. A tomografia computadorizada do crânio realizada no dia de instalação do episódio foi normal. A conduta mais adequada a ser instituída para prevenir novos episódios semelhantes no futuro é:
- controle da pressão arterial, cumarínico e dieta hipolipídica
 - controle da pressão arterial, ácido acetil-salicílico, clopidogrel e dieta hipolipídica
 - controle da pressão arterial, estatina e ácido acetil-salicílico
 - controle da pressão arterial, estatina e cumarínico
- 33.** Homem de 50 anos, com diagnóstico de SIDA há 8 anos, já apresentou meningite por *Cryptococcus* no passado. Assintomático nos últimos dois anos, mas vinha apresentando piora dos parâmetros imunológicos. Foi então modificado o esquema anti-retroviral, com rápido aumento dos linfócitos CD4 e negatificação da carga viral do HIV. Há duas semanas, iniciou paraplegia progressiva, que evoluiu para tetraplegia e dificuldade respiratória, motivando internação em Unidade de Terapia Intensiva. Os reflexos profundos estavam abolidos e surgiu retenção urinária. O diagnóstico é de:
- mielopatia pelo HIV
 - síndrome de Guillain-Barré
 - polineuropatia periférica aguda pelo Citomegalovírus
 - linfoma primário do sistema nervoso central
- 34.** Paciente de 20 anos, procurou a emergência, com cefaléia intensa, vômitos, febre alta e queda do estado geral, evoluindo nas últimas 24 horas. Negava doenças prévias. O paciente relatou que reside com esposa e um filho de 2 anos em casa de 3 cômodos. Relatou também que dois vizinhos apresentaram quadro semelhante recentemente e foram internados. Ao exame, apresentava-se sonolento, porém facilmente despertável. Presença de rash cutâneo. PA: 110 x 70 mm Hg; FC: 120 bpm; FR: 28 irpm; Tax: 39°C. Havia rigidez de nuca, sinal de Kernig e de Brudzinsky. À fundoscopia, as papilas apresentavam bordas pouco nítidas. Sem outras alterações ao exame clínico e neurológico. As medidas profiláticas que devem ser tomadas com a esposa e o filho do paciente são:
- vacinação para Meningococcus C
 - observação ambulatorial quanto ao surgimento de febre ou sintomas neurológicos
 - antibioticoprofilaxia com rifampicina via oral por 02 dias
 - penicilina cristalina intravenosa por 7 a 10 dias

- 35.** Um paciente de 60 anos dá entrada na emergência com hemiplegia direita e afasia, instaladas 45 minutos antes, de forma aguda. Encontra-se desperto e comunica-se por gestos. A PA é de 160 x 100 mm Hg. É portador de hipertensão arterial e hipercolesterolemia, além de ser tabagista. Os exames que deverão ser realizados imediatamente são:
- angiografia digital, hemograma e tomografia computadorizada do crânio
 - ecocardiograma, tomografia computadorizada do crânio e pesquisa de anticorpos anti-cardiolipina
 - tomografia computadorizada do crânio, Doppler transcraniano e coagulograma
 - eletrocardiograma, coagulograma e tomografia computadorizada do crânio
- 36.** Paciente masculino de 46 anos deu entrada na emergência de hospital em coma. Os familiares relataram que ele foi encontrado desacordado em seu domicílio. Não há relato de doenças prévias. Ao exame, apresenta-se em coma com pobre reação à dor, bradicárdico e com miose puntiforme bilateral. Não há déficits neurológicos focais ou sinais de irritação meníngea. A provável etiologia do coma é:
- hipoglicemia
 - intoxicação exógena
 - AVE isquêmico extenso
 - hemorragia subaracnóidea
- 37.** Paciente feminina de 15 anos iniciou quadro de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas de difícil controle. Progressivamente, passou a apresentar também fraqueza generalizada, dificultando a locomoção. Anteriormente, desde os 11 anos, apresentava episódios freqüentes de cefaléia unilateral alternante, além de cólicas abdominais. Realizou tomografia computadorizada do crânio, que evidenciou múltiplas imagens hipodensas de contornos mal definidos, supratentoriais, não captantes de contraste. Considera-se como diagnóstico:
- síndrome de MELAS
 - AVEs isquêmicos de repetição
 - esclerose múltipla
 - adreno-leucodistrofia
- 38.** Mulher de 24 anos, previamente hígida, apresenta quadro progressivo, instalado ao longo de duas semanas, de confusão mental, hemiparesia direita e afasia. Houve evolução para torpor após estas duas semanas e a paciente foi hospitalizada. Havia história de infecção respiratória viral três semanas antes do início dos sintomas neurológicos. Pode-se considerar o seguinte diagnóstico:
- esclerose múltipla
 - acidente vascular isquêmico embólico
 - metástase cerebral
 - encefalomielite disseminada aguda
- 39.** Paciente feminina de 70 anos iniciou há seis meses quadro progressivo de miofasciculações e câimbras em região proximal dos quatro membros, seguido de fraqueza e dificuldade para deambular. Mais recentemente vem apresentando engasgos com alimentos líquidos e mudança no timbre da voz. Ao exame, percebe-se atrofia muscular nas mãos e na língua, miofasciculações na região proximal dos quatro membros e na língua. O exame de sensibilidade foi normal, bem como o controle esfinteriano. A melhor conduta neste caso é:
- fisioterapia para aumento da massa muscular
 - pulsoterapia com metilprednisolona intravenosa
 - tratamento fonoaudiológico
 - pulsoterapia com imunoglobulina intravenosa
- 40.** Paciente masculino de 73 anos, médico aposentado, vem à consulta acompanhado de sua filha, que refere dificuldade progressiva da memória há aproximadamente um ano, piorando nos últimos poucos meses. Há dificuldade para recordar algumas palavras menos usuais, o nome de parentes distantes e compromissos agendados. O próprio paciente nega os sintomas, mas confirma que tem apresentado dificuldade para operar bancos eletrônicos e o controle remoto da televisão. No entanto, reside sozinho e resolve as questões do dia-a-dia. O mini-exame do estado mental foi de 22 pontos (em 30 pontos possíveis). Os exames necessários para o diagnóstico diferencial de causas reversíveis são:
- tomografia computadorizada com emissão de fóton único (SPECT) e tomografia computadorizada do crânio
 - tomografia computadorizada do crânio, dosagem sérica de hormônios tireoidianos e dosagem sérica de vitamina B12
 - ressonância magnética do crânio, incluindo estudo por espectroscopia
 - testagem neuropsicológica formal e pesquisa do gene da apolipoproteína E
- 41.** Paciente de 65 anos vem apresentando alteração do comportamento há um ano, seguido de dificuldade da memória, lentidão e rigidez dos movimentos, dificultando a marcha. Atualmente, os familiares relatam agitação e alucinações visuais predominantemente à noite. Já fez uso de lorazepam e haloperidol, com piora dos sintomas. A provável etiologia é:
- doença dos corpúsculos de Lewy
 - demência relacionada à doença de Parkinson
 - doença de Alzheimer
 - hidrocefalia de pressão variável

42. Paciente feminina de 16 anos, procurou o hospital com queixa de perda de força nos membros inferiores, progredindo para os membros superiores, instalada em 10 dias, acompanhada de hipoestesia e parestesia nos quatro membros. Ao exame, os reflexos profundos estavam abolidos universalmente. Apresentava ainda confusão mental e dor abdominal em cólica intensa. A dor abdominal já havia ocorrido anteriormente de forma recorrente. Referia também episódio semelhante alguns meses antes, porém com menor gravidade. O diagnóstico provável é de:
- síndrome de Guillain-Barré
 - polineuropatia periférica relacionada ao hipotireoidismo
 - polineuropatia periférica relacionada à porfiria
 - polineuropatia inflamatória desmielinizante crônica (CIDP)
43. Paciente masculino de 15 anos relata dificuldade progressiva para erguer os membros superiores acima da cabeça. Progressivamente, passou a apresentar dificuldade para fechar os olhos e cerrar os lábios. Ao exame, percebeu-se as escápulas salientes e os músculos do braço mais atrofiados que os do antebraço. A marcha era normal. Este tipo de distrofia denomina-se:
- distrofia muscular de Becker
 - distrofia muscular de Duchenne
 - distrofia muscular – forma das cinturas
 - distrofia muscular fácio-escápulo-umeral
44. Um paciente com paraplegia espástica é submetido à ressonância magnética da coluna torácica e o exame evidencia lesão expansiva extra-medular e intradural, captante de gadolínio. A provável etiologia do processo é:
- meningeoma
 - metástase óssea
 - hemangioma medular
 - ependimoma
45. Paciente masculino de 60 anos, previamente hígido, apresenta crise convulsiva tônico-clônica generalizada, seguida de leve alteração do estado mental. Referia cefaléia holocraniana há um mês. Ao exame, havia discreta hemiparesia esquerda. Tabagista e etilista. À ressonância magnética do crânio, observou-se lesão expansiva em lobo frontal direito, passando pelo corpo caloso e estendendo-se ao lobo frontal esquerdo. A imagem era heterogênea e captante de gadolínio, com importante halo de edema ao redor. O diagnóstico mais provável é de:
- meningeoma
 - AVE extenso
 - glioblastoma multiforme
 - metástase cerebral
46. Paciente feminina de 20 anos apresenta ptose palpebral bilateral, diplopia e dificuldade para erguer os membros superiores acima da cabeça. Refere piora do quadro ao longo do dia. Ao exame, observa-se paresia óculo-motora bilateral em todas as miradas, além da ptose. Há fraqueza proximal dos membros superiores. O resultado esperado do exame de eletroneuromiografia seria:
- lentificação da velocidade de condução nervosa, com bloqueio de condução
 - exame normal, exceto por decremento maior que 10% à estimulação repetitiva
 - fibrilação e fasciculação no estudo muscular
 - incremento maior que 100% à estimulação repetitiva
47. São possíveis causas da síndrome de Brown-Séquard as opções abaixo, **EXCETO**:
- mielopatia pelo HTLV-1
 - traumatismo raqui-medular
 - neoplasia extramedular
 - compressão disco-osteofitária
48. O tratamento mais eficaz para um paciente com torcicolo espasmódico é:
- levodopa + inibidor da descarboxilase
 - baclofeno
 - tri-hexifenidil
 - aplicação tópica de toxina botulínica
49. Para melhorar as flutuações motoras da doença de Parkinson, sem piorar os sinais parkinsonianos, em pacientes em uso crônico de levodopa a estratégia adequada seria:
- reduzir a dose de levodopa
 - acrescentar inibidor da catecol O-metil transferase (COMT), mantendo a dose de levodopa
 - acrescentar agonista dopaminérgico à prescrição e reduzir a dose de levodopa
 - acrescentar quetiapina à prescrição e reduzir a dose de levodopa
50. Em um paciente com diagnóstico de transtorno cognitivo leve, confirmado em testagem neuropsicológica formal, a conduta indicada seria:
- instituição de anti-colinesterásicos de ação central
 - repetição da testagem neuropsicológica periodicamente
 - prescrição de memantina
 - uso de vitamina E