

**Concurso Público para provimento de cargos de
Médico - Nível III (Grau A) - Residência Médica
Médico Regulador CNCDO**

Nome do Candidato

Caderno de Prova '20', Tipo 001

Nº de Inscrição

MODELO

Nº do Caderno

MODELO1

Nº do Documento

0000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

00001-0001-0001

P R O V A**Conhecimentos Gerais
Conhecimentos Específicos
Dissertativa****INSTRUÇÕES**

- Verifique se este caderno:
 - corresponde a sua opção de cargo.
 - contém 40 questões, numeradas de 1 a 40.
 - contém a proposta e espaços para rascunho e transcrição definitiva das três questões dissertativas.Caso contrário, reclame ao fiscal da sala um outro caderno.
Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta certa.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

VOCÊ DEVE

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A,B,C,D,E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, conforme o exemplo: (A) ● (C) (D) (E)
- Ler o que se pede na Prova Dissertativa e utilizar, se necessário, o espaço para rascunho.

ATENÇÃO

- Marque as respostas primeiro a lápis e depois cubra com caneta esferográfica de material transparente de tinta preta.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de máquina calculadora.
- Em hipótese alguma os rascunhos das questões da Prova Dissertativa serão corrigidos.
- A duração da prova é de 5 horas para responder a todas as questões objetivas, preencher a Folha de Respostas e responder a Prova Dissertativa (rascunho e transcrição).
- Ao término da prova, chame o fiscal da sala e devolva todo o material recebido.
- Proibida a divulgação ou impressão parcial ou total da presente prova. Direitos Reservados.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

1. Em relação às instituições públicas, é correto afirmar:
- (A) Uma organização é considerada moderna se é capaz de usar o conhecimento para desenvolver e oferecer novos produtos e serviços, dentro de espírito inovador e criativo.
 - (B) Um ambiente de trabalho moderno é bastante rígido, proporciona disciplina, impermeabiliza procedimentos já existentes dentro da organização e evita inovações que desestabilizem a rotina.
 - (C) O fornecimento de informações aos cidadãos é essencialmente seletivo, para que eles não influenciem significativamente as decisões políticoadministrativas.
 - (D) A política de capacitação de servidores públicos prescinde de ferramentas de informática e uso das tecnologias da informação.
 - (E) O compartilhamento de conhecimento e informação na gestão pública será incluído como prioridade apenas em políticas de gestão do conhecimento futuras.
-
2. No momento em que o Governo avalia o desempenho de suas organizações e de seus servidores por metas ou objetivos alcançados, ele está avaliando a gestão pública por meio
- (A) da eficiência.
 - (B) da eficácia.
 - (C) da efetividade.
 - (D) da qualidade.
 - (E) do custo.
-
3. De uma maneira geral, as competências gerenciais são classificadas em três categorias: conhecimentos, habilidades e atitudes. Essas categorias são necessárias para ocupar um cargo de gerente e dependem do nível hierárquico do cargo, das tarefas a serem desenvolvidas pelo gerente e do tipo de organização, entre outros fatores. A relação correta entre habilidades e nível hierárquico é:
- (A) Quanto mais alto o nível hierárquico do cargo a ser ocupado, mais habilidades técnicas serão requeridas.
 - (B) Em cargos de gerências táticas e intermediárias são requeridas com maior intensidade as chamadas habilidades e atitudes.
 - (C) Em cargos com características operacionais são requeridas maiores habilidades técnicas como principal condição desse gerenciamento.
 - (D) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades atitudinais serão requeridas.
 - (E) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades conceituais serão requeridas.
-
4. O Brasil é um Estado organizado de forma Federativa. Isto significa que as atribuições inerentes aos poderes executivo, legislativo e judiciário são divididas em duas esferas de atuação: a Federal (União) e a Estadual. Em relação a essas esferas, é INCORRETO afirmar que
- (A) a cúpula dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário formam o núcleo estratégico do Estado.
 - (B) aos Estados e Municípios são atribuídas as ações de caráter local.
 - (C) a Constituição da União e as leis federais determinam o escopo e o alcance das constituições dos Estados Federados.
 - (D) o critério de divisão de poderes entre União e Estados membros é, ao mesmo tempo, funcional e territorial.
 - (E) os Estados têm total autonomia para formulação e aplicação de suas políticas, independentemente do poder central.
-
5. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) consta que: “são significativos os fatores externos decorrentes do desenvolvimento do capital humano sob a perspectiva do Ciclo de Vida. Ao mesmo tempo em que uma população saudável e bem nutrida influencia positivamente os indicadores educacionais, o investimento em educação tem reflexos positivos sobre os indicadores de saúde”.
- Dentre outras, são ações propostas no PMDI:
- (A) adoção de perspectiva integrada de desenvolvimento do capital humano; salto de qualidade no ensino e ampliação da escolaridade da população jovem mineira, orientada por padrões internacionais (OCDE); superação da pobreza crônica das novas gerações; protagonismo juvenil e capacitação para o trabalho.
 - (B) aumento do número de escolas e hospitais de atendimento público; aumento de ambulatórios setoriais ou regionais; aumento do número de vagas para médicos no atendimento público.
 - (C) adoção de qualidade no ensino e no atendimento público em todos os órgãos destinados à população; superação da pobreza crônica e capacitação para o trabalho.
 - (D) superação da pobreza crônica; elaboração de programas materno-infantil e de adolescentes para diminuir a mortalidade infantil; construções de escola de nível médio e de ensino superior.
 - (E) construções de redes de hospitais de atendimento público; implantação em todo o estado mineiro do Programa de Saúde do Trabalhador; Construção de Escolas Públicas para aumentar o número de vagas disponíveis e capacitação para o trabalho.



6. É VETADO ao Funcionário Público
- (A) facilitar as atividades de fiscalização pelos órgãos de controle.
 - (B) observar os princípios e valores da Ética Pública.
 - (C) divulgar e informar a todos os integrantes de sua classe sobre a existência de Código de Conduta Ética.
 - (D) utilizar-se do cargo, emprego ou função para obter qualquer favorecimento para si ou outrem.
 - (E) apresentar-se ao trabalho com vestimentas adequadas ao exercício da função.
-
7. Dentre as características das organizações públicas modernas, nas quais o conhecimento é valorizado, encontra-se
- (A) coordenação centralizada de tarefas.
 - (B) predomínio do trabalho individual.
 - (C) transmissão do conhecimento coletivo, de preferência, em forma de documentos impressos.
 - (D) o servidor-polivalente e inovador.
 - (E) diminuição do poder dos usuários dos serviços dessas empresas.
-
8. Segundo seu delineamento, em um estudo de
- (A) *coorte*, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (B) caso-controle, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (C) prevalência, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
 - (D) caso-controle, o risco da doença não é medido diretamente.
 - (E) caso-controle e de prevalência, o risco da doença é medido diretamente.
-
9. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe
- (A) que as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde do país sejam homogeneizadas e contempladas dentro de um documento igual para todos os estados.
 - (B) que a esfera federal de gestão realize todo o planejamento e a regionalização das ações fique a cargo dos estados e municípios.
 - (C) que cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) realize o seu planejamento.
 - (D) instrumentos de planejamento de centralização: Plano Diretor, Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).
 - (E) Plano Federal Bienal de Saúde, instrumento básico que norteia a Programação Bienal das ações e serviços de saúde prestados.
-
10. Sobre os modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar que
- (A) se fundamentam em regionalização, integralização e terceirização dos serviços.
 - (B) cada doença tem um nível de atenção à saúde (primária, média complexidade e alta complexidade) predeterminado.
 - (C) se fundamentam em regionalização e integração dos serviços interfederativos.
 - (D) foram implantados com vistas ao atendimento das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).
 - (E) os serviços de atenção primária são as únicas portas de entrada no sistema SUS.



-
11. O projeto de vigilância em saúde (Vigisus) é
- (A) voltado à redução de mortalidade por doenças transmissíveis e não abrange a exposição a fatores de risco associados com a saúde.
 - (B) composto de duas fases: Vigisus I (1999 a 2004) para Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigisus II (2005-2013) para Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.
 - (C) destinado à redução da mortalidade e da morbidade de doenças transmissíveis, mas não abrange as doenças não transmissíveis.
 - (D) executado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Fundação Nacional de Saúde, sendo financiado pelo Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento.
 - (E) direcionado para serviços de saneamento em grandes aglomerados urbanos e, por isso, não inclui a saúde de povos indígenas e quilombolas.
-
12. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições,
- (A) o controle e a fiscalização do serviço de internação e atendimento ambulatorial, não abrangendo a execução da política de sangue e seus derivados.
 - (B) a fiscalização e inspeção de alimentos quanto à qualidade sanitária, sem abranger a vigilância nutricional e a orientação alimentar.
 - (C) a participação na formulação da política de saúde pública, não incluindo a execução de ações de saneamento básico.
 - (D) a participação no controle e formulação da política de medicamentos, excetuando a participação na produção de insumos de interesse para a saúde.
 - (E) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
-
13. O controle social no Sistema Único de Saúde
- (A) diminuiu após a Norma Operacional Básica (NOB 1/96), desde que esta redefiniu vínculos de serviços com seus usuários.
 - (B) está contemplado em um dos blocos de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde.
 - (C) está previsto somente para serviços públicos de assistência à saúde.
 - (D) pressupõe ações dos usuários sobre serviços, exclusivamente, da iniciativa privada.
 - (E) requer financiamento do próprio usuário.
-
14. A educação em saúde, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) é o objetivo de um Programa destinado a capacitar trabalhadores da saúde para a utilização adequada de equipamentos usados em serviços de saúde.
 - (B) está prevista em legislação, mas ainda não existe uma secretaria de gestão relacionada a essa área.
 - (C) restringe-se a um compromisso de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores da saúde.
 - (D) refere-se à qualificação de trabalhadores da saúde e, ainda, à promoção de hábitos saudáveis aos usuários do SUS.
 - (E) prevê atividades exclusivas dos trabalhadores da saúde para atendimento da população.
-
15. Quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência podem corresponder ao Piso Assistencial Básico (PAB) destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal.
 - (B) na esfera estadual, conta com recursos transferidos pela União e essas transferências regulares não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
 - (C) na esfera municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, existem transferências eventuais da União para municípios, as quais não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
 - (D) os fundos de saúde dos municípios não podem receber verba oriunda de reembolso de despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde.
 - (E) os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG) e o teto financeiro do estado; não deve conter os tetos de municípios.
-



16. Na legislação do Sistema Único de Saúde,
- (A) “Programação Pactuada e Integrada (PPI)” restringe-se às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.
 - (B) “Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)” é um montante que corresponde ao financiamento do conjunto de ações assistenciais em situações de emergência, assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde, transferido eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde.
 - (C) “Índice de Valorização de Resultados (IVR)” consiste na atribuição de valores adicionais ao teto financeiro da assistência do estado, transferidos eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, quando houver obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
 - (D) “Remuneração por Serviços Produzidos” restringe-se ao pagamento direto aos prestadores privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor.
 - (E) “Fração Assistencial Especializada (FAE)” é um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.
-
17. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê:
- (A) Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade de serviços de média complexidade, incluindo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar para sua própria população.
 - (B) Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, nos quais as funções de gestão e relacionamento com prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor municipal, podendo este delegar aos gestores de hospitais as funções de controle e avaliação dos prestadores.
 - (C) Ao governo federal cabe prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município, para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência, sempre de acordo com a Programação Pactuada e Integrada.
 - (D) A assistência de alta complexidade deve ser programada no âmbito federal, e em alguns casos macrorregionais, tendo em vista as características especiais desse grupo: alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.
 - (E) A programação da assistência de alta complexidade, consolidada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, não deve conter a referência de pacientes para outros Estados, ou mesmo, reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados.
-
18. As ações de auditoria dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são
- (A) atividades que necessitam de um órgão que consolide as informações necessárias, analise os resultados obtidos em decorrência de suas ações, mas não proponha medidas corretivas.
 - (B) de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho.
 - (C) ações de controle que podem, ou não, auditar procedimentos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos.
 - (D) ações de controle que excluem autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, desde que sejam critérios médicos.
 - (E) monitoramentos da qualidade dos serviços prestados, sem priorizar a regularidade e fidedignidade de registros de produção e faturamento de serviços.
-
19. Segundo Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS-NOAS 01), houve fortalecimento do controle, regulação e avaliação da assistência aos usuários devido
- (A) à criação de procedimentos técnico-administrativos prévios à prestação de serviços hospitalares, os quais não podem ser fiscalizados pelos usuários.
 - (B) à previsão de compra de serviços da rede privada, pautada apenas na sua indisponibilidade na rede pública.
 - (C) à possibilidade de compra de serviços da rede privada com base no interesse público e necessidades assistenciais.
 - (D) à implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos que não podem ser avaliados pelos usuários.
 - (E) ao fato do gestor federal elaborar todos os planos de controle, regulação e avaliação para fortalecimento da capacidade de gestão.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

20. Conforme a Lei nº 10.211/2001, pode autorizar a doação de órgãos de uma pessoa falecida, além dos pais e dos filhos, os
- (A) irmãos, avós, netos e cônjuge (união legal).
 - (B) avós, tios, primos, netos e cônjuge (união legal).
 - (C) avós, tios, primos, netos e sobrinhos.
 - (D) tios e cônjuge (união legal).
 - (E) primos e sobrinhos.
21. O transplante de órgãos sólidos com doador vivo pode ocorrer legalmente entre
- (A) familiares com parentesco de até o 4º grau, desde que autorizado judicialmente.
 - (B) quaisquer familiares, não necessitando de autorização judicial.
 - (C) indivíduos não relacionados.
 - (D) qualquer pessoa; cabe à equipe de transplante a decisão de transplantar.
 - (E) familiares com parentesco de até 4º grau, não necessitando de autorização judicial.
22. A amostra de soro de pacientes inscritos no cadastro técnico, empregada para cada realização de provas cruzadas com eventuais doadores, deve ser renovada no laboratório de imunogenética a cada
- (A) 90 dias.
 - (B) 40 dias.
 - (C) 50 dias.
 - (D) 70 dias.
 - (E) 30 dias.
23. O transplante do tecido ocular deverá ser realizado em caixa apropriada, aprovada pela ANVISA, mantendo a temperatura
- (A) menor que 5 °C.
 - (B) entre 2° a 8 °C.
 - (C) entre 10° a 15 °C.
 - (D) entre 17° a 20 °C.
 - (E) a 0 °C.
24. O exame complementar utilizado no protocolo de morte encefálica deve constatar inequivocadamente
- (A) sangramento intraparenquimatoso.
 - (B) edema cerebral.
 - (C) ausência de fluxo sanguíneo ou atividade elétrica cerebral.
 - (D) presença de isquemia cerebral discreta.
 - (E) ausência de reflexo patelar.
25. Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina 1.480/97, o intervalo de tempo a ser respeitado entre o primeiro e o segundo exame clínico necessários para caracterização da morte encefálica em crianças de 1 ano a 2 anos é de
- (A) 6 horas.
 - (B) 24 horas.
 - (C) 48 horas.
 - (D) 18 horas.
 - (E) 12 horas.
26. A abertura do protocolo de morte encefálica justifica-se em pacientes
- (A) que se encontram em fase terminal de doença constatada e assinada por dois médicos diferentes que não atuem em equipes transplantadoras.
 - (B) que não respondam aos tratamentos convencionais e aos protocolos institucionais, sendo que as famílias manifestem o desejo de doar os órgãos e tecidos dos respectivos familiares.
 - (C) sem quadro clínico de coma.
 - (D) que se encontram em coma grave, em fase de decorticação, que não estejam sobre efeito de sedativos, em hipotermia e sem reflexo oculomotor.
 - (E) em coma escala Glasgow 3, que não estejam sobre efeito de sedativos, em hipotermia e que a causa do coma seja conhecida.
27. Segundo a Portaria nº 2.600/2009 do Ministério da Saúde, os exames obrigatórios que deverão ser realizados nos doadores de órgãos falecidos são:
- (A) HIV, HTLV I e II, HbsAg, AntiBHs, Anti_HBc total e Anti-HCV, sífilis e doença de Chagas.
 - (B) HIV, AntiHBs, Anti-HBc total, Anti-HCV, Toxoplas-mose e Citomegalovirus.
 - (C) HIV, HbsAg, AntiHBs, Anti-HBc total e Anti-HCV.
 - (D) HIV, AntiHBs, Anti-HBc total, Anti-HCV, Toxoplas-mose e Citomegalovirus, Chagas e Sífilis.
 - (E) HIV, AntiHBs, Anti-HBc total, Anti-HVC, Citome-galovirus, Chagas e Sífilis.
28. Levando-se em conta o conceito de *mismatch* no sistema HLA, o doador que apresenta a menor incompatibilidade possível com o receptor é
- (A) 0 *mismatch*.
 - (B) 2 a 3 *mismatch*.
 - (C) 3 a 4 *mismatch*.
 - (D) 4 a 5 *mismatch*.
 - (E) 6 *mismatch*.
29. A sequência de retirada dos órgãos da cavidade torácica e abdominal do doador de múltiplos órgãos é:
- (A) pulmão, coração, fígado, rins, pâncreas e córneas.
 - (B) coração, pulmão, fígado, pâncreas, rins e córneas.
 - (C) coração, pulmão, rins, fígado, pâncreas e córneas.
 - (D) pulmão, coração, pâncreas, rins, fígado e córneas.
 - (E) coração, pâncreas, rins, pulmão, fígado e córneas.
30. É um critério a ser considerado para selecionar os re-ceptores de rins a
- (A) compatibilidade ABO.
 - (B) compatibilidade HLA e identidade ABO.
 - (C) compatibilidade anatômica e tempo de espera.
 - (D) idade.
 - (E) MELD/PELD.



31. Na manutenção hemodinâmica do potencial doador de órgãos, a pressão arterial média mínima a ser alcançada, segundo protocolos da Associação de Medicina Intensiva Brasileira AMIB, é
- (A) > 50 mmHg.
 (B) > 100 mmHg.
 (C) > 80 mmHg.
 (D) > 65 mmHg.
 (E) > 150 mmHg.
32. São agentes vasopressores e inotrópicos de primeira escolha a ser utilizados durante a ressuscitação hemodinâmica do potencial doador, segundo recomendações AMIB:
- (A) dobutamina, atropina e apresolina.
 (B) isoproterenol, pentoxilina e atropina.
 (C) triancinolona, pentoxilina e dopamina.
 (D) noradrenalina, adrenalina ou dopamina.
 (E) aldomet, dopamina e atropina.
33. No potencial doador, o tratamento do *diabetes insipidus* deve contemplar
- (A) somente soro fisiológico 0,9%.
 (B) somente noradrenalina e atropina.
 (C) acetato de desmopressina (DDAVP) e vasopressina.
 (D) cortisona.
 (E) depamina e atropina.
34. Segundo a Portaria nº 2.600/97, do Ministério da Saúde, as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) são classificadas da seguinte forma:
- (A) CIHDOTT 1: hospitais com mais de 80 leitos;
 CIHDOTT 2: hospitais com menos de 80 leitos.
 (B) CIHDOTT 1: hospitais que possuem somente Pronto-Socorro;
 CIHDOTT 2: hospitais que possuem Pronto-Socorro e Unidade Terapia Intensiva.
 (C) CIHDOTT 1: hospitais de transplante;
 CIHDOTT 2: hospitais notificadores.
 (D) CIHDOTT 1: hospital com até 200 óbitos/ano;
 CIHDOTT 2: hospitais com 200 à 1.000 mil óbitos/ano e
 CIHDOTT 3: hospital com mais de 1.000 óbitos/ano.
 (E) CIHDOTT 1: hospitais com até 100 óbitos/ano;
 CIHDOTT 2: hospitais com 200 a 500 óbitos/ano e
 CIHDOTT 3: hospitais com mais de 500 óbitos/ano.
35. A Portaria nº 2.600/97, do Ministério da Saúde estabelece que poderão receber os órgãos de um potencial doador
- (A) qualquer pessoa brasileira ou estrangeira.
 (B) somente brasileiros.
 (C) brasileiros e estrangeiros com visto de residência.
 (D) brasileiros filhos de brasileiros.
 (E) brasileiros em pleno exercício de seus direitos civis e políticos.
36. São critérios absolutos de exclusão de potenciais doadores de órgãos:
- (A) HIV; HTLV I e II; Tuberculose e Sepsis refratária.
 (B) hepatite B; hepatite C e tumor primário no sistema nervoso central.
 (C) *diabetes mellitus*; HIV; sífilis e chagas.
 (D) HIV; HTLV I e II; hepatite B e hepatite C.
 (E) etilista crônico; fumante e hipertenso.
37. Transplante de rim preemptivo refere-se ao transplante
- (A) dos rins em bloco.
 (B) que utiliza técnica cirúrgica a laser mediante circunstâncias específicas.
 (C) em paciente que não iniciou tratamento substitutivo de função renal.
 (D) inter-vivo, neste caso, de pai para filho.
 (E) entre irmãos gêmeos não idênticos.
38. A validade do exame para calcular o MELD acima de 25 é de
- (A) 3 meses.
 (B) 1 mês.
 (C) 60 dias.
 (D) 45 dias.
 (E) 7 dias.
39. Além das Centrais Estaduais de Transplante, são os principais componentes do Sistema Nacional de Transplantes (SNT):
- (A) Conselho do Desenvolvimento e Inovação em Áreas Estratégicas; Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana; Central Nacional de Transplantes; Organização de Procura de Órgãos e CIHDOTT.
 (B) Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes; Câmaras Técnicas; Central Nacional de Transplantes; Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana; Organização de Procura de Órgãos e CIHDOTT.
 (C) Conselho do Desenvolvimento e Inovação em Áreas Estratégicas; Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana; Organização de Procura de Órgãos e CIHDOTT.
 (D) Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes; Câmaras Técnicas; Central Nacional de Transplantes; Conselho do Desenvolvimento e Inovação em Áreas Estratégicas; Organização de Procura de Órgãos e CIHDOTT.
 (E) Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes; Câmaras Técnicas; Central Nacional de Transplantes; Organização de Procura de Órgãos e CIHDOTT.
40. Ao preencher um atestado de óbito de um paciente que foi diagnosticado em morte encefálica (ME), devem constar, no formulário, a data e o horário
- (A) do exame complementar.
 (B) do último exame clínico.
 (C) do último exame do protocolo de ME.
 (D) da parada cardíaca.
 (E) da entrevista familiar.



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA

**QUESTÃO 3**

Este é um trecho do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Doença de Alzheimer.

A Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. Embora não haja cura para DA, a descoberta de que é caracterizada por déficit colinérgico resultou no desenvolvimento de tratamentos medicamentosos que aliviam os sintomas.

O diagnóstico da DA é de exclusão e segue os critérios do National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDSADRDA).

Os Inibidores da acetilcolinesterase representam a principal linha de tratamento da DA. As revisões chegam a conclusões similares em certas doses testadas. Comparados com placebo, os inibidores da colinesterase revelaram efeitos consistentes. Revisões da Cochrane Collaboration de cada um dos inibidores da colinesterase já foram completadas e publicadas. Há vinte e três estudos com donepezila (5.272 pacientes randomizados), nove com rivastigmina (3.449 pacientes randomizados) e nove com galantamina (5.194 pacientes randomizados). O objetivo da maioria destes estudos é avaliar a eficácia e a tolerabilidade do inibidor da colinesterase entre os grupos tratados e placebo ao longo de 3 ou 6 meses. Apenas 46% dos ensaios clínicos randomizados discutiram a significância clínica dos seus resultados, sendo que a maioria das medidas de significância clínica era baseada em opinião.

As revisões chegam a conclusões similares: em certas doses testadas, nas mais altas do que nas mais baixas, os inibidores da colinesterase mostram maior eficácia sobre a função cognitiva, atividades de vida diária, comportamento e estado clínico global, comparada a do placebo, bem como mais efeitos adversos, como náusea, anorexia, vômitos, cefaleia e dor abdominal, associados com o inibidor da colinesterase do que com o placebo.

Com base no texto, retirado dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, pergunta-se:

a. Qual é o objetivo da elaboração de diretrizes médicas?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Redação Definitiva

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |



b. Quais foram os métodos de coleta de evidências para estabelecer a opção terapêutica?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Redação Definitiva

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

c. Se você fosse planejar um estudo para obter um alto grau de recomendação e força de evidência para os medicamentos propostos, como organizaria?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Redação Definitiva

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |



- d. Para a dispensação de medicamentos específicos, há a necessidade de termo de esclarecimento e responsabilidade. Considerando as informações fornecidas, escreva um modelo do referido termo para a prescrição, usando medicamento inibidor da acetilcolinesterase como exemplo.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

RASCUNHO

Redação Definitiva

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA