



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
CONCURSO PÚBLICO – MÉDICOS – EDITAL Nº 005/2009
NÍVEL SUPERIOR
ENDOSCOPIA

INSTRUÇÕES GERAIS

- I. Nesta prova, você encontrará 5 (cinco) páginas numeradas sequencialmente, contendo 50 (cinquenta) questões correspondentes às seguintes disciplinas: Conhecimentos Específicos (40 questões) e Conhecimentos Gerais (10 questões).
- II. Verifique se seu nome e número de inscrição estão corretos no cartão de respostas. Se houver erro, notifique o fiscal.
- III. Assine e preencha o cartão de respostas nos locais indicados, com caneta azul ou preta.
- IV. Verifique se a impressão, a paginação e a numeração das questões estão corretas. Caso observe qualquer erro, notifique o fiscal.
- V. Leia atentamente as questões e escolha a alternativa que mais adequadamente responde a cada uma delas.
- VI. Você dispõe de 3h30min (três horas e trinta minutos) para fazer esta prova. Faça-a com tranquilidade, mas controle o seu tempo. Reserve os 20 (vinte) minutos finais para marcar o cartão de respostas.
- VII. O candidato só poderá retirar-se do setor de prova 1(uma) hora após seu início.
- VIII. Marque o cartão de respostas cobrindo fortemente o espaço correspondente à letra a ser assinalada, conforme o exemplo no próprio cartão de respostas.
- IX. A leitora óptica não registrará as respostas em que houver falta de nitidez e/ou marcação de mais de uma alternativa.
- X. O cartão de respostas não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado. Exceto sua assinatura, nada deve ser escrito ou registrado fora dos locais destinados às respostas.
- XI. Ao terminar a prova, entregue ao fiscal o cartão de respostas e este caderno. As observações ou marcações registradas no caderno não serão levadas em consideração.
- XII. O caderno de questões será disponibilizado no site www.ibfc.org.br.
- XIII. É terminantemente proibido o uso de telefone celular, pager ou similares.

Boa Prova!

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 1) **Paciente masculino com 62 anos, fumante há 50 anos, procurou posto de saúde apresentando há 3 dias hemoptise. Após consulta, foi solicitada radiografia do tórax em PA e Perfil que mostrou atelectasia do lobo superior do pulmão direito. Refere tosse acompanhando o quadro que se iniciou há um mês. Trata-se de**
 - a) lesão visível de câncer pulmonar em estágio final, pois a hemoptise é o sinal mais comum na doença avançada e a broncofibroscopia terá poucas chances de confirmar o diagnóstico.
 - b) lesão visível à broncofibroscopia que confirmará o diagnóstico e auxiliará no estadiamento.
 - c) lesão não visível à broncofibroscopia e a biópsia confirmará o diagnóstico.
 - d) lesão não visível à broncofibroscopia e a escovagem e citologia confirmarão o diagnóstico em cerca de 60% dos casos.
- 2) **Paciente masculino com 70 anos, fumante há 50 anos, procurou posto de saúde apresentando há 1 mês dor torácica de forte intensidade, que piora com a respiração, acompanhada de tosse. Refere que já fez uso nos últimos 15 dias de medicamentos para a dor e que não sabe informar o nome, com resultado muito insatisfatório. A radiografia do tórax mostra massa, sólida, de 6cm de diâmetro em contato com a parede lateral do hemitórax esquerdo. Trata-se de**
 - a) lesão visível à broncofibroscopia e a biópsia confirmará o diagnóstico.
 - b) lesão não visível e a broncofibroscopia não está indicada devido ao seu baixo rendimento diagnóstico.
 - c) lesão não visível à broncofibroscopia e esta deve ser realizada, pois poderá fornecer informações sobre o estadiamento.
 - d) lesão visível à broncofibroscopia e a escovagem e citologia confirmarão o diagnóstico.
- 3) **A segmentação da árvore traqueobrônquica à direita corresponde a**
 - a) 9 segmentos, sendo 2 no lobo superior e 3 no lobo médio.
 - b) 9 segmentos, sendo 3 no lobo superior e 4 no lobo inferior.
 - c) 10 segmentos, sendo 2 no lobo superior e 6 no lobo inferior.
 - d) 10 segmentos, sendo 2 no lobo médio e 5 no lobo inferior.
- 4) **A segmentação da árvore traqueobrônquica à esquerda corresponde a**
 - a) 10 segmentos, sendo 2 no lobo superior e 6 no lobo inferior.
 - b) 10 segmentos, sendo 6 no lobo superior e 2 no lobo inferior.
 - c) 9 segmentos, sendo 2 no lobo superior e 3 na língua.
 - d) 9 segmentos, sendo 3 no lobo superior e 4 no lobo inferior.
- 5) **Assinale a alternativa que contém apenas indicações da broncoscopia:**
 - a) tosse persistente, coagulopatias, estridor, paralisa diafragmática.
 - b) rouquidão, hemoptise, instabilidade cardiopulmonar, estenose da via aérea inferior.
 - c) suspeita de corpo estranho, atipias celulares no escarro, queimaduras térmicas e químicas da via aérea inferior.
 - d) hipoxemia grave, paralisa de corda vocal, pneumotórax persistente, fistulas broncopleurais no pós-operatório em cirurgia de ressecção pulmonar.

- 6) **As vantagens da broncofibroscopia em relação a broncoscopia rígida são:**
- fragilidade do equipamento, conforto ao doente, visibilização dos segmentos brônquicos.
 - aspiração à beira do leito, hemoptise maciça, realização possível durante ventilação artificial.
 - biópsia transbrônquica, anestesia tópica com sedação, braquiterapia.
 - canal de trabalho estreito, anestesia geral, dilatação de estreitamentos.
- 7) **São procedimentos terapêuticos realizados por meio da broncoscopia rígida:**
- biópsia brônquica, retirada de corpo estranho.
 - biópsia transbrônquica, terapia fotodinâmica.
 - braquiterapia, dilatação de estreitamentos.
 - manejo da hemoptise maciça, incremento no diagnóstico do câncer pulmonar.
- 8) **Sobre a aspiração de corpo estranho, é correto afirmar que**
- é mais frequente em adolescentes e adultos jovens.
 - é assintomática e negligenciada no primeiro atendimento.
 - a radiografia de tórax é normal na maioria dos casos.
 - é mais comum para a árvore traqueobrônquica à direita.
- 9) **São sinais e sintomas da aspiração de corpo estranho, exceto:**
- hemoptise e atelectasia.
 - pneumotórax e hiperinsuflação de lobo ou do pulmão.
 - tosse crônica e pneumonia recorrente na mesma área pulmonar.
 - aumento unilateral dos ruídos respiratórios.
- 10) **Quanto às complicações na aspiração de corpo estranho, é correto afirmar que**
- a pneumonia é mais frequente nos casos de curta permanência do corpo estranho, até dois dias.
 - nos casos em que a permanência é longa, meses ou anos, ocorrem destruições pulmonares.
 - a hemoptise é o sinal que ocorre em todos os casos de longa permanência.
 - o tratamento clínico das pneumonias resolve a maioria dos casos de curta permanência.
- 11) **São indicações da aspiração transbrônquica por agulha, exceto:**
- diagnóstico de adenopatia mediastinal, estadiamento do carcinoma broncogênico.
 - lesões endobrônquicas necróticas, lesões endobrônquicas hemorrágicas.
 - compressão extrínseca da via aérea, doença invadindo a submucosa.
 - nódulos periféricos, lesões intersticiais.
- 12) **Sobre a aspiração transbrônquica por agulha, é correto afirmar que**
- não colabora para a redução da necessidade de realização de mediastinoscopia.
 - permite a obtenção de tecido mais profundo e de áreas extraluminais da árvore traqueobrônquica.
 - o custo do diagnóstico de doenças pulmonares aumenta com sua realização.
 - os resultados são ruins quando é realizada em doenças benignas.
- 13) **São preditores de resultado positivo na aspiração transbrônquica por agulha, exceto:**
- linfonodo subcarinal maior que 2cm de diâmetro.
 - envolvimento carinal pela doença.
 - tumor endobrônquico visível.
 - linfonodos menores que 1cm de diâmetro.
- 14) **É complicação tardia do procedimento de traqueostomia percutânea a (o)**
- sangramento
 - estenose laringo-traqueal
 - ruptura da parede traqueal
 - fístula traqueoesofágica
- 15) **Sobre a traqueostomia percutânea, podemos afirmar que**
- é segura e tem taxas de complicações iguais ou menores que o procedimento cirúrgico.
 - não deve ser realizada à beira do leito, pois ocorre incremento nas taxas de complicações.
 - é procedimento cirúrgico e deve ser realizada por cirurgiões.
 - pode ser realizada em qualquer altura da traquéia.
- 16) **Sobre o controle endoscópico na traqueostomia percutânea, podemos afirmar que**
- deve ser realizado após a traqueostomia percutânea.
 - o controle endoscópico deve ser realizado durante a traqueostomia percutânea.
 - o controle endoscópico não elimina complicações potenciais do procedimento.
 - não há a necessidade de controle endoscópico na traqueostomia percutânea.
- 17) **Paciente masculino com 34 anos, história de alcoolismo, febre vespertina de 38,5°, emagrecimento de 12kg neste último mês, antes pesava 55kg. Ao exame físico: PA=60X40mmHg, taquicárdico, dispnéico, desidratado 3++/4+. A radiografia torácica apresenta radiopacidade arredondada, com 5cm de diâmetro, localizada em segmento da pirâmide basal direita e com aspecto pneumônico ao redor da lesão. A tomografia computadorizada do tórax mostra conteúdo líquido espesso preenchendo toda a lesão. A melhor conduta para o caso clínico acima é:**
- antibioticoterapia, hidratação endovenosa, drogas vasoativas.
 - terapêutica broncodilatadora, antibioticoterapia, drenagem percutânea.
 - antibioticoterapia, hidratação venosa, drenagem endobrônquica.
 - antibioticoterapia, terapêutica broncodilatadora, drogas vasoativas.

- 18) Paciente masculino com 36 anos, história de alcoolismo, febre vespertina de 38,5°, emagrecimento e escarro hemóptico há 3 meses. Foi presidiário e conviveu com pessoas que tiveram tuberculose pulmonar. Chegou ao pronto socorro com hemoptise moderada, referindo que já havia sangrado muito mais, cerca de um copo de 250ml nas últimas 24 horas. Na sala de emergência apresentou sangramento de 600ml, quantificado pelo acompanhante e equipe de enfermagem. Ao exame físico; PA=50X30mmHg, taquicárdico, taquidispnéico. A melhor conduta para o caso clínico acima é:
- estabilização hemodinâmica, antibióticoterapia, correção dos distúrbios hematológicos.
 - estabilização hemodinâmica, broncoaspiração endoscópica, transfusão sanguínea.
 - acesso venoso, estabilização hemodinâmica, lavagem endoscópica com soro fisiológico gelado.
 - acesso venoso, antibióticoterapia, ressecção pulmonar em regime de urgência.
- 19) A estenose traqueal se associa mais frequentemente
- a processo infeccioso traqueal.
 - à história de intubação orotraqueal prolongada.
 - à obstrução por tumor é frequente.
 - a traumas cervicais externos.
- 20) Paciente masculino com 22 anos, apresenta estridor alto, dispnéia e confirmação por traqueoscopia de estenose com 30% de luz e 2cm de extensão, localizada no terço médio da traquéia cervical. Tratado com dilatação por broncoscopia rígida e colocação de tubo de Montgomery. Para o caso clínico acima, assinale a melhor recomendação:
- O paciente deverá ficar com o tubo de Montgomery por 3 a 6 meses antes da programação de qualquer outro procedimento.
 - O tubo de Montgomery não será trocado em nenhum momento do tratamento, passando por revisão mensal.
 - A maioria dos pacientes tratados por dilatação não necessitam permanecer com o tubo de Montgomery, de modo que o mesmo deve ser retirado logo após o procedimento.
 - O paciente deverá ficar com o tubo de Montgomery por 2 a 3 semanas antes da programação de qualquer outro procedimento.
- 21) Nos endoscópios flexíveis, os testes de infiltração devem ser realizados
- duas vezes por semana.
 - durante o exame.
 - após cada exame e antes da desinfecção.
 - uma vez por semana.
- 22) Os aparelhos endoscópicos flexíveis devem ser armazenados
- em posição vertical, úmidos e à luz solar.
 - secos, em posição vertical com local arejado e sem luz solar.
 - secos e nas malas da embalagem de fábrica.
 - em posição horizontal, secos e à luz solar.
- 23) A alternativa que descreve o equipamento completo para a realização de uma vídeo endoscopia com todos os recursos é:
- monitor, fonte de luz, vídeo cassete, vídeo printer, estabilizadores de voltagem e aspirador cirúrgico.
 - estabilizadores de voltagem, vídeo cassete e fonte de luz.
 - monitor, vídeo printer e aspirador cirúrgico.
 - monitor, fonte de luz e estabilizador de voltagem.
- 24) As complicações da colangiopancreatografia endoscópica ocorrem em aproximadamente 10% dos casos. As principais complicações em ordem de frequência são:
- pancreatite; hemorragia; sepse; perfuração.
 - sepse; hemorragia; pancreatite; perfuração.
 - pancreatite; sepse; perfuração; hemorragia.
 - hemorragia; pancreatite; perfuração; sepse.
- 25) A principal indicação para colangiopacreatografia endoscópica é a
- colangite aguda.
 - pancreatite aguda biliar.
 - litíase da via biliar principal.
 - avaliação pós-cirúrgica da colicistectomia laparoscópica.
- 26) O reprocessamento dos endoscópios flexíveis passa por algumas etapas antes de ser armazenado. Podemos afirmar que
- a limpeza é apenas uma das etapas do reprocessamento e deve ser após o processo de desinfecção.
 - a limpeza é a etapa mais importante do reprocessamento e deve preceder o processo de desinfecção.
 - a limpeza do aparelho deve ser superficial para não danificar o aparelho, mesmo porque não remove agentes infecciosos.
 - as etapas do reprocessamento são na seqüência: desinfecção, secagem, limpeza residual e armazenamento horizontal.
- 27) Durante uma colonoscopia diagnóstica, a retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) diferencia-se da Doença de Crohn por
- acometer a mucosa com lesões salteadas.
 - apresentar comprometimento ulcerativo intenso no íleo terminal.
 - abranger mais os seguimentos distais e de modo homogêneo.
 - apresentar lesões extensas e longitudinais entremeadas por mucosa normal.
- 28) É contra-indicação relativa para uma colonoscopia a (o)
- perfuração intestinal.
 - embolia pulmonar recente.
 - megacólon tóxico.
 - sub-oclusão cólica.
- 29) A técnica adequada na colonoscopia é extremamente importante para evitarmos acidentes, sendo incorreto afirmar:
- A extensão do colonoscópio introduzido no cólon serve de orientação para sua localização anatômica.
 - O médico colonoscopista deve ser sempre auxiliado por um enfermeiro treinado e/ou por um médico assistente.
 - Durante a colonoscopia podemos usar várias manobras cuja combinação otimiza o procedimento: vaivém, rotação, angulação forçada, balanço, entre outros.
 - Às vezes a passagem do aparelho é feita às cegas. Este procedimento, porém, só é seguro se estivermos observando a mucosa deslizando sobre a ponta do aparelho com sua coloração normal e sem desconforto para o paciente.
- 30) Com relação à colonoscopia, é incorreto afirmar que
- a perfuração é a complicação mais grave na colonoscopia.
 - a gravidez é uma contra-indicação absoluta de colonoscopia.
 - uma das indicações terapêuticas da colonoscopia é a tunelização tumoral.
 - pacientes com diverticulose tem maior incidência de complicações na colonoscopia.

- 31) Sabemos que os carcinomas do esôfago limitados ao epitélio são classificados em quatro tipos. As alterações de mucosa são mínimas ou quase ausentes podendo não ser detectadas pelo endoscopista. No **tipo IV** observa-se
- pequena lesão branca, elevada, isolada e bem diferenciada da mucosa adjacente.
 - lesão deprimida, vermelha, difícil de distinguir do epitélio adjacente.
 - superfície com padrão reticular quando corado com azul de toluidina a 1%.
 - mucosa normal, sendo sua detecção feita por citologia esfoliativa ou colorações vitais com lugol ou azul de toluidina.
- 32) Com relação à ingestão de substâncias corrosivas, é **incorreto** afirmar que
- no atendimento imediato devemos provocar vômitos para evitar lesões gástricas mais extensas.
 - a esofagoscopia é o exame mais indicado na fase aguda.
 - o exame radiológico é mais indicado na fase de cura (após o 10º dia).
 - o uso de sonda nasogástrica é aconselhável logo após a ingestão ou na primeira esofagoscopia. Isto permite aspiração do estômago, alimentação e impede a oclusão total do esôfago.
- 33) O momento para intervir em um corpo estranho no aparelho digestório é determinado pela potencialidade do mesmo em causar complicações e pela sua localização. Baseados neste enunciado, podemos dizer que
- cápsulas de cocaína devem ser abordadas endoscópicamente o mais rápido possível devido ao risco de ruptura e suas complicações fatais.
 - corpo estranho esofágico pode ser deixado por até 48 horas sem que haja risco de complicações.
 - está bem estabelecido que nunca uma bateria (pilha) deve ser deixada no esôfago, sendo considerada uma emergência devido à ação danosa e rápida sobre a mucosa.
 - os corpos estranhos impactados na faringe tem como sintoma mais importante a disfagia, enquanto os impactados no esôfago provocam principalmente odinofagia.
- 34) Com relação ao megaesôfago é **incorreto** dizer que
- a esofagite de estase é produzida pela irritação crônica consequente a estase alimentar nos casos avançados de longa duração.
 - a estase alimentar com permanente irritação da mucosa esofágica é um fator predisponente ao carcinoma do esôfago.
 - a esofagite de refluxo é comum no megaesôfago não tratado sendo sempre uma complicação grave.
 - a escolha entre tratamento endoscópico ou cirúrgico da esofagopatia chagásica depende da fase evolutiva da doença.
- 35) Lesão neoplásica gástrica ulcerada, bem localizada com bordos elevados, irregulares e fundo sujo (necrose). Esta lesão é classificada como
- úlcera neoplásica Sakita A2.
 - úlcera neoplásica Forrest III.
 - neoplasia precoce tipo IIc + III.
 - úlcera neoplásica Bormann II.
- 36) O local de maior incidência de úlcera gástrica maligna é a
- região pré-pilórica.
 - transição da mucosa entre o corpo e antro, principalmente na incisura angularis.
 - grande curvatura.
 - porção alta do fundo gástrico.
- 37) A classificação de _____ para úlceras gastroduodenais é de extrema importância para definir a probabilidade de _____ .
A alternativa que completa, respectivamente, a frase acima é:
- Bormann – perfuração.
 - Forrest – ressangramento.
 - Sakita – malignização.
 - Yamada – cicatrização.
- 38) Com relação à hemorragia digestiva alta (HDA), é **incorreto** afirmar que
- o volume e a precocidade das transfusões sanguíneas não guardam relação com a morbimortalidade dos pacientes com HDA.
 - existe um pior prognóstico nos pacientes que apresentam HDA durante uma internação para tratamento de outras patologias.
 - os sinais vitais na admissão de um paciente com HDA são ótimos indicadores para o prognóstico.
 - a morbimortalidade da HDA aumenta de 3 a 4 vezes nos pacientes com mais de 60 anos.
- 39) As características da lesão ulcerada à endoscopia permitem grandes informações prognósticas em relação ao ressangramento. Sobre este aspecto, é **incorreto** afirmar:
- Estudos mostram que as úlceras geralmente sangram de um vaso na sua base, geralmente uma artéria que é erodida pelo processo ácido-péptico.
 - Úlceras com mais de 2 cm de diâmetro têm baixo sucesso na hemostasia endoscópica.
 - Úlceras com coágulo sentinela, vaso visível ou sangramento em “jato” têm prognósticos semelhantes e devem ser tratadas do mesmo modo.
 - Úlceras volumosas e profundas (>1cm), são associadas a maior ressangramento e mortalidade.
- 40) Sabemos que a abordagem adequada de um paciente com hemorragia digestiva alta é de suma importância para o sucesso terapêutico. Portanto, é **incorreto** dizermos que
- uma vez identificada pelo endoscopista a presença de sangramento ativo, coágulos frescos ou vasos visíveis, torna-se necessária a terapia endoscópica.
 - a colocação de sondas nasogástrica deve ser evitada, pois, além de atrapalhar a endoscopia de urgência, pode desencadear novo sangramento caso este tenha cessado.
 - na hemorragia digestiva alta, é necessário que prontamente sejam tomadas medidas de correção e manutenção das condições hemodinâmicas do paciente, com atenção especial ao volume sanguíneo circulante.
 - na terapia endoscópica podem ser usadas técnicas como eletrocoagulação, cateterização mono ou bipolar, laserterapia, termocoagulação, esclerose ou colocação de “clips” metálicos.

CONHECIMENTOS GERAIS

- 41) No atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, a prioridade deve ser
- a realização de boletim de ocorrência.
 - a assistência médica.
 - a assistência psicológica.
 - a notificação do caso à autoridade sanitária.
- 42) Não é uma doença ou agravo de notificação compulsória, no estado de São Paulo,
- a histoplasmose.
 - a hipertermia maligna.
 - o acidente ofídico.
 - a intoxicação por agrotóxico.

- 43) Paciente de 46 anos foi resgatado, dois dias antes da internação, de edifício em chamas e evoluiu com cefaléia, tontura e dispnéia, juntamente com elevação dos níveis da carboxi-hemoglobina. O quadro se agravou progressivamente e há 3 horas passou o paciente a apresentar dor precordial intensa e elevação do segmento ST, vindo a falecer. No atestado de óbito, no item I, linha c (causa básica) e intervalo, devem constar, respectivamente,
- insuficiência coronariana crônica, indefinido.
 - infarto agudo do miocárdio, 3 horas.
 - intoxicação por monóxido de carbono, 2 dias.
 - insuficiência respiratória aguda, 3 dias.
- 44) De acordo com o novo Código de Ética Médica, é falso afirmar que
- deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde é vedado ao médico
 - fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, sem que seja autorizado por este ou por seu representante legal, é vedado ao médico.
 - impedir, por qualquer motivo que não seja de natureza técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção sejam utilizados por outros médicos, é vedado ao médico.
 - intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, em situações distintas da terapia gênica, pode excepcionalmente ser permitido ao médico.
- 45) Tomando por base a Lei Orgânica do Município de Campinas, Seção II, da Saúde, pode-se afirmar que
- o Município assegurará acesso à educação e à informação sobre os métodos contraceptivos adequados ao planejamento familiar, respeitando as opções individuais.
 - aos conselhos locais de saúde, entre outras competências, cabe acompanhar e controlar o Fundo Municipal de Saúde.
 - ao Conselho Municipal de Saúde compete definir as prioridades de Saúde em cada unidade de Saúde.
 - a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, é permitida em situações de emergência.
- 46) De 2002 a 2006, os gastos do Ministério da Saúde com o financiamento da aquisição de medicamentos aumentaram em 123,9%, enquanto o aumento do gasto total do Ministério da Saúde foi de apenas 9,6% no mesmo período. Estes dados
- caracterizam inadequada definição de prioridades da gestão do SUS.
 - são compatíveis com o princípio da integralidade do SUS.
 - contrariam princípios fundamentais do SUS, como o da universalidade e igualdade.
 - não são compatíveis com os princípios de diretrizes do SUS, tratados na lei orgânica da Saúde, mas caracterizam avanço decorrente da participação popular.
- 47) Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, o trecho: A atuação das equipes de saúde da família se baseia na _____, que trabalha com território definido e que fica responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a essa área. O agente comunitário de saúde pode acompanhar um número mínimo de 400 e máximo de 750 habitantes residentes em um (uma) _____
- área de abrangência, micro-área.
 - territorialização, distrito.
 - territorialização, área de abrangência.
 - distritalização, micro-área
- 48) Estão incluídas no campo de atuação do SUS, EXCETO:
- ações de saúde do trabalhador.
 - ações de vigilância sanitária
 - ações de vigilância nutricional e orientação alimentar.
 - ações de organização dos centros de controle de zoonoses.
- 49) Entre as políticas de Saúde no Brasil, destaca-se o Programa Nacional de Imunizações. Entre as condições que caracterizam este programa, não se inclui
- a baixa cobertura vacinal contra a hepatite B.
 - a campanha nacional de vacinação, voltada, em cada ocasião, para diferentes faixas etárias.
 - a alta cobertura vacinal contra a poliomielite.
 - o estímulo à produção nacional de vacinas.
- 50) Sobre Educação em Saúde, é falso afirmar:
- A estratégia da educação permanente não se mostrou adequada para superar os problemas observados nas diferentes ações do SUS.
 - A formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação dos trabalhadores do SUS é responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde.
 - Uma das características da gestão da Educação na Saúde é o apoio às instâncias de preparação de profissionais da área da Saúde e a busca da integração dos setores da Saúde e da Educação para o fortalecimento das instituições formadoras, no interesse do SUS.
 - Uma das estratégias do Ministério da Saúde, na área da Educação na Saúde, é o desenvolvimento de redes colaborativas em articulação com as instituições de ensino e pesquisa do país.