

GRUPO INFECTOLOGIA

(Médico - Infectologia; Médico - Infectologia Hospitalar)

NÍVEL SUPERIOR TIPO 1 – BRANCA

CÓDIGO CONTROLE - 10



SUA PROVA

- Além deste caderno contendo **60 (sessenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala a Folha de Respostas.
- As questões objetivas têm **5 (cinco)** opções de resposta (A, B, C, D e E) e somente uma delas está correta.



TEMPO

- Você dispõe de **4 (quatro) horas** para a realização da prova, já incluído a leitura das instruções, a coleta de digital e o tempo para o preenchimento da Folha de Respostas.
- **2 (duas) horas** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, **levando o caderno de questões**.



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova; anotar informações/respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de questões; levantar da cadeira sem autorização; usar o sanitário ao término da prova.



INFORMAÇÕES GERAIS

- Verifique se seu caderno de questões está completo, sem repetição de questões ou falhas; confira o grupo e nome do seu cargo, cor e tipo do caderno de questões constantes nesta capa e na sua Folha de Respostas; confira também seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preencher a Folha de Respostas; em caso de inconsistência(s), **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências, bem como o devido registro na ata de sala.
- Para o preenchimento da Folha de Respostas, use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.
- Assine seu nome apenas nos espaços reservados na Folha de Respostas.
- O preenchimento da Folha de Respostas é de sua responsabilidade e, por isso, reserve tempo suficiente para fazê-lo. **Não será permitida a troca de Folha de Respostas em caso de erro cometido por você.**
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na Folha de Respostas.
- A FGV coletará suas impressões digitais na lista de presença.
- Durante a realização da prova, você será submetido ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída da sala.
- **Boa prova!**

CONHECIMENTOS BÁSICOS

Língua Portuguesa

Atenção! O Texto 1 refere-se às três próximas questões.

Texto 1

Problemas da Medicina

Um dos principais desafios da Medicina é a digitalização da saúde. Com o avanço da tecnologia, os prontuários eletrônicos se tornaram comuns, permitindo uma gestão mais eficiente das informações dos pacientes.

No entanto, a implementação e a integração de sistemas digitais em larga escala podem ser complexas e demandam recursos significativos. Sem contar a necessidade de especialização e qualificação por parte de profissionais que, outrora, não lidavam com questões tecnológicas.

Além disso, a segurança dos dados de saúde é uma preocupação constante, pois é necessário garantir a proteção das informações sensíveis dos pacientes contra violações e ataques variados, além de possíveis perdas de materiais essenciais para a vida dessas pessoas.

1

O problema da digitalização na área da saúde traz consigo uma série de dificuldades, entre as quais podem ser citadas as seguintes, **à exceção de uma**. Assinale-a.

- (A) O alto volume de recursos a serem empregados.
- (B) A falta de especialização tecnológica dos profissionais da saúde.
- (C) A carência de profissionais em questões tecnológicas.
- (D) O risco de vazamento das informações sobre os pacientes.
- (E) A perda de materiais essenciais, o que geraria duplicidade de gastos.

2

Sobre a estruturação do Texto 1, assinale a afirmação correta.

- (A) Os três parágrafos do texto não mostram relações lógicas entre eles, materializadas em conectores.
- (B) O primeiro parágrafo apresenta o tema, enquanto o segundo indica dificuldades do processo, ao passo que o terceiro mostra preocupações com os profissionais da área.
- (C) Sendo um texto de caráter descritivo, cada um dos parágrafos explora características distintas do tema.
- (D) Alguns adjetivos do texto, como “complexas” e “variados” carecem de explicitação, o que torna o texto pouco objetivo.
- (E) Sendo um texto de caráter argumentativo, a tese do texto é a necessidade urgente de digitalização da saúde.

3

Assinale a frase na qual o termo sublinhado desempenha o papel de agente e não de paciente.

- (A) Um dos principais desafios da Medicina é a digitalização da saúde.
- (B) Com o avanço da tecnologia, os prontuários eletrônicos se tornaram comuns, permitindo uma gestão mais eficiente das informações dos pacientes.
- (C) No entanto, a implementação e a integração de sistemas digitais em larga escala podem ser complexas e demandam recursos significativos.
- (D) Sem contar a necessidade de especialização e qualificação por parte de profissionais que, outrora, não lidavam com questões tecnológicas.
- (E) Além disso, a segurança dos dados de saúde é uma preocupação constante, pois é necessário garantir a proteção das informações sensíveis dos pacientes.

Atenção. O Texto 2 refere-se às duas próximas questões.

Texto 2

A distribuição de médicos

O Brasil enfrenta desafios na distribuição de médicos, especialmente em áreas rurais e remotas. A falta de profissionais de saúde nessas regiões resulta em dificuldades de acesso aos cuidados médicos básicos.

Medidas estão sendo adotadas para incentivar a ida de médicos para áreas carentes, como o Programa Mais Médicos. No entanto, o desafio persiste em garantir uma distribuição equitativa e justa dos serviços de saúde em todo o país.

Em grandes centros, como é o caso da cidade de São Paulo, há uma grande oferta de profissionais nas mais diversas especialidades. Em cidades menores, como as regiões ribeirinhas, é difícil encontrar até mesmo médicos generalistas, ou especializados em áreas como Clínica Geral e Pediatria. Assim, estabelecer um equilíbrio nesse assunto é uma demanda urgente para os órgãos governamentais.

4

Sobre a distribuição de profissionais médicos pelo território nacional, é correto afirmar, segundo as informações presentes no texto, que

- (A) a falta de médicos em áreas rurais e remotas é devida ao difícil acesso, além de outras causas.
- (B) o Programa Mais Médicos leva profissionais de área urbana para as regiões mais afastadas.
- (C) um dos problemas da distribuição de médicos é a falta de especialização em doenças específicas das regiões.
- (D) a distribuição de médicos pelas regiões brasileiras ainda é um desafio para o governo.
- (E) os programas até agora adotados pelas autoridades da área médica são ineficientes.

5

A seguir, aparecem segmentos dos Textos 1 e 2, compostos por elementos ligados pela conjunção aditiva “e”.

O exemplo em que os termos ligados podem ser considerados sinônimos, é:

- (A) a implementação e a integração de sistemas digitais em larga escala... (Texto 1).
- (B) Sem contar a necessidade de especialização e qualificação por parte de profissionais... (Texto 1).
- (C) a proteção das informações sensíveis dos pacientes contra violações e ataques variados... (Texto 1).
- (D) O Brasil enfrenta desafios na distribuição de médicos, especialmente em áreas rurais e remotas. (Texto 2).
- (E) especializados em áreas como Clínica Geral e Pediatria. (Texto 2).

6

As frases a seguir se iniciam por uma metáfora, ou seja, uma comparação figurada entre dois termos.

Assinale a frase em que essa comparação **não** aparece explicada.

- (A) As palavras são os médicos de uma mente doente.
- (B) Chega de jogador mandioca, que fica plantado no meio de campo.
- (C) Futebol é como viaduto. Num dia estamos por cima. No outro, por baixo.
- (D) O cérebro é como um paraquedas: só funciona quando está aberto.
- (E) Uma cama de hospital, pelo preço, é como um táxi parado com o taxímetro acionado.

7

Observe a seguinte frase: “Um corpo débil debilita o espírito”.

A mesma correspondência entre débil / debilita aparece, respectivamente, em

- (A) livro / livraria.
- (B) doença / adoecer.
- (C) fraco / fraqueja.
- (D) bandido / bandidagem.
- (E) saúde / saudável.

8

Assinale a frase que se mostra inteiramente coerente.

- (A) Peguei um resfriado no parque; o portão estava aberto.
- (B) Leve seu cachorro para passear todos os dias, independente de ter ou não um.
- (C) Comida saudável é tudo o que se come antes do término da validade.
- (D) O jogo foi interrompido porque o chapéu de um dos telespectadores voou para a quadra.
- (E) Se eu morresse num hospital, eu o processaria.

Atenção. O Texto 3 a seguir refere-se às duas próximas questões.

Texto 3

A personalização dos cuidados médicos é um desafio, mas também uma perspectiva promissora. Cada indivíduo é único, com características genéticas, histórico médico e estilo de vida distintos, e a Medicina está se movendo em direção a uma abordagem mais personalizada.

Isso caminha lado a lado com a Medicina humanizada e a compreensão de que os pacientes não são doenças a serem tratadas, mas sim indivíduos com particularidades e estilos de vida que os levam a ter necessidades também variadas.

No entanto, a implementação prática dessa abordagem requer o acesso a tecnologias avançadas de diagnóstico, uma melhor compreensão dos fatores genéticos e ambientais e a capacidade de adaptar os tratamentos de acordo com as necessidades individuais.

9

Sobre a estruturação do Texto 3, assinale a afirmativa correta.

- (A) O tema discutido no texto é a personalização dos cuidados médicos, explicada no texto.
- (B) O segundo parágrafo não mostra uma ligação de sentido com o anterior, pois o pronome “isso” não tem antecedente.
- (C) O terceiro parágrafo tem a finalidade de explicar as dificuldades do processo de personalização dos cuidados médicos.
- (D) Apesar de a primeira frase do texto falar de “desafios” e de “uma perspectiva promissora”, o restante do texto não aborda esses temas.
- (E) A personalização dos cuidados médicos se concentra na maior dedicação dos médicos ao seu trabalho e na sua maior eficiência.

10

As frases a seguir mostram um termo sublinhado que se refere a um termo anterior (coesão).

Assinale a frase em que esse termo sublinhado se refere a um termo posterior.

- (A) Grande parte da saúde consiste em desejá-la em todos os momentos.
- (B) Dar nome a uma doença é apressar-lhe os avanços.
- (C) A verdade é esta: todos mentem para todos.
- (D) A maioria dos homens morre de seus remédios.
- (E) Você deve preparar a sua mente para o melhor da vida.

Legislação EBSE RH

11

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei Federal nº 12.550/2011.

A respeito de suas finalidades, analise as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- () Oferecer suporte ao Sistema Único de Saúde (SUS): a empresa contribui para o atendimento da população por meio dos hospitais universitários.
- () Administrar hospitais universitários federais: a Ebserh gerencia e aprimora a infraestrutura e os serviços dos hospitais vinculados às universidades federais que estabeleceram contrato com ela.
- () Apoiar o ensino e a pesquisa: a empresa valoriza e ampara o ensino-aprendizagem e a formação de pessoas no campo da saúde pública em instituições federais de ensino superior e em instituições congêneres.

Assinale a opção que indica a sequência correta, segundo a ordem apresentada.

- (A) V – F – V.
- (B) F – V – V.
- (C) V – V – F.
- (D) V – F – F.
- (E) V – V – V.

12

Segundo o Regimento Interno da Ebserh, a estrutura organizacional da empresa conta com Colegiados Internos, cuja função é atender necessidades que não possam ser resolvidas isoladamente pelas áreas organizacionais.

Os Colegiados Internos são classificados em função de sua duração e atribuição, como nos exemplos a seguir:

- I. *É de duração perene, atua de forma consultiva no nível tático, composto por profissionais de referência na área de atuação, analisando detalhadamente temas específicos e de grande amplitude, como padronizações técnicas e definições de melhores práticas.*
- II. *É de duração temporária, atua de forma consultiva ou executiva no nível técnico operacional, na execução de ações ou projetos específicos, com prazo preestabelecido, propondo soluções para problemas determinados ou executando ações transversais que envolvam mais de uma área organizacional.*

Os trechos I e II se referem, respectivamente, aos Colegiados Internos organizados sob a forma de

- (A) Comissão e Escritório.
- (B) Comitê e Centro de Competência.
- (C) Centro de Competência e Comissão.
- (D) Câmara Técnica e Grupo de Trabalho.
- (E) Núcleo Técnico Operacional e Comitê.

13

A Lei nº 12.550/2011 e o Regulamento de Pessoal da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) disponibilizam normativas a respeito dos integrantes do quadro de pessoal da empresa.

Considerando as normas citadas, é correto afirmar que a Ebserh está autorizada a

- (A) admitir profissional qualificado para a realização de serviços técnicos especializados, por meio de indicação.
- (B) recrutar terceirizados para funções gratificadas em unidades hospitalares, mediante processo seletivo simplificado.
- (C) selecionar pessoal técnico e administrativo por tempo indeterminado, mediante concurso público.
- (D) contratar empregados temporários, observado o prazo máximo de seis anos, mediante prestação de serviços.
- (E) obter servidores titulares de cargo efetivo em exercício em instituição federal de ensino que possui contrato com a empresa, mediante solicitação de cessão.

14

A partir da sua criação, a Ebserh passou a ser a responsável pela gestão de hospitais universitários federais, finalidade planejada e implementada mediante o Conselho de Administração, um dos seus principais órgãos administrativos.

Segundo o Estatuto Social da Ebserh, o Conselho de Administração é um órgão colegiado composto por nove membros, entre os quais,

- (A) um membro é o Presidente da empresa, que ocupa a Presidência Executiva do Conselho.
- (B) um membro é indicado pelo Ministro da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos, sendo obrigatoriamente diretor de hospital universitário federal.
- (C) três membros são indicados pelo Ministro da Educação, dos quais um será o Presidente do Conselho e o outro o substituto nas suas ausências e impedimentos.
- (D) um membro é reitor de universidade federal, eleito pela Associação Nacional dos Docentes das Instituições Federais de Ensino Superior.
- (E) dois membros são representantes dos empregados, eleitos para participar das deliberações sobre assuntos que envolvam relações sindicais, remuneração e questões de previdência.

15

A Comissão de Ética da Ebserh (CEE) está encarregada de orientar e aconselhar sobre as questões éticas dos colaboradores da instituição no tratamento com as pessoas e com o patrimônio público.

A CEE é um órgão autônomo, de caráter

- (A) deliberativo, cabendo-lhe deliberar sobre condutas antiéticas e sobre as transgressões das normas da Ebserh levadas ao seu conhecimento.
- (B) consultivo, sendo de sua alçada o controle social e o apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração na aplicação de eventuais medidas disciplinares.
- (C) fiscalizador, cabendo-lhe inspecionar o cumprimento do limite de participação da empresa no custeio dos benefícios de assistência à saúde e de previdência complementar.
- (D) orientador, pertencendo-lhe assessorar o Conselho de Administração nos processos de indicação, avaliação e remuneração dos administradores, conselheiros fiscais e demais membros de órgãos estatutários.
- (E) assessorial, sendo de sua responsabilidade monitorar as exposições de risco da Ebserh, podendo requerer, entre outras, informações detalhadas sobre políticas e procedimentos considerados impróprios.

Políticas Públicas de Saúde e Educação

16

Leia o trecho a seguir sobre um valor que norteia as políticas de promoção da saúde no âmbito do SUS.

Consiste na capacidade de levar em conta as particularidades e as diferenças. Remete à possibilidade de tomar uma decisão desvinculada da aplicação de uma norma abstrata, considerando o reconhecimento de determinantes sociais e baseando-se no pressuposto de que a aplicação rígida da lei abstrata a todos os infinitos possíveis casos da vida real pode, em determinadas situações, resultar em injustiças substanciais.

O trecho refere-se à

- (A) diversidade.
- (B) equidade.
- (C) diferença.
- (D) igualdade.
- (E) vulnerabilidade.

17

Acerca da evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil, assinale a afirmativa que descreve corretamente uma de suas fases.

- (A) No Estado Novo (1930-45) foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, o qual passou a centralizar atividades de vigilância sanitária, como a fiscalização de produtos de origem animal e da higiene e segurança no trabalho.
- (B) Com a Reforma Barros Barreto (1941), foram instituídos órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar, além de serem criados órgãos executivos de ação direta contra endemias importantes, como malária, febre amarela e, peste.
- (C) No segundo Governo Vargas (1951-54) foi criado o Ministério da Saúde que, com o apoio da Fundação Rockefeller, instituiu o Serviço de Malária do Nordeste (SMN) para intensificar o combate ao *Anopheles gambiae* e ao *Aedes albopictus*.
- (D) Durante o Governo Castelo Branco (1964-67), foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (Inamps) para assistir a todos os trabalhadores de modo universal, antecipando um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (E) A Constituição de 1988 definiu o SUS, cuja regulamentação remontou à Lei nº 8.080/1990, que definiu o seu modelo operacional e estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Inamps e de orçamentos estaduais e municipais.

18

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor da saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas.

Adaptado de <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanit%C3%A1ria>

Sobre a reforma sanitária brasileira como um movimento político e social que prepara a formação do SUS, analise as afirmativas a seguir.

- I. Na segunda metade dos anos 1970, duas instituições foram importantes para a formação da área de conhecimento batizada de saúde coletiva: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira em Saúde Coletiva (Abrasco).
- II. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi a primeira aberta à sociedade e seu relatório final embasou o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, tendo abordado prioritariamente o problema da ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose.
- III. O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e articuladores políticos do chamado “movimento sanitário”, tendo proposto um conceito ampliado de saúde, como o completo bem-estar físico, mental e social, e não a simples ausência de doença.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

19

Sobre as políticas de saúde no Brasil, estabeleça a correlação entre as iniciativas listadas a seguir e suas respectivas caracterizações.

1. Estratégia de Saúde da Família (ESF)
 2. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
 3. Programa Nacional de Imunizações (PNI)
 4. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)
- () Documento estratégico do Ministério da Saúde que localiza as funções da Atenção Básica no contexto mais amplo de todo o sistema de saúde e define regras de financiamento, ações prioritárias e questões relativas aos recursos humanos.
- () Programa com um enfoque de gênero que avança na consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos numa perspectiva de equidade, considerando de modo distinto os sujeitos em condições históricas e sociais distintas.
- () Política de saúde que busca acompanhar os usuários por todos os seus ciclos de vida, prevê o estabelecimento de uma equipe multiprofissional composta por médico e enfermeiro generalistas, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, diferenciando-se de outros modelos semelhantes pelo foco territorial.
- () Iniciativa que reforça o foco na prevenção e no cuidado ao longo dos ciclos de vida, de recém-nascidos até a população idosa, tendo sido responsável pela erradicação de muitas doenças.

A sequência correta, na ordem apresentada, é:

- (A) 1 – 4 – 2 – 3.
 (B) 2 – 3 – 1 – 4.
 (C) 3 – 1 – 2 – 4.
 (D) 2 – 4 – 1 – 3.
 (E) 4 – 3 – 2 – 1.

20

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra visa promover a saúde da população negra de forma integral.

Para tanto, adota as estratégias indicadas a seguir, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para os migrantes provenientes da África.
- (B) Consideração das necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e na provocada por causas violentas, doença falciforme, DST/HIV/Aids e tuberculose, entre outras.
- (C) Inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS e fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da população negra aos serviços e ações de saúde.
- (D) Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial, aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- (E) Qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social.

21

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) foi formulada em 2011, sendo formada por diretrizes cuja instrumentalização requer planos, estratégias e metas sanitárias.

Para garantir o acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde, a PNSILGBT

- (A) reconhece a existência de efeitos perversos dos processos de discriminação, violências e exclusão sobre a saúde da população LGBT.
- (B) promove a equidade de gênero e raça no SUS buscando modificar as estruturas machista e racista que operam na divisão do trabalho na saúde.
- (C) fomenta a formação e educação permanente na saúde, transversalizando a temática de gênero, raça e classe nos processos de educação permanente e formação no SUS.
- (D) inclui os campos orientação sexual e identidade de gênero na avaliação em saúde e cria a rede colaborativa intersetorial para o combate ao assédio moral e sexual no trabalho em saúde.
- (E) qualifica a heterocisnormatividade como uma barreira para o acesso universal à saúde e para o combate às diversas formas de violência relacionadas ao trabalho na saúde.

22

Leia o trecho da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) a seguir.

Entre as ações estratégicas deste eixo, constam (1) a qualificação das práticas de cuidado prestadas por familiares, cuidadores e/ou acompanhantes de pessoas com deficiência e (2) a formação da força de trabalho para o SUS com base nas necessidades das pessoas com deficiência, com abordagem interseccional e anticapacitista.

Adaptado de Portaria GM/MS nº 1.526/2023.

O eixo de atuação em que se inserem as ações citadas, segundo a PNAISPD, é o da

- (A) participação da comunidade e controle social.
 (B) pesquisa, produção e tradução do conhecimento.
 (C) articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional.
 (D) organização das ações e serviços de saúde sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde.
 (E) formação, qualificação e educação permanentes em saúde na perspectiva do modelo biopsicossocial.

23

A reprodução humana tem suscitado problemas de bioética sobre os quais são dados diversos encaminhamentos, como no caso descrito a seguir.

Uma mãe (44 anos) de cinco filhos do sexo masculino solicitou a um médico que realizasse um procedimento de inseminação artificial com prévia seleção de gametas masculinos apenas com cromossomo X, para superar a profunda frustração de não ter uma filha. O caso é submetido ao judiciário que solicita uma avaliação de médicos e psiquiatras em cujo relatório destaca-se como a ideia de ter uma filha que cuidasse dela na velhice havia se tornado uma obsessão, motivo pelo qual o laudo foi favorável à realização do procedimento, pois não se reconhecia qualquer impropriedade e vislumbrava-se a possibilidade de que tendo uma filha essa senhora melhoraria do quadro depressivo refratário a tratamentos até então utilizados. A promotoria pública recorreu da decisão e a sentença foi revogada em segunda instância.

Tradução e adaptação de Alonso EJP. Consideraciones críticas sobre la regulacion legal de la selección de sexo (parte I). *Rev Der Gen H* 2002; 16:59-69.

Analisando o caso com base nas normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida vigentes no Brasil, é correto afirmar que o aspecto ético mais importante envolvido na disputa judicial é a

- (A) utilização de consentimento informado, uma vez que o assentimento não foi obtido de forma livre e esclarecida, já que a paciente estava em um quadro de depressão.
- (B) seleção de sexo, pois as técnicas de reprodução assistida não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo do descendente.
- (C) pesquisa e criopreservação de embriões, na medida em que o número de embriões gerados em laboratório é superior ao utilizado no procedimento e poderá ser usado para clonagem.
- (D) manipulação de gametas, dado que a idade da paciente excede o limite legal para a doação, comercialização ou manipulação de gametas saudáveis.
- (E) redução embrionária, pois a paciente já tem cinco filhos e deseja apenas mais uma filha, não podendo enfrentar uma gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de reprodução assistida.

24

De acordo com o Art. 194 da Constituição Federal de 1988, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

O referido artigo estabelece que compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base em determinados objetivos. As opções a seguir apresentam alguns desses objetivos, à exceção de uma, que está errada. Assinale-a.

- (A) Universalidade da cobertura e do atendimento.
- (B) Irredutibilidade do valor dos benefícios.
- (C) Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais.
- (D) Caráter democrático e descentralizado da Administração mediante gestão tripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores e do governo nos órgãos colegiados.
- (E) Diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social.

25

Com base na Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), avalie as afirmativas a seguir acerca da organização, da direção e da gestão do SUS.

- I. Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.
- II. Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção compartilhada.
- III. No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), pode organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

26

Conforme estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em relação ao subsistema de atendimento e internação hospitalar, avalie as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- () Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.
- () O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão na medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.
- () O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

As afirmativas são, respectivamente,

- (A) V – V – V.
- (B) V – F – F.
- (C) F – V – F.
- (D) F – F – V.
- (E) V – F – V.

27

Avalie, com base na Lei nº 8.142/1990, se os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I. despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da Administração Direta e Indireta;
- II. investimentos de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Conselho de Saúde;
- III. investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV. cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Estão corretos os itens

- (A) I e II, apenas.
- (B) I, III e IV, apenas.
- (C) II, III e IV, apenas.
- (D) I, II e III, apenas.
- (E) I, II, III e IV.

28

A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados.

(Resolução nº 453, de 2012, CNS.
A Organização dos Conselhos de Saúde - terceira diretriz)

Em relação ao tema, avalie as afirmativas a seguir:

- I. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.
- II. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.
- III. A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

29

Com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), avalie as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- () São princípios do SUS a serem operacionalizados na Atenção Básica a universalidade, a equidade e a integralidade.
- () São diretrizes do SUS a serem operacionalizados na Atenção Básica, entre outras, a regionalização e hierarquização, a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade e a longitudinalidade do cuidado.
- () A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica.
- () A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde.

As afirmativas são, respectivamente,

- (A) V – V – V – V.
- (B) V – V – F – F.
- (C) F – V – V – F.
- (D) V – F – F – V.
- (E) F – F – F – F.

30

Em relação à Equipe de Saúde da Família (eSF), as afirmativas a seguir estão corretas, **à exceção de uma**. Assinale-a.

- (A) É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS.
- (B) É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar a situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.
- (C) É composta, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade Medicina de Família e Comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.
- (D) Em áreas de baixa dispersão territorial e de alto adensamento populacional recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.
- (E) Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde que sejam membros da ESF.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31

O termo “Febre de Origem Obscura” (FOO), originalmente descrito por Petersdorf e Beeson, em 1961, tem sido modificado ao longo de décadas para torná-lo mais prático, mais específico ou mais adaptado a certas áreas geográficas. Categorias foram criadas na literatura para permitir a reunião de informações em grupos específicos como neutropênicos, pacientes hospitalizados ou infectados pelo HIV (Durack e Street, 1991). Mais recentemente, o termo “Inflamação de Origem Obscura” (IOO) foi descrito por Vanderschueren, em 2009, por analogia à “Febre de Origem Obscura clássica” (FOO).

Esses dois últimos termos diferem em suas respectivas definições pela

- (A) presença de proteína C reativa elevada e velocidade de hemossedimentação acelerada em múltiplas ocasiões na IOO e não na clássica FOO.
- (B) presença de febre ≥ 38 °C em pelo menos duas ocasiões e por tempo superior a 3 semanas, na clássica definição de FOO e não na de IOO.
- (C) presença de marcadores inflamatórios: fator reumatoide e anticorpos antinucleares como testes obrigatórios somente para a definição de IOO.
- (D) ausência de condições ou estado de imunossupressão nos pacientes definidos como IOO, mas não naqueles definidos como FOO clássica.
- (E) ausência de explicação causal a despeito de anamnese, exame físico e exames laboratoriais obrigatórios na clássica FOO, mas não na IOO.

32

Menino de 4 anos é transferido para um serviço de doenças infecciosas, após 3 admissões em clínicas privadas com história de febre diária intermitente, por aproximadamente um mês, variando entre 38,0 °C e 40,3 °C, e responsiva a uso de antipiréticos.

Sintomas associados incluem cefaleia, dor na nuca, dor abdominal, inapetência, perda ponderal de pequena monta e sudorese noturna. Não tem história de contato com pessoas doentes, viagens recentes, ou exposição a animais. Previamente sadio, não usava medicamentos antes do início da doença atual e recebeu todas as vacinas recomendadas pelo PNI.

A febre foi documentada nos atendimentos anteriores, e o menino havia recebido, durante a investigação, alguns cursos de antibióticos variados e prednisona por 5 dias, sem resolução da febre. Está há 72 horas sem uso de medicamentos, exceto antipiréticos no momento dos episódios febris.

Na admissão atual, a criança se mostra alerta, agitada, sem parecer agudamente doente, e com o exame físico normal, exceto por marcha levemente alterada por dor na perna esquerda. A revisão dos vários exames laboratoriais realizados no período de investigação mostrou discreta leucocitose, e leve alteração de aminotransferases. Todos os exames diretos de sangue foram negativos, as culturas de sangue e urina não obtiveram crescimento, os exames reumatológicos normais e os exames tomográficos de tórax, abdome e crânio não indicaram um provável diagnóstico. Uma punção lombar foi realizada e evidenciou LCR com pleocitose de 52 células/mm³ (24% polimorfonucleares, 61% linfomononucleares, 7% linfócitos atípicos e 8% macrófagos); hemácias 675 células/mm³; proteinorraquia de 70 mg/dL; glicorraquia de 47 mg/dL.

Nos próximos passos da investigação de febre de origem obscura relatada na criança

- (A) é mandatório excluir a manipulação de termômetro durante a admissão atual.
- (B) é necessário manter a criança sem medicamentos por período mais prolongado.
- (C) é indispensável realizar pesquisa de crioglobulinas e fundoscopia na criança.
- (D) é fundamental guiar o diagnóstico a partir dos resultados de exames até então realizados.
- (E) é imprescindível solicitar tomografia por emissão de pósitrons associada à TC de baixa dose.

33

Homem de 38 anos dá entrada em uma emergência de um hospital de grande porte com quadro de sepse e choque séptico.

De acordo com o Guia Internacional de Manejo da Sepse e do Choque séptico da *Survival Sepsis Campaign*, de 2021, entre as condutas listadas a seguir, assinale aquela que é considerada com força de recomendação e qualidade de evidência, respectivamente, fraca e baixa.

- (A) Em adultos com sepse ou choque séptico e alto risco para organismos multirresistentes (MDR), usar dois antimicrobianos visando agentes gram-negativos no tratamento empírico.
- (B) Em adultos com choque séptico, administrar noradrenalina como agente vasopressor de primeira linha, ao invés de dopamina ou vasopressina.
- (C) Em adultos com choque séptico e em uso de vasopressores, alcançar a pressão arterial média (MAP) inicial de 65 mmHg, ao invés de patamares maiores.
- (D) Para adultos com sepse ou choque séptico, usar profilaxia farmacológica para tromboembolismo venoso (TEV), a menos que exista uma contraindicação para tal.
- (E) Em adultos com sepse ou choque séptico, usar cristaloides como primeira linha de fluidos para ressuscitação volêmica.

34

Adolescente de 17 anos, do sexo feminino, previamente sadia, foi admitida em uma clínica particular com história de queda de uma cadeira escolar. A paciente sofreu escarificação mínima na mão esquerda, e queixava-se de dor intensa local. Foi então realizada imobilização gessada, no antebraço e mão esquerda, pela suspeita de fratura, embora o exame radiográfico, realizado no atendimento, não tenha revelado fraturas ou anormalidades na mão esquerda. A despeito da imobilização, a dor progrediu imensamente e em 96 horas se tornou intolerável. Foi levada a um serviço de emergência de um hospital universitário, onde, após a remoção do gesso, notou-se um edema difuso no dorso da mão esquerda, de coloração arroxeadada, com presença de crepitação à palpação superficial da pele. A dor parecia desproporcional aos achados do exame físico. Em pouco tempo, o edema e a crepitação se propagaram centripetamente em ritmo acelerado e a paciente já apresentava febre, taquicardia e hipotensão arterial.

O agente etiológico que mais provavelmente foi responsável pelo quadro apresentado pela adolescente é:

- (A) *Streptococcus* do Grupo A.
- (B) *Clostridium septicum*.
- (C) *Staphylococcus aureus*.
- (D) *Bacteroides fragilis*.
- (E) *Clostridium perfringens*.

35

Menino de 5 anos de idade, previamente sadio, é trazido pelos familiares com história de dor progressiva em membros inferiores há 6 dias. No terceiro dia de doença, apresentou dificuldade de deambulação associada à visão turva e ptose palpebral. O exame neurológico da admissão revelava “fascies miastênica”, com ptose palpebral bilateral, dismetria, fraqueza muscular proximal nos quatro membros, marcha atáxica e hiporreflexia generalizada. A história familiar não revelou a existência de doenças neuromusculares ou neurodegenerativas. Na revisão da história clínica, sua mãe reportou o consumo de vegetais enlatados três dias antes do início dos sintomas, assim como dor abdominal sem a presença de diarreia ou episódios de vômitos. Exame de eletroneuromiografia mostrou potenciação com estimulação repetitiva rápida denotando o bloqueio da junção pré-sináptica neuromuscular, com condução axonal normal.

O achado adicional do exame físico que, se presente, sustentaria a principal hipótese diagnóstica para o caso descrito é

- (A) assimetria dos achados neurológicos.
- (B) febre superior a 38 °C.
- (C) paralisia flácida.
- (D) rebaixamento do nível de consciência.
- (E) alteração de sensibilidade.

36

Homem de 26 anos é levado a um serviço de emergência público com quadro de febre alta, cefaleia holocraniana, vômitos e rebaixamento do nível de consciência, com dois dias de evolução. Ao exame físico, apresentava-se febril, torporoso, normotenso, eupneico, ausculta cardiovascular e respiratória normais, palpação do abdome sem alterações, sem edemas. Exame neurológico com presença de sinais de Kernig e Brudzinski, pupilas isocóricas, fotorreagentes, e fundoscopia normal. Pela impossibilidade de realização de exames complementares no serviço onde foi admitido, optou-se pelo início de dexametasona, seguido de vancomicina associado a ceftriaxona, ambos por via venosa. Após 96 horas de internação o paciente é transferido para um hospital particular, lúcido, orientado, afebril, alimentando-se, porém com sinal de Kernig presente. No hospital particular, foi, então, realizada punção lombar que deu saída a líquido levemente turvo, 550 células/mm³, 55% PMN, 45% LMN, 70 mg% de glicorraquia (glicemia concomitante 96 mg%), e 150 mg% de proteínorraquia. Bacterioscopia negativa. Cultura em andamento.

A conduta mais adequada diante da evolução clínica e da análise líquórica do paciente em questão é

- (A) suspender a antibioticoterapia, pois a evolução clínica e laboratorial sugere tratar-se de um quadro de meningite viral.
- (B) completar esquema antibiótico, pois provavelmente trata-se de meningite bacteriana parcialmente tratada.
- (C) solicitar Gene-X-pert no líquido, pois possivelmente trata-se de meningite tuberculosa com sua evolução usual.
- (D) realizar tomografia de crânio contrastada, pois é mandatório afastar a existência de supuração endocraniana.
- (E) aguardar o resultado da cultura do líquido, pois, se negativa, dá fundamentação para a suspensão da antibioticoterapia.

37

Em 02 de janeiro de 2025, o CIEVS Nacional foi notificado pelo CIEVS/PE sobre caso suspeito de raiva humana em Santa Maria do Cambucá (PE), com histórico de mordedura na mão esquerda por sagui, em 28 de novembro de 2024. A paciente é uma mulher de 56 anos de idade, sem comorbidades, agricultora aposentada, que deu entrada no Hospital Universitário Oswaldo Cruz em 31 de dezembro de 2024, com queixa de dor e dormência em membro superior esquerdo, com irradiação em hemitórax esquerdo e dormência no membro superior direito, iniciados no dia 24 de dezembro de 2024. Apresentou quadro de astenia, tontura, febre baixa e dificuldade para deglutição. Foram coletadas amostras de soro, saliva, fragmento de tecido e líquido no dia 03 de janeiro. Em 08 de janeiro, as análises em Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) das amostras de saliva e fragmento de tecido da paciente apresentaram resultados detectáveis para o vírus da raiva, com determinação da variante do sagui/soim (*Callitrix jaccus*). A paciente permanece internada em Unidade de Terapia Intensiva, em estado grave, mas mantendo quadro estável.

[Fonte: “ALERTA DE EVENTO NACIONAL para a Rede CIEVS e NHE” - Nº 01/2025 | 10 de janeiro de 2025.]

As orientações do CIEVS Nacional para as Unidades da Rede CIEVS e/ou para os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de Pernambuco devem incluir a

- (A) intensificação da vigilância, com foco especial na detecção de casos, coleta oportuna de exames laboratoriais e uso oportuno e adequado dos esquemas de profilaxia antirrábica humana.
- (B) instituição de profilaxia pré-exposição para a população habitante do local provável de infecção (LPI), como medida de controle imediata.
- (C) notificação semanal de todo caso suspeito ou confirmado pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar atendimento a pacientes.
- (D) realização de busca ativa e sensibilização dos profissionais de saúde quanto à detecção da presença de espoliação em animais e/ou humanos e presença de moradias sem proteção adequada.
- (E) recomendação para realizar-se vacinação de cães e gatos, recolhimento de animais errantes e sem controle, a fim de se limitar a disseminação da infecção.

38

Em relação ao tétano acidental é correto afirmar que

- (A) o *Clostridium tetani*, na sua forma vegetativa, produz a tetanospasmina, uma neurotoxina que, através da inibição do sistema nervoso autônomo, gera contrações intensas, frequentes, simultâneas e sustentadas de músculos agonistas e antagonistas.
- (B) o debridamento precoce do foco tetanogênico tem impacto na morbimortalidade dos pacientes com tétano, pois supõe-se que a produção da toxina seja mantida enquanto há presença do *Clostridium tetani* em condições de anaerobiose.
- (C) os critérios clínicos: curto período de incubação, curto período de progressão, rebaixamento do nível de consciência, frequência e intensidade das contraturas musculares, juntos guardam correlação com pior prognóstico do tétano grave.
- (D) as contraturas musculares são deflagradas por estímulos auditivos e claridade, o que significa que unidades de internação que não oferecem quarto individual, escuro e com tratamento acústico não devem internar tetânicos graves.
- (E) a imunização passiva, com imunoglobulina antitetânica humana (IGATH) ou imunoglobulina equina (soro antitetânico - SAT), deve ser ministrada tão logo se cogite o diagnóstico e imediatamente após o debridamento da ferida tetanogênica.

39

Homem de 35 anos, pesando 65 quilos, acaba de ser definido como caso de hanseníase, com a classificação operacional de multibacilar (MB), grau de incapacidade física estabelecido (escore = 4,0 na escala OMP), na ausência de reações hansênicas.

Após a notificação do Sinam, o esquema terapêutico a ser iniciado pelos profissionais de saúde que prestam o atendimento deve ser:

- (A) Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600mg + Dapsona 100mg + Ofloxacino 400mg e Dose diária autoadministrada: Dapsona 100mg + Ofloxacino 400mg, por 12 meses.
- (B) Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600mg + Clofazimina 300mg + Dapsona 100mg e Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50mg + Dapsona 100mg, por 12 meses.
- (C) Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600mg + Clofazimina 300mg + Dapsona 100mg e Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50mg + Dapsona 100mg, por 9 meses.
- (D) Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600mg + Clofazimina 300mg + Dapsona 100mg e Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50mg + Dapsona 100mg, por 24 meses.
- (E) Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600mg + Clofazimina 300mg + Ofloxacino 400mg e Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50mg + Ofloxacina 400mg, por 12 meses.

40

A infecção tuberculosa é definida como o estado de resposta imune persistente à estimulação por antígenos do *Micobacterium tuberculosis*, sem evidência de doença tuberculosa clinicamente manifesta. O tratamento preventivo da tuberculose é uma das intervenções-chaves recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para alcançar o objetivo denominado “End TB Strategy”.

O Guia Consolidado da OMS para Tuberculose: tratamento preventivo da Tuberculose, 2ª Edição, de 2024, atualiza as recomendações sobre a triagem sistemática e o tratamento da infecção tuberculosa.

De acordo com o referido guia, o grupo populacional que deve ser sistematicamente testado para a existência de infecção tuberculosa e tratado na dependência do resultado é o de

- (A) pessoas se preparando para receber transplante hematológico ou de órgão sólido.
- (B) adultos e adolescentes vivendo com HIV, recebendo ou não terapia antirretroviral.
- (C) crianças vivendo com HIV, menores que 12 anos, contato de pessoa com TB ativa.
- (D) pessoas que fazem uso nocivo de álcool, ou são fumantes inveterados de tabaco.
- (E) crianças vivendo com HIV que completaram com sucesso tratamento de TB doença.

41

Mulher de 29 anos procura uma Unidade de Pronto Atendimento referindo, há dois dias, febre “alta”, de início súbito, acompanhada de tosse produtiva com expectoração amarelada e leve dor em terço médio de hemitórax direito, na inspiração profunda. Informa ter tido um quadro gripal poucos dias antes. Nega comorbidades, etilismo ou tabagismo. Contudo, relata ter tido um exantema maculopapular, no segundo dia de tratamento com amoxicilina, prescrita para um quadro de angina de evolução arrastada, na adolescência.

Ao exame: bom estado geral, embora abatida e com fâcies de doença aguda. Corada, hidratada, anictérica, acianótica, eupneica. Ap Resp: MV universalmente audível, com estertoração crepitante em terço inferior à direita, onde se ausculta broncofonia. ACV, abdome e membros sem alterações. Sinais vitais: FC: 104 bpm; PA: 120/80 mmHg; FR: 20 irpm TAX: 39,0°C. Ao término do exame físico, foi submetida à radiografia de tórax, testes rápidos para Influenza e COVID-19 e coletada amostra de escarro para realização de bacterioscopia pelo método de Gram.



Os resultados evidenciaram:

Testes rápidos: COVID-19 – Negativo. / Influenza – Negativo.

Gram da amostra de escarro: No pequeno aumento, presença de mais de 50 neutrófilos/campo e menos de cinco células epiteliais/campo. No maior aumento (imersão), numerosos diplococos gram-positivos, vários deles intraleucocitários. Raros bastonetes gram-negativos exclusivamente extra-leucocitários.

A conduta terapêutica preconizada para essa paciente é

- (A) amoxicilina + clavulanato VO, autoadministrada em casa.
- (B) ceftriaxona IM, administrada em regime de hospital dia.
- (C) amoxicilina VO, autoadministrada em casa.
- (D) azitromicina VO, autoadministrada em casa.
- (E) levofloxacina VO, autoadministrada em casa.

42

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo notificou a ocorrência de morte em primatas não-humanos, entre o Natal e o Ano Novo de 2024, em uma área de mata do campus da Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto (SP). Amostras dos animais mortos foram encaminhadas ao Instituto Adolfo Lutz (IAL). Esse é mais um evento que demonstra a possível presença da zoonose no sul de Minas e municípios limítrofes do estado de São Paulo. O ProMED-PORT vem reportando ocorrência de casos em primatas não-humanos e humanos desde 2023.

Fonte: G1 [06/01/2025]

A zoonose sobre a qual a notificação provavelmente se refere é a

- (A) leptospirose.
- (B) febre maculosa.
- (C) raiva.
- (D) febre amarela.
- (E) hantavirose.

43

Duas semanas depois de um período chuvoso, um homem de 48 anos procura uma Unidade de Pronto Atendimento com quadro iniciado há 4 dias com febre alta de início súbito, com calafrios, acompanhada de vômitos pós alimentares e mialgia em grandes grupos musculares, muito intensa na perna direita. Quando indagado, refere que a última vez que urinou havia sido 8 horas antes do atendimento, “uma urina cor de mate”. Refere ter ajudado os vizinhos a desobstruir diversas manilhas nas imediações de sua casa há 10 dias. Antecedente de alcoolismo moderado. Ao exame, corado, desidratado, ictérico 2+/4, com sufusões hemorrágicas conjuntivais, pulmões limpos, taquicardia, sopro sistólico +++/4, em foco mitral, fígado palpável há 3 cm do RCD, traube ocupado e dor intensa à palpação da panturrilha direita, onde se percebe uma escoriação, com edema, calor e eritema circunjacentes.

A conduta terapêutica imediata mais adequada para o caso é

- (A) piperacilina - tazobactam via venosa.
- (B) doxiciclina via oral ou venosa.
- (C) ceftriaxone via venosa.
- (D) penicilina cristalina + clindamicina via venosa.
- (E) vancomicina + oxacilina via venosa.

44

Homem de 28 anos é trazido a uma emergência de hospital de grande porte com relato de febre alta (até 39 °C), de início súbito, acompanhada de calafrios, há 5 dias. Relata ainda vômitos não relacionados à alimentação, mialgia generalizada, mais intensa em abdome e membros inferiores, impedindo a deambulação. Na anamnese dirigida, refere tosse não produtiva, taquicardia, diminuição do débito urinário, eliminação de urina “cor de coca-cola”. É estivador do cais do porto de Paranaguá (PR) e relata a presença de ratos no local de trabalho. Nega viagens recentes. Cartão de vacinação atualizado para as vacinas recomendadas para adultos no PNI. Ao exame físico, icterícia rubínica, sufusão hemorrágica em conjuntiva ocular à direita, ritmo cardíaco irregular (FC 115 bpm), sem sopros à ausculta cardíaca, pulmões com murmúrio vesicular rude, sem estertoração, dor à palpação de panturrilhas, abdome com dor à palpação superficial, sem visceromegalias ou descompressão abrupta dolorosa.

O resultado de exame laboratorial que fala contra a hipótese principal é:

- (A) contagem de plaquetas de 80.000 /mm³.
- (B) dosagem sérica de creatinina de 3,5 mg/dL.
- (C) dosagem sérica de potássio de 3,0 mEq/L.
- (D) leucograma com 16.500 leucócitos /mm³.
- (E) aspartato amino transferase sérica de 1.100 UI/L.

45

Em fevereiro de 2016, a Coordenação de Vigilância Epidemiológica de Londrina (PR) foi notificada da ocorrência de 20 casos de febre, náuseas, mialgia, astenia, cefaleia e linfadenopatia entre os funcionários de uma Instituição de Pesquisa localizada na cidade. Um estudo caso controle foi realizado entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016. Os 20 (vinte) casos com sintomas foram comparados com 45 (quarenta e cinco) controles, empregados da instituição, assintomáticos, que trabalhavam na mesma equipe e nos mesmos turnos dos casos. Um questionário semi estruturado foi aplicado a todos os participantes, e as informações sobre sexo, idade, área de trabalho, hábitos alimentares, consumo de água, manipulação de solo e contato com animais foram obtidas. Foram coletadas amostras de água e do lodo das cisternas de abastecimento da instituição, do solo, de vegetais, que quando submetidas à reação em cadeia da polimerase (PCR), foram todas negativas. O consumo de hortaliças no restaurante da instituição foi a única variável associada à ocorrência da doença ($p < 0,05$; OR = 14.72; 95%IC = 2.36 – 333.70).

Nesse caso, é mais provável que os casos do estudo epidemiológico descrito tenham sido definidos pelos sintomas e pela presença de

- (A) sorologia IgM anti-VCA reativa para Epstein Baar ou monoteste positivo.
- (B) sorologia IgM reativa ou soroconversão de IgG para o vírus da hepatite A.
- (C) hemocultura positiva ou teste rápido positivo para *Salmonella typhi*.
- (D) sorologia IgM reativa, com baixa avidéz de IgG para *Toxoplasma gondii*.
- (E) hemocultura positiva em meio seletivo para *Listeria monocitogenes*.

46

Homem de 45 anos, natural da área rural, procedente de uma grande cidade, onde reside há 25 anos, é encaminhado a um hospital de grande porte para avaliação de quadro de astenia, perda de peso, aparecimento de lesões maculopapulares hipercrômicas disseminadas, predominando em tronco, hepatomegalia e linfadenopatia generalizada.

Relata ser infectado pelo HIV há cinco anos, que iniciou terapia antirretroviral quando o diagnóstico foi firmado, em Unidade Básica de Saúde, e que nos últimos dois anos abandonou por completo o tratamento e o seguimento ambulatorial. Refere ainda que, há cerca de cinco semanas, ao procurar a unidade de saúde onde recebia seu esquema terapêutico, foram reiniciadas as mesmas drogas que tomava anteriormente. Com o surgimento dos sintomas atuais, o paciente foi imediatamente referenciado para o hospital terciário para investigação e tratamento. Trouxe consigo exames recentes com contagem de CD4 de 174 células/mm³, carga viral inferior a 20 cópias/ml, VDRL negativo, FL-LAM em urina negativo, FL-CrAg em soro negativo. Biópsia ganglionar, realizada na internação, evidenciou, no histopatológico, processo inflamatório granulomatoso, com presença de estruturas leveduriformes, bem visualizadas na técnica de coloração por impregnação pela prata.

Em relação ao quadro descrito, é correto afirmar que

- (A) a visualização de estruturas leveduriformes na biópsia ganglionar comprova a ineficácia da terapia antirretroviral prescrita.
- (B) os sintomas e sinais apresentados pelo paciente denotam nova falha de adesão aos medicamentos antirretrovirais.
- (C) os achados histopatológicos da biópsia ganglionar corroboram a hipótese de síndrome inflamatória de reconstituição imune.
- (D) os resultados dos exames laboratoriais trazidos pelo paciente excluem doenças fúngicas e micobacterianas como etiologias.
- (E) as análises dos marcadores de progressão da infecção pelo HIV justificam a mudança imediata do esquema antirretroviral.

47

Uma pessoa morreu e outras 50 ficaram doentes três a quatro dias depois de terem lanchado em lojas do McDonald's, de 10 diferentes estados nos EUA. **A doença se caracterizou por provocar febre, náuseas, vômitos, diarreia e sangue nas fezes.** O surto ocorreu após o consumo do lanche Quarter Pounder. As autoridades sanitárias investigaram os casos, e levantaram a suspeita de que as cebolas do lanche, que são servidas cruas, e adquiridas de um único fornecedor, que atende a três centros de distribuição, estivessem contaminadas.

Fonte: G1, 24/10/2024.

Sobre as possíveis causas do surto descrito nos EUA, é correto afirmar que

- (A) o período de incubação relatado indica intoxicação alimentar por toxina estafilocócica.
- (B) a existência de fonte comum e exposição comum sugerem diarreia por norovírus.
- (C) os sinais e sintomas apresentados revelam a possibilidade de *Salmonella typhi*.
- (D) o caso de morte aponta para a possibilidade de infecção por *Escherichia coli* O157:H7.
- (E) a forma de aquisição sustenta a hipótese de doença invasiva por *Entamoeba histolytica*.

48

Homem de 37 anos, relata início do quadro há 8 dias com náuseas, vômitos, febre baixa não aferida e aversão à fumaça de cigarros, evoluindo com icterícia, colúria e acolia fecal. Procura a clínica da família, onde é examinado: bom estado geral, corado, hidratado, eupneico, icterício +++/4; PA: 120 x 80 mmHg, FC: 60 bpm, Sat: 98%; ausculta respiratória e cardíaca sem anormalidades; abdome flácido, levemente doloroso em hipocôndrio direito, com fígado palpável a 3 cm do RCD, borda romba, superfície lisa, baço não palpável; percussão do espaço de Traube timpânica; membros sem edemas.

Quando indagado, refere viagem à região de praia há cerca de 40 dias, onde ingeriu um risoto de frutos do mar; faz sexo com homens, usando preservativos na maioria das relações anais, mas não nas relações orais; realizou uma tatuagem há cerca de dez meses, durante uma viagem ao exterior; e nega uso de drogas endovenosas ou transfusões de sangue e derivados.

É portador de sorologia anti-HIV negativa, mas não faz uso de PrEP. A investigação sorológica das principais hepatites virais concluiu que o paciente apresentava hepatite aguda pelo vírus A, vacinação para o vírus B, e hepatite crônica pelo vírus C.

O seguinte conjunto de marcadores sorológicos permite afirmar tais conclusões:

- (A) IgM anti-HAV não reativo + IgG anti HAV reativo + HBsAG reativo + IgG Anti-HBc reativo Anti-HBs não reativo + Anti-HCV reativo.
- (B) IgM anti-HAV reativo + IgG anti-HAV não reativo + HBsAG não reativo + IgM Anti-HBc reativo + Anti-HBs não reativo + PCR positivo para HCV.
- (C) IgM anti-HAV reativo + IgG anti-HAV reativo + HBSAg não reativo + IgG Anti-HBc não reativo + Anti-HBs reativo + Anti-HCV reativo + PCR positivo para HCV.
- (D) IgM anti-HAV reativo + IgG anti-HAV não reativo + HBSAg não reativo + IgG Anti-HBc reativo + Anti-HBs reativo + Anti-HCV reativo + PCR positivo para HCV.
- (E) IgM anti-HAV não reativo + IgG anti-HAV reativo + HBSAG reativo + IgM Anti-HBc reativo + Anti-HBs não reativo + Anti-HCV reativo + PCR negativo para HCV.

49

Dos 2.295 militares que participaram de treinamentos no Campo de Instrução Marechal Newton Cavalcanti (CIMNC), na Zona da Mata de Pernambuco, entre julho e agosto de 2006, 71 apresentaram, em um período médio de 33,6 dias após o treinamento militar, lesões cutâneas que variavam de 0,3 a 2,5 cm de diâmetro, localizadas nas regiões da face, pavilhão auricular, mãos, região dos braços e antebraços, punho, pescoço. Em 92,9% dos militares (66/71), as lesões eram únicas; os 7,1% restantes (5/71) apresentavam duas lesões. As lesões se originaram como pápulas, evoluindo, em poucas semanas, para nódulos e úlceras, usualmente indolores, com base de tecido necrótico e bordas elevadas e induradas. Foi notada a presença de linfonodo satélite em vários casos. Das 23 biópsias e punções aspirativas de lesões, obteve-se 7 isolados, que foram identificados como *Leishmania (Viannia) braziliensis*, sorodemo 1, através do perfil de reações com anticorpos monoclonais específicos.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, entre as drogas ou associação de drogas abaixo listadas, aquela indicada para o tratamento dos militares acometidos é

- (A) antimoniato de meglumina.
- (B) isetionato de pentamidina.
- (C) anfotericina B lipossomal.
- (D) desoxicolato de anfotericina B.
- (E) antimoniato de meglumina + pentoxifilina.

50

Uma criança de 7 anos é trazida a uma Clínica da Família com quadro que já se arrastava há 6 meses com febre irregular intercalada com períodos de apirexia, anorexia e perda ponderal de 6 Kg. Mãe relata ainda diarreia ocasional, sangramento gengival frequente, e um episódio de pneumonia tratado com antibióticos há 1 mês, pouco antes da mudança do interior do Estado do Ceará para Fortaleza (CE). Relata banho de rios, conhece o caramujo, conhece o barbeiro, ajuda a família na criação de porcos e cabras, e mora em casa de pau-a-pique, perto de área remanescente de floresta, servida por água de poço.

Ao exame: criança emagrecida, hipodesenvolvida para a idade, cabelos finos e quebradiços, hipocorada 2+/4, anictérica, micropoliadenopatia cervical e axilar bilateral, SS 2+/6, pancardiaco, abdome distendido com fígado palpável a 5 cm do RCD e baço a 8 cm do RCE, edema de membros inferiores 1+/4, com cacifo. Tax 37,8 °C; PA: 100/70 mmHg; FC: 104 bpm; FR: 18 irpm.

O diagnóstico etiológico do quadro apresentado pela criança mais provavelmente se fará por

- (A) esfregaço de aspirado de medula óssea corado pelo Giemsa.
- (B) gota espessa e distensão sanguínea coradas pelo Giemsa.
- (C) hemoculturas em meios seletivos como o ágar MacConkey.
- (D) exame parasitológico de fezes pela técnica de Kato-Katz.
- (E) hemocultura em meio enriquecido de Ruiz – Castañeda.

51

Dois turistas, ambos com 28 anos, resolvem contratar um guia para levá-los a conhecer um ponto turístico da Chapada Diamantina (BA). No caminho até o local de visitação, o guia tenta explicar aos turistas que o lugar onde estão indo pode ser perigoso para a saúde: “Se vocês quiserem se banhar, que seja por conta e risco de vocês. Foi achada uma bactéria neste rio, que está sendo estudada pelo pessoal da Secretaria de Saúde. Eles vão coletar os moluscos para estudar lá no laboratório da capital. Por enquanto, ninguém sabe se o rio é ou não de coceira. Mais para jusante, tem gente que ficou doente. Um primo meu está na cadeira de rodas por causa desta doença.”

O provável agente etiológico da doença que acometeu o primo do guia turístico é

- (A) *Naegleria fowleri*.
- (B) *Angiostrongylus cantonensis*.
- (C) *Schistosoma mansoni*.
- (D) *Leptospira interrogans*.
- (E) *Mycoplasma pneumoniae*.

Atenção. Use o inquérito coprológico, realizado na Ilha de Boipeba (BA), relatado a seguir, para responder às duas próximas questões.

Um inquérito coprológico, descritivo, transversal, foi realizado entre março e junho de 2017, com 105 residentes do povoado de Moreré, situado na Ilha de Boipeba, município de Cairú (BA). As amostras fecais frescas foram coletadas, transportadas e processadas no mesmo dia, em quatro visitas à comunidade. Três amostras de fezes de cada indivíduo foram examinadas por três diferentes métodos parasitológicos: sedimentação espontânea, Baermann-Moraes e Faust.

Os resultados foram dispostos na tabela a seguir

Frequência, espécies de parasitos encontrados, e sintomas relacionados a parasitoses, na amostra da população estudada (n=105), 2017.

	Total (n/%)		Total (n/%)
Parasitismo	73 (69,6)	Sintomas	105 (100)
Monoparasitados	34 (32,4)	Ausência	18 (17,1)
Poliparasitados	39 (37,2)	Presença	87 (82,8)
Ancilostomídeos	19 (18,1)		
<i>Trichuris trichiura</i>	13 (12,4)	Diarreia	13 (12,4)
<i>Ascaris lumbricoides</i>	5 (4,8)	Dor abdominal	53 (50,5)
<i>Hymenolepis nana</i>	2 (1,9)	Perda de Peso	35 (33,3)
<i>Strongyloides stercoralis</i>	1 (1,0)	Prurido anal	23 (21,9)
<i>Schistosoma mansoni</i>	1 (1,0)	Anemia referida	19 (18,1)
<i>Enterobius vermicularis</i>	1 (1,0)	<i>Ascaris</i> nas fezes	9 (8,6)
<i>Giardia lamblia</i>	4 (3,8)		
<i>Entamoeba coli</i>	34 (32,4)		
<i>Endolimax nana</i>	46 (43,8)		
<i>Iodamoeba butschlii</i>	3 (2,9)		

52

Em relação às prevalências encontradas na população estudada, os autores estão autorizados a concluir que

- (A) a ausência de amebas patogênicas nas amostras coletadas sugere boas condições de segurança para consumo de água na comunidade.
- (B) a alta prevalência de geohelmintos na comunidade ressalta a importância do saneamento, higiene pessoal e controle da qualidade da água.
- (C) a baixa prevalência de estrogiloidíase nas amostras analisadas sugere condições desfavoráveis à penetração de larvas pela pele dos ilhéus.
- (D) a baixa prevalência de esquistossomose mansoni no povoado estudado se deve à inadequação das técnicas utilizadas para seu diagnóstico.
- (E) a alta prevalência de ancilostomídeos na amostra se deve ao emprego da técnica de Baermann-Moraes entre os métodos parasitológicos.

53

Considere o inquérito epidemiológico realizado no povoado de Moreré, situado na Ilha de Boipeba, município de Cairú (BA).

O único sintoma relatado pelos residentes do povoado que **não** encontra respaldo nas prevalências das parasitoses dispostas na tabela do estudo é

- (A) diarreia.
- (B) dor abdominal.
- (C) perda de peso.
- (D) prurido anal.
- (E) anemia referida.

54

Um estudo realizado entre trabalhadores que vivenciaram exposições a material biológico na cidade de Araraquara (SP), em 2007, avaliou as características dos acidentes em 149 profissionais de saúde. Exposição percutânea (85%) com sangue (70%) foi o tipo de acidente mais comum, e o momento do descarte do material biológico, a circunstância mais prevalente (23%). Entre os trabalhadores avaliados, 77% referiram imunização com três doses da vacina contra hepatite B, 5% com mais de três doses, 14% com uma ou duas doses, 3% negaram vacinação e 1% não souberam referir. Entre os trabalhadores com três doses da vacina, 71% apresentaram imunidade pós-vacinal e 17% não. Todos os trabalhadores com mais de três doses da vacina desenvolveram imunidade. Encontrou-se 2% de carreadores crônicos do vírus B entre os indivíduos acidentados. Muitos trabalhadores não completaram o seguimento de seis meses pós-acidente. (Brazilian Journal of Infectious Diseases, Vol 5, Supl 1, 2011)

A única medida adequada a ser tomada pelos autores do estudo na população de trabalhadores de saúde estudada é

- (A) reiniciar esquema de vacinação para hepatite B nos 14% dos trabalhadores que receberam esquemas incompletos com uma ou duas doses da vacina.
- (B) considerar imunizados os 77% dos trabalhadores de saúde do estudo que completaram as três doses preconizadas da vacina contra hepatite B.
- (C) determinar o uso de imunoglobulina em futuros acidentados nos 4% dos trabalhadores que negaram ou não souberam referir esquemas de vacinação.
- (D) aplicar quatro doses, em quantidade dobrada dos imunizantes, nos 2% dos trabalhadores, carreadores crônicos do vírus B, detectados no estudo.
- (E) repetir o mesmo esquema de vacinação para hepatite B nos 17% dos trabalhadores que não apresentaram imunidade após de três doses da vacina.

55

Mulher de 28 anos comparece, juntamente com o marido, à Unidade Básica de Saúde, relatando dor intensa em queimação na vulva, associada ao surgimento de “pequenas bolhinhas” no local, febre não aferida, mal estar e astenia. Nega episódios semelhantes anteriormente.

Ao exame físico: temperatura axilar de 38 °C; na genitália, várias pequenas vesículas (0,1 - 0,2 cm) e diminutas úlceras rasas, limpas, coalescentes, bastante dolorosas à palpação, em região perilabial bilateralmente. Apresenta linfonodos inguinais bilaterais, dolorosos à palpação, de consistência elástica, com no máximo 2 cm de diâmetro. Casada há seis meses, nega relacionamentos sexuais extraconjugais. Não usa preservativo nas relações sexuais com marido. Este, por sua vez, relata episódios de lesões de apresentação clínica diferente, mais confluentes, ora no pênis, ora na região perioral, sendo os últimos episódios há dois anos, antes mesmo de iniciar relacionamento com a esposa.

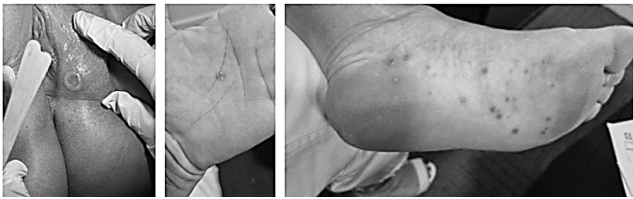
Na orientação do casal, o médico assistente, além de iniciar o tratamento da mulher com as doses e a duração corretas, deve indicar prioritariamente que

- (A) a mulher deve ser investigada para a presença de condições de imunodeficiência subjacente.
- (B) o marido deve ser submetido à pesquisa de anticorpos da classe IgG para HSV-1 + 2, por ELISA.
- (C) a mulher deve receber valaciclovir diariamente para redução da transmissibilidade ao marido.
- (D) o marido deve iniciar uso de aciclovir ou valaciclovir, diariamente, para profilaxia das recorrências.
- (E) a mulher deve ser submetida à detecção de HSV DNA por PCR para caracterização do subtipo viral.

56

Adolescente, do sexo feminino, 17 anos relata o surgimento, há uma semana, de “manchas na pele e ínguas por todo o corpo”, acompanhadas de febre não aferida e artralgias. Início da atividade sexual há nove meses. Desde então, teve vários parceiros, de ambos os sexos, que, em geral, ela contata através de aplicativo pela internet. Relata a prática de sexo oral e vaginal. Usa preservativos apenas ocasionalmente. A última relação sexual foi há 20 dias.

Ao exame: bom estado geral, PA: 110/70 mmHg, FC: 80 bpm, eupneica, temperatura axilar: 36,5 °C. Corada, hidratada, anictérica. Erupção maculopapular, acometendo palmas e plantas, não pruriginosa, acompanhada de adenomegalia generalizada, de até 2 cm de diâmetro, linfonodos elásticos, não aderidos, indolores, em cadeias occipitais, cervicais anterior e posterior, epitrocleares e inguinais. Exame da genitália apresenta uma única lesão, ulcerada, indolor, 0,8 cm no maior diâmetro, fundo limpo.



Considerando o quadro clínico-epidemiológico e o aspecto das lesões, é correto afirmar que

- (A) pelo tempo e evolução da doença é provável que o teste não treponêmico seja ainda negativo.
- (B) o tratamento deve incluir 7,2 milhões de UI de penicilina benzatina IM, dividida em 3 semanas.
- (C) é provável que a lesão genital seja causada pelo mesmo agente etiológico das lesões cutâneas.
- (D) o padrão ouro para diagnóstico etiológico é a cultura de raspados das lesões cutaneomucosas.
- (E) piora do exantema, mal-estar e febre, nas 24 horas pós tratamento caracteriza alergia à penicilina.

57

Três pacientes estão internados em uma enfermaria masculina de um hospital geral. O primeiro, adulto de 35 anos, portador de leucemia mieloide aguda, que no 11º de indução de remissão com quimioterapia sistêmica, desenvolveu febre de 39 °C, registrada em mais de uma ocasião, acompanhada de calafrios e taquipneia. Hemograma revela: hemoglobina: 8g %, plaquetas: 11.000 / mm³, leucócitos: 100 /mm³ com 100 % de linfócitos. O segundo, adolescente de 19 anos, portador de anemia falciforme, que foi internado com quadro de osteomielite em tíbia, cuja biópsia óssea revelou crescimento em cultura de *Salmonella enteritidis*. O terceiro, adulto de 42 anos, infectado pelo HIV, internado por quadro de diarreia por *Isospora belli*, após abandono de terapia antirretroviral, que no 7º dia de internação abre um quadro de herpes zoster torácico.

Em relação aos colegas de enfermaria e suas respectivas morbidades, é correto afirmar que os três pacientes

- (A) vivenciam infecções graves que determinam risco iminente de óbito.
- (B) apresentam os mesmos mecanismos patogênicos de aquisição de infecções.
- (C) possuem as mesmas indicações e contraindicações de imunização por vacinas.
- (D) colocam os colegas de quarto sob risco de aquisição das respectivas infecções.
- (E) experimentam infecções relacionadas à deficiência de resposta imunológica.

58

Mulher de 66 anos, sabidamente infectada pelo HIV há 25 anos, em terapia antirretroviral estável, CD4 superior a 500 cél/mm³ e carga viral indetectável nos últimos 8 anos, quando trocas dos medicamentos foram eventualmente realizadas por toxicidade, comodidade posológica ou para minimizar interações medicamentosas com drogas prescritas para comorbidades. Antes desse período, porém, a paciente tem história de má adesão, falhas terapêuticas, infecções oportunistas e uso de várias classes de antirretrovirais.

Quando seu médico assistente decidiu fazer cada mudança de esquema antirretroviral dessa paciente, ele certamente

- (A) levou em consideração o histórico de mutações de resistência nas mudanças por falha terapêutica, mas não naquelas para comodidade posológica.
- (B) orientou sua paciente a manter os esquemas antirretrovirais sabidamente em falha terapêutica até a coleta dos exames de genotipagem solicitados.
- (C) autorizou simplificação de tratamento com base na alta contagem de linfócitos CD4 alcançada e no longo tempo de carga viral indetectável.
- (D) solicitou pareceres da câmara técnica para autorização das mudanças realizadas por toxicidade e para minimizar as interações medicamentosas.
- (E) excluiu dos esquemas de resgate as classes de antirretrovirais cujas drogas utilizadas apresentavam documentadas mutações de resistência.

59

Homem de 35 anos, natural e procedente de Belo Horizonte (MG), desempregado por vários meses, resolve partir com um amigo para o interior do Estado do Pará para trabalhar como garimpeiro. Após 2 meses no local, resolve retornar a Belo Horizonte por não ter sido bem sucedido na empreitada. Oito dias após o retorno, paciente começa a apresentar febre alta contínua, que não cedia com antitérmicos, acompanhada de cefaleia e calafrios. No quarto dia de doença, evoluiu com desorientação, sonolência, fadiga, náuseas e vômitos, sendo levado por familiares a um hospital geral e internado para investigação. Ao exame, paciente obnubilado, hipocorado, icterício +/4, taquicárdico, febril, sudoréico e apresentando petéquias em membros e hepatoesplenomegalia dolorosa. O funcionário do laboratório de hematologia relata que foram visualizados “protozoários dentro de hemácias na lâmina realizada para o diferencial de células sanguíneas”.

O conjunto de características microscópicas encontradas na distensão sanguínea corada pelo Giemsa compatível com a provável etiologia do quadro apresentado pelo paciente é:

- (A) eritrócitos infectados maiores que o normal, ovais ou esféricos; grânulos de Schüffner geralmente presentes em todas as células, exceto em formas precoces; citoplasma descolorado e pálido; presença ocasional de múltiplos anéis por célula; raros anéis com dois pontos de cromatina; presença de todas as formas evolutivas no sangue periférico.
- (B) eritrócitos infectados normais em forma e tamanho ou levemente menores; ausência de grânulos de Schüffner; citoplasma de cor normal; rara presença de múltiplos anéis por célula; ausência de anéis com dupla cromatina; usualmente poucas formas anelares e presença de trofozoítos em faixa e esquizontes em crescimento e maduros em sangue periférico.
- (C) eritrócitos infectados maiores que o normal, ovais ou irregulares, com bordas desgastadas; grânulos de Schüffner, maiores e mais escuros, em todos os estágios, incluindo nas formas anelares jovens; citoplasma descolorado e pálido; presença ocasional de múltiplos anéis por célula; presença de todas as formas evolutivas no sangue periférico.
- (D) eritrócitos infectados normais em tamanho e forma; ausência de grânulos de Schüffner e presença ocasional de fendas de Maurer; citoplasma de cor normal, às vezes com tom azulado; presença comum de múltiplos anéis por célula; frequentes anéis com dupla cromatina; formas anelares jovens e ausência de outras formas evolutivas em sangue periférico.
- (E) eritrócitos infectados normais em tamanho e forma; grânulos de Schüffner não estabelecendo pontilhado verdadeiro, porém com pontos fracos ocasionais; citoplasma de cor normal; presença comum de múltiplos anéis por célula; trofozoítas ameboides, irregulares ou em faixa sem pigmentos; presença de todas as formas evolutivas no sangue periférico.

60

Um estudo piloto foi desenvolvido em comunidades rurais de Angola (África). Pacientes gestantes foram submetidas a tratamento preventivo intermitente (TPI) com sulfadoxina + pirimetamina (pelo menos duas doses, no 4º e no 7º mês de gestação) e receberam mosquiteiros impregnados com o inseticida, além de informação, educação e tratamento precoce se infectadas, visando evitar a grave evolução da malária, quando esta ocorre em gestantes. Os resultados do estudo demonstraram a eficácia da intervenção.

(Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Vol. 43: supl I, 2010)

Os eventos adversos potencialmente lesivos da associação sulfadoxina + pirimetamina que se procura evitar com a administração das doses de maneira intermitente, no 4º e 7º meses da gestação, são:

- (A) teratogenicidade e kernicterus.
- (B) hipersensibilidade e anemia megaloblástica.
- (C) espinha bífida e anemia hemolítica.
- (D) cristalização na urina e hepatotoxicidade.
- (E) defeitos do tubo neural e toxicidade medular.

Realização

