

PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

MEDICINA (EMERGÊNCIA E CTI)

1. A prova terá duração de 2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém **40 (quarenta) questões de múltipla escolha, de conteúdo específico**, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D).
4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

"A verdadeira arte é imprecável."

5. **Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.**
6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
7. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador etc, **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME.**
8. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente do início da prova:
 - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc., salvo se autorizado, previamente, pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no edital regulamentador do certame;
 - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
 - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista)
 - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o **cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.
15. O FISCAL DE SALA **NÃO** ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também no site <http://prefeitura.rio/web/portaldeconcursos>.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DO CURSO/PROGRAMA

01. Paciente com 58 anos de idade dá entrada em unidade de emergência com quadro de tosse, febre 40°C, expectoração amarelada e dor pleurítica. A tomografia computadorizada de tórax mostra condensação alveolar com presença de broncograma aéreo. Os achados clínicos radiológicos sugerem:

- (A) pneumonia bacteriana adquirida na comunidade
- (B) pneumonia viral adquirida na comunidade
- (C) síndrome de derrame pleural
- (D) tromboembolismo pulmonar

02. Médico, durante atendimento em emergência, é exposto a material biológico do vírus HIV, em atendimento a paciente sabidamente portador do vírus, e deve iniciar de imediato a profilaxia pós-exposição (PEP) de risco. De acordo com o protocolo clínico do Ministério da Saúde, o esquema terapêutico a ser utilizado é:

- (A) tenofovir + lamivudina + dolutegravir duração de 28 dias
- (B) darunavir + dolutegravir + zidovudina duração 30 dias
- (C) lamivudina + efavirenz + atazanavir duração 30 dias
- (D) zidovudina + ritonavir + efavirenz duração 28 dias

03. Paciente do sexo masculino, 55 anos de idade, é atendido em emergência com dor em fossa ilíaca direita, febre 38°C, dor abdominal após descompressão súbita, sugestiva de apendicite aguda. O exame de imagem que deve ser solicitado, por sua maior acurácia, é:

- (A) radiografia simples do abdome
- (B) ultrassonografia abdominal total e pélvica
- (C) tomografia computadorizada abdominal total e pélvica
- (D) ressonância nuclear magnética abdominal total e pélvica

04. Paciente do sexo masculino, 33 anos de idade, com quadro de dor torácica de forte intensidade em região precordial. Foi atendido em unidade de emergência, com eletrocardiograma normal, enzimas cardíacas normais e, ao exame físico, notou-se presença de atrito pericárdico e febre de 38°C. Foram realizados ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca decisivos para o diagnóstico de pericardite aguda. Sabendo que a principal causa dessa doença é de origem viral, o tratamento instituído deve ser:

- (A) colchicina e anti-inflamatório não esteroide via oral
- (B) corticoide via oral associado com antibioticoterapia venosa
- (C) aspirina em baixas doses associada com corticoide via oral
- (D) oseltamivir (tamiflu) oral associado com enoxaparina subcutânea

05. Paciente do sexo feminino, 58 anos de idade, dá entrada em emergência com quadro de cefaleia, febre de 39°C e rigidez de nuca. Na punção lombar é firmado o diagnóstico de meningite meningocócica. O antibiótico de escolha que deve ser iniciado de imediato segundo o Ministério da Saúde, no Guia de Vigilância e Saúde, é:

- (A) meropenem 2,0g endovenoso de 8/8h
- (B) ceftriaxone 2,0g endovenoso de 12/12h
- (C) vancomicina 1,0g endovenoso de 12/12h
- (D) amoxicilina-clavulanato 1,0g endovenoso de 8/8h

06. Paciente sexo feminino, 34 anos de idade, vítima de inalação de fumaça de incêndio é levada para a emergência com quadro de confusão mental, náuseas, dispneia, configurando intoxicação por cianeto. O antídoto de escolha que deve ser utilizado é a:

- (A) n-acetilcisteína via oral
- (B) atropina via endovenosa
- (C) vitamina K por via intramuscular
- (D) hidroxibalamina via endovenosa

07. Médico clínico, após diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) em paciente masculino, 59 anos de idade, no sétimo dia de infecção por COVID-19 e dosagem de dímero-d > 1000, opta por tratamento do TEP com anticoagulante direto via oral (rivaroxabana). A dose que deve ser prescrita é:

- (A) rivaroxabana 10mg de 12/12h por três semanas, seguida de dose de 30mg dia por no mínimo seis meses
- (B) rivaroxabana 15 mg de 12/12h por três semanas, seguida de dose de 20mg dia por no mínimo seis meses
- (C) rivaroxabana 20mg de 12/12h por três semanas, seguida de dose de 10mg dia por no mínimo seis meses
- (D) rivaroxabana 30mg de 12/12h por três semanas, seguida de dose de 15mg dia por no mínimo seis meses

08. Paciente masculino, 35 anos de idade, soropositivo para infecção por HIV em tratamento irregular, apresenta-se com dor intensa em região dorsal do tórax. Ao exame físico, o médico detecta presença de vesículas dispostas em trajeto linear, compatíveis com diagnóstico de herpes-zóster. Segundo o Ministério da Saúde, no Guia de Vigilância e Saúde, o tratamento que deve ser iniciado é:

- (A) 800 mg de aciclovir via oral, 5 vezes ao dia, durante 7 dias
- (B) aplicar esteroides e opioides por via endovenosa para controle da dor
- (C) 10 a 15mg de aciclovir por Kg/peso, endovenoso, 3 vezes ao dia por no mínimo 7 dias
- (D) analgesia venosa e amoxicilina-clavulanato venoso para prevenção de infecção bacteriana secundária

09. Paciente apresenta quadro de síndrome de lise tumoral após quimioterapia para leucemia linfoblástica aguda. Apresenta-se com quadro clínico de náusea, vômito e letargia. Nos resultados de exames laboratoriais de emergência, deve-se esperar a presença dos seguintes achados:

- (A) hiperuricemia, hipercalemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia
- (B) hipocalcemia, hiperglicemia, hipofosfatemia e hipoproteinemia
- (C) hiponatremia, hipomagnesemia, hiperuricemia e hipocalcemia
- (D) hipercalemia, hipercalcemia, hipomagnesemia e hiperglicemia

10. Paciente masculino, 60 anos de idade, se apresenta com infarto agudo do miocárdio. O eletrocardiograma apresenta supradesnivelamento do segmento ST, sendo indicada terapia fibrinolítica. Porém, uma condição do paciente impossibilita a realização do procedimento, por constituir uma contraindicação absoluta para esse tratamento. Essa condição é o fato de o paciente:

- (A) encontrar-se hipertenso com pressão sistólica de 170 mmHg
- (B) ser portador de doença ulcerosa péptica sem histórico de sangramento
- (C) fazer uso regular de dupla agregação plaquetária com clopidogrel e ácido acetil salicílico
- (D) ter apresentado no ano anterior quadro de AVE hemorrágico e ter evoluído sem sequelas neurológicas

11. Paciente de 57 anos de idade, portador de cirrose hepática alcoólica e que apresenta quadro de peritonite bacteriana espontânea. A medida capaz de prevenir o desenvolvimento de síndrome hepatorenal, que deve ser tomada de imediato é iniciar:

- (A) antibioticoterapia venosa
- (B) terapia com diuréticos de alça
- (C) reposição de albumina venosa
- (D) reposição volêmica com soro fisiológico

12. Mulher de 72 anos de idade apresenta história clínica de dispnéia com 10 dias de evolução e febre de 38°C. Realiza radiografia de tórax que demonstra derrame pleural ocupando o 1/3 inferior do hemitórax esquerdo. Após Toracocentese diagnóstica, a drenagem torácica imediata está indicada se:

- (A) Idh do líquido pleural < 100 UI/L, proteína do líquido pleural < 2,0 G/L
- (B) pH: 7,15, glicose: 35 mg%, Idh: 5000 UI/L, predomínio de polimorfonucleares
- (C) pH: 7,30, glicose: 80 mg%, Idh: 800 UI/L, predomínio de linfócitos e monócitos
- (D) relação entre proteína do líquido pleural e a sérica < 0,5, relação entre Idh do líquido pleural e a sérica < 0,6

13. Homem de 55 anos de idade, portador de lombalgia, usuário de diclofenaco, é trazido ao Hospital Municipal Souza Aguiar, com história de hematêmese e melena. Ao exame físico, apresenta-se hipocorado, com FC 120 bpm e PA 90x60 mmHg. Considerando o tratamento inicial e a avaliação diagnóstica realizados nesse caso, em relação a Endoscopia Digestiva Alta (EDA), é correto afirmar que:

- (A) deve ser realizada somente após reposição volêmica e estabilização hemodinâmica
- (B) deve ser realizada após tomografia computadorizada de abdome, para descartar abdome agudo por perfuração
- (C) deve-se realizar EDA, mesmo com a alta instabilidade hemodinâmica, na tentativa de controle hemostático de foco hemorrágico
- (D) é dispensável a EDA, pois a avaliação clínica permite excluir sangramento ativo, e o doente deve ser mantido em observação, com prescrição de omeprazol

14. Paciente do sexo feminino, 46 anos de idade, com quadro de febre alta, calafrios, associados a dor no quadrante superior direito do abdome. Apresenta-se icterícia, Pressão Arterial 90/60 mmHg e evidencia dificuldade de se expressar. A principal hipótese diagnóstica para esse quadro é:

- (A) colangite aguda
- (B) colecistite enfisematosa
- (C) abscesso amebiano do fígado
- (D) pancreatite aguda necrotizante de etiologia biliar

15. Homem, 35 anos de idade, sofre um acidente automobilístico e é conduzido ao hospital. Ao exame físico, verifica-se: turgência jugular; dispneia; taquicardia 135 bpm e pulso paradoxal. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) choque cardiogênico
- (B) tamponamento cardíaco
- (C) pneumotórax hipertensivo
- (D) infarto agudo do miocárdio por anemia aguda

16. Homem, 52 anos de idade, é levado à emergência com hematêmese, melena e hipotensão com Pressão Arterial 100/60 mmHg sem instabilidade hemodinâmica. Nega doença coronariana ou qualquer comorbidade, exceto hipertensão arterial leve, controlada apenas com diuréticos. Nesse paciente, o nível inferior de hemoglobina que justificaria correção da anemia aguda com hemotransfusão é:

- (A) 7g/dL
- (B) 6g/dL
- (C) 8g/dL
- (D) 9g/dL

17. Um dilema diagnóstico frequente é a distinção entre crise convulsiva e síncope. As características que sugerem, mais fortemente, a hipótese diagnóstica de crise convulsiva são:

- (A) presença de sudorese; náusea e distúrbios da visão
- (B) episódio provocado por dor intensa; estresse emocional ou por mudança de decúbito
- (C) presença de cefaleia; manifestações motoras que duram menos de 15 segundos e palidez
- (D) presença de cianose; inconsciência; manifestações motoras que duram mais de 15 segundos

18. Constitui-se elemento fundamental para diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea em paciente cirrótico, com ascite, a presença de:

- (A) deterioração rápida da função renal e hepática
- (B) quadro clínico de dor e tensão de parede abdominal
- (C) proteínas do líquido ascítico em concentração inferior a 1,0 g/dL
- (D) contagem de polimorfonucleares acima de 250/mm³ no líquido ascítico

19. Paciente de 60 anos de idade, tabagista de 1 maço por dia por 40 anos, se apresenta em emergência com quadro de dispneia severa e cefaleia com náuseas. Tomografia computadorizada de tórax mostra massa em ápice de lobo superior direito com 4,0 cm de diâmetro, contorno irregular, sem calcificação, configurando neoplasia maligna de pulmão. Plantonista nota, no exame físico, edema de face, edema de membro superior direito, turgência jugular fixa e circulação colateral em parede de tórax. Diante desse quadro a conduta deve ser:

- (A) encaminhar a paciente com urgência para realização de radioterapia
- (B) iniciar corticoide venoso e uso de morfina venosa para alívio dos sintomas
- (C) iniciar imediatamente diuréticos e corticoide venoso para alívio dos sintomas
- (D) iniciar anticoagulação plena com enoxaparina e quimioterapia sistêmica de imediato

20. Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, é levada ao setor de emergência com quadro de sangramento via retal configurando hemorragia digestiva baixa. A principal causa etiológica do sangramento nessa faixa de idade é:

- (A) angiodisplasia do cólon
- (B) neoplasia maligna do cólon
- (C) doença diverticular do cólon
- (D) doença inflamatória intestinal

21. Um trabalhador de construção civil encontrava-se sobre um andaime com cerca de cinco metros quando sofreu uma queda. Foi removido para a emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar, onde relatou diminuição da força dos membros inferiores. Cerca de duas horas após, no pronto-socorro, realizou uma tomografia computadorizada da coluna dorsal e lombar que revelou fratura tipo explosão no corpo vertebral de T12. Sobre esse caso, é correto afirmar que:

- (A) o reflexo bulbocavernoso, estando ausente, denota que a lesão é completa
- (B) lesão incompleta é aquela em que o paciente conserva a capacidade de deambular
- (C) deve ser iniciado o protocolo de corticosteroide após 8 horas do acidente para evitar a diminuição da produção de aminas vasopressoras importantes para a resposta do indivíduo ao trauma
- (D) a dose inicial de corticosteroide em um paciente com 30 mg/kg de peso, deve ser administrada em 15 minutos e, nas 24 horas subsequentes persistir com dose de manutenção, cerca de 5,4 mg/kg/hora

22. Jovem ciclista sofreu uma queda que ocasionou uma fratura exposta nos ossos da perna. Foi internado imediatamente após o acidente e submetido ao tratamento cirúrgico de emergência no Hospital Municipal Lourenço Jorge. No pós-operatório tardio, ao realizar uma radiografia de controle, percebeu-se a presença de gás subcutâneo. Além do *Clostridium perfringens*, outro microrganismo produtor de gás é:

- (A) *Pseudomonas aeruginosa*
- (B) *Azotobacter vinelandii*
- (C) *Bacillus anthracis*
- (D) *Escherichia coli*

23. Uma senhora de sessenta anos de idade chegou ao ambulatório de ortopedia do Hospital Municipal Barata Ribeiro com o dedo polegar direito flexionado, sem história de trauma. Informou que "toda vez que fecha a mão ele não volta a se estender, ocorre um estalo com muita dor e o dedo para nesta posição". Considerando o relato, trata-se de:

- (A) uma manifestação comum à síndrome do túnel do carpo
- (B) dedo em gatilho secundário, que é a forma mais comum de apresentação
- (C) um dedo em gatilho, com características comuns ao grupo etário e sexo da paciente
- (D) uma patologia que regride totalmente, sendo o mais indicado massagear o local com pomada anti-inflamatória tipo diclofenaco dietilamônio e colocar gelo

24. A manifestação clínica mais ordinária na síndrome do túnel do carpo é a:

- (A) dor
- (B) anestesia
- (C) parestesia
- (D) atrofia muscular

25. O mal de Pott consiste numa infecção nas vértebras por *Mycobacterium tuberculosis*. Nessa condição, a região da coluna mais afetada é a:

- (A) cervical
- (B) torácica alta
- (C) lombo-sacral
- (D) transição toracolombar

26. Uma criança com o antebraço e a mão imobilizados com aparelho axilo-palmar gessado há 24h, após ter sofrido uma fratura, chegou ao serviço de ortopedia do Hospital Municipal Barata Ribeiro com dores intensas, que a impedem de estender os dedos, edema acentuado e cianose. Considerando esse quadro, o diagnóstico provável e os músculos flexores mais acometidos são, respectivamente:

- (A) síndrome compartimental; superficial dos dedos e longo do polegar
- (B) osteomielite aguda hematogênica; superficial dos dedos e radial do carpo
- (C) trombose venosa ao nível do ombro; profundo dos dedos e radial do carpo
- (D) síndrome compartimental do antebraço; flexor profundo dos dedos e longo do polegar

27. O percentual de índice de morte é maior no seguinte grupo de pacientes politraumatizados:

- (A) idosos
- (B) adultos
- (C) crianças
- (D) adolescentes

28. Uma criança no período neonatal foi levada à consulta no Hospital Municipal Jesus, com queda do estado geral e febre, além de limitação articular no membro inferior direito. O agente causador mais comumente encontrado no diagnóstico de osteomielite aguda hematogênica e artrite séptica em crianças neste período e o antibiótico indicado são, respectivamente:

- (A) *E coli* / ceftriaxone
- (B) *S aureus* / oxacilina
- (C) *H influenza* / ciprofloxacino
- (D) *K kingae* / penicilina cristalina

29. Um dos princípios fundamentais para o tratamento de pacientes politraumatizados é o controle de danos. O retardamento da fixação definitiva de uma fratura femoral beneficia a recuperação no seguinte cenário:

- (A) fratura femural bilateral
- (B) fratura femural e trauma torácico
- (C) fratura femural e trauma abdominal
- (D) fratura femural e fratura nos membros superiores

30. Em relação à síndrome do túnel do carpo é correto afirmar que:

- (A) os sintomas são piores durante o dia e melhoram à noite
- (B) alterações metabólicas são comumente observadas nos quadros unilaterais
- (C) o uso de muletas por portadores de necessidade especial predispõe o quadro
- (D) o tratamento conservador com órteses com as mãos em flexão discreta melhoram o quadro

31. A chikungunya é uma doença viral transmitida por mosquitos, com relação à qual é correto afirmar que:

- (A) na região das Américas, até o momento, a letalidade por dengue é menor que a observada por chikungunya, devido aos fatores sazonais favoráveis a esta última
- (B) os casos graves e óbitos ocorrem com maior frequência em pacientes sem comorbidades, entre a terceira e quarta décadas de vida
- (C) a maioria dos indivíduos infectados pelo CHIKV desenvolve sintomas, alguns estudos mostram que até 70% apresentam infecção sintomática; esses valores são altos e significativos quando comparados às demais arboviroses
- (D) a fase aguda ou febril da doença é caracterizada por febre leve de início insidioso, podendo durar algumas semanas; o surgimento de poliartralgia, geralmente acompanhada de dores nas costas, cefaleia e fadiga, é relativamente rápido não passando de dois dias

32. A febre chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*. A viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas. Sobre essa doença, pode-se afirmar que:

- (A) a transmissão ocorre pela picada de machos dos mosquitos *Ae. Aegypti* e *Ae. albopictus* infectadas pelo CHIKV
- (B) os sinais e os sintomas são clinicamente parecidos com os da dengue: febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema. A principal manifestação clínica que as difere são as fortes dores nas articulações
- (C) a ocorrência de epidemia da doença no Brasil ainda é rara devido à baixa densidade do vetor e seus predadores naturais
- (D) outro fator que dificulta a propagação da doença de forma mais exacerbada é a presença de poucos indivíduos suscetíveis além de baixa circulação de pessoas nas poucas áreas endêmicas

33. Sobre o atendimento ao paciente com dengue pode-se afirmar que:

(A) somente após a confirmação diagnóstica de dengue deverá ocorrer notificação à Vigilância Epidemiológica, pois casos suspeitos, mesmo com sintomas fracos não deverão ser comunicados

(B) a primeira manifestação é a febre, geralmente baixa de início lento, associada à cefaleia, adinamia, mialgias, artralgias, dor retro-orbitária; anorexia, náuseas, vômitos e diarreia são raros e observados por 1 a 3 dias

(C) a presença de sinais de alarme, ou de fatores contributivos de gravidade da doença como: vômitos persistentes, hipotensão postural e/ou lipotímia, hepatomegalia, hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena), sonolência e/ou irritabilidade e diminuição da diurese são irrelevantes tendo em vista a evolução para dengue hemorrágica e/ou síndrome do choque da dengue, logo não devem ser considerados

(D) todo paciente que apresente doença febril aguda com duração de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sintomas, como cefaleia, dor retro-orbitária, mialgias, artralgias, prostração ou exantema, associados ou não à presença de hemorragias; além de ter estado, nos últimos 15 dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti*, deve ser considerado como possível portador da doença

34. Sobre o quadro clínico da dengue, é correto afirmar que:

(A) é desnecessária a avaliação do segmento abdominal, pois hepatomegalia, dor abdominal e ascite não estão presentes nos casos de dengue

(B) a verificação do tempo do enchimento capilar não é um parâmetro digno de confiança nem importante para avaliar a situação do enfermo com dengue

(C) normalmente não é necessário ter maiores cuidados com o sistema nervoso, pois a doença não o afeta, ou seja, caso haja sinais de irritação meníngea, alteração do nível de consciência, sensibilidade e força muscular, há necessidade de se pesquisar outras patologias

(D) diferentemente do que ocorre em outras doenças que levam ao choque, na dengue, antes de haver uma queda substancial na pressão arterial sistólica (menor que 90 mmHg, em adultos), poderá haver um fenômeno de pinçamento da pressão arterial, ou seja, a diferença entre a pressão arterial sistólica e a diastólica será menor ou igual a 20 mmHg, caracterizando a pressão arterial convergente

35. A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Os casos devem ser notificados, utilizando-se a ficha de Notificação/Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sobre essa doença, é correto afirmar que:

(A) considera-se caso de hanseníase, que necessita de tratamento com poliquimioterapia, a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais: lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil, espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas e/ou presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele

(B) a reação tipo 1 ou reação reversa caracteriza-se pelo eritema nodoso hansênico (ENH), isto é, pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de manifestações sistêmicas como: febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite ou iridociclites

(C) estima-se que 30% da população possua defesa natural que confere imunidade contra o *M. leprae* e se sabe que a suscetibilidade ao bacilo tem influência genética; familiares de pessoas com hanseníase não possuem chances maiores de adoecer

(D) o tratamento é realizado em regime de internação compulsória, independente da classificação operacional da hanseníase, nas unidades de saúde públicas ou particulares, desde que notificados e seguidas todas as ações de vigilância

36. Sobre a tuberculose (TB), é verdadeiro afirmar que:

(A) as pessoas que têm contatos duradouros com pacientes com TB pulmonar, BAAR positivo no escarro são menos vulneráveis à doença, pois criam imunidade natural contra *Mycobacteria*

(B) a baciloscopia de escarro de controle reside somente para a confirmação da eficácia do esquema terapêutico, no entanto não serve como parâmetro para a avaliação de risco para os contatos

(C) qualquer uma das espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis* pode ocasioná-la: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*; em saúde pública, a mais importante é a *M. tuberculosis*, conhecida como bacilo de Koch

(D) os bacilos que se depositam em roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersam em aerossóis e, por isso, têm papel crucial na transmissão além da disseminação da doença entre os humanos

37. Sobre os fatores sociais que levam à tuberculose, sabe-se que:

(A) no Brasil, observou-se uma expansão em ações relacionadas à educação, saúde, emprego, habitação, seguridade social e desenvolvimento social durante os últimos 40 anos. Desse modo, os progressos nos determinantes sociais da saúde não tiveram nenhum efeito na saúde dos brasileiros e isso provavelmente contribuiu também para o aumento de doenças infecciosas

(B) a transmissão e adoecimento por TB são influenciados por fatores demográficos, sociais e econômicos. Dentre eles, destacam-se: a urbanização crescente e desordenada; a desigualdade na distribuição de renda; moradias precárias e superlotação; a insegurança alimentar; a baixa escolaridade; bem como a dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos, que contribuem na manutenção e propagação da doença

(C) a Resolução nº 444/2011 do Conselho Nacional de Saúde preconiza que as estratégias de controle da TB devem ser desenvolvidas apenas pelas Prefeituras, a fim de desenvolver ações que considerem necessidades específicas e localizadas

(D) A Estratégia pelo Fim da Tuberculose propõe a exclusão de intervenções socioeconômicas para prevenir e controlar a doença e não recomenda estratégias de proteção social para os pacientes

38. Na etiopatogenia da tuberculose observa-se que:

(A) alguns segmentos populacionais são mais vulneráveis, como pescadores, trabalhadores de minas de amianto e quartzo

(B) o principal reservatório é o homem; outros possíveis reservatórios são gado bovino, primatas, aves e outros mamíferos

(C) a suscetibilidade à infecção é praticamente universal; todos os expostos se infectam, mesmo se a quantidade de bacilos inalados for pequena

(D) uma das formas mais comuns de transmissão é por transfusão sanguínea devido ao material empregado ser extremamente suscetível à permanência do *Mycobacterium* em seu interior

39. A síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). E, em relação a essa doença, é correto afirmar que:

(A) é impossível afirmar que o tratamento possa ser usado como uma forma de prevenção eficaz para pessoas vivendo com HIV, de modo a evitar, assim, a transmissão do HIV por via sexual

(B) os medicamentos antirretrovirais (ARV), que surgiram na década de 1980, inibiam a multiplicação do HIV no organismo, evitando enfraquecimento do sistema imunológico; mas a evolução dos antirretrovirais transformou a infecção quase sempre fatal de antes em condição crônica controlável, embora ainda incurável

(C) é impossível, no Brasil, serem ainda consideradas como populações-chave gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), mulheres profissionais do sexo, travestis, transexuais e pessoas que usam drogas

(D) embora com boa adesão à terapia antirretroviral (TARV), esta não gerou benefícios individuais, causando diminuição da disposição, da energia e do apetite, além de limitação da expectativa de vida e o desenvolvimento de doenças oportunistas

40. Sobre as manifestações comuns à dengue, pode-se afirmar que:

(A) a insuficiência renal aguda é muito frequente e geralmente cursa com pior prognóstico

(B) os sinais de alarme são: dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico), hipotensão postural e/ou lipotímia, hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade e aumento progressivo do hematócrito

(C) a primeira manifestação é a febre que tem duração de dois a sete dias, geralmente baixa (37,5°C a 38°C), de início lento, não associada a cefaleia, adinamia, mialgias, artralgias nem à dor retro-orbitária, mais comuns na zyka

(D) o exantema está presente em 10% dos casos, é predominantemente do tipo maculopapular, atinge face, tronco e membros de forma aditiva, sem poupar plantas de pés e palmas de mãos, podendo apresentar-se sob outras formas com ou sem prurido, frequentemente no desaparecimento da febre