



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO INFECTOLOGIA HOSPITALAR

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a 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 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Língua Portuguesa	de 01 a 10
SUS	de 11 a 20
Específico do cargo / Especialidade médica com área de atuação	de 21 a 60

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no CARTÃO-RESPOSTA, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

“Infelicidade é uma questão de prefixo”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado 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 prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
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://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
 - (A) inelutável
 - (B) incoercível
 - (C) insofismável
 - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
 - (A) absorver
 - (B) restringir
 - (C) demarcar
 - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
 - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
 - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
 - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
 - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
 - (A) rigor e flexibilidade
 - (B) frugalidade e obstinação
 - (C) comedimento e sobriedade
 - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
 - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
 - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
 - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
 - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. "Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente." (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. "Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante." (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. "A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais." (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) "Achei que estava bem na foto." (1º parágrafo)
- (B) "O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção..." (3º parágrafo)
- (C) "...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante." (2º parágrafo)
- (D) "... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos." (5º parágrafo)
10. "A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu..." (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7 %
- (B) 12 %
- (C) 15 %
- (D) 22 %
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
 - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
 - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
 - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
 - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
 - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
 - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
 - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
 - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
 - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
 - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
 - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
 - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
 - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
 - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
 - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

INFECTOLOGIA HOSPITALAR

21. Em um hospital geral, no mês de abril de 2016, foram realizadas 100 histeriorrafias, sendo diagnosticadas 4 infecções do sítio cirúrgico superficiais e uma profunda. A taxa de infecção de sítio cirúrgico, no mês de março, é:
- 5 %
 - 50 %
 - 5 por 1.000 histeriorrafias-mês
 - 50 por 1.000 histeriorrafias-mês

22. Os agravos de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, são:
- febre amarela e rubéola
 - malária na região amazônica e doença aguda pelo vírus Zika
 - síndrome da imunodeficiência adquirida e sífilis adquirida (não congênita)
 - acidente de trabalho com exposição biológica e doença de Creutzfeldt-Jakob
23. Em turno de trabalho de um hospital, um residente de medicina, durante coleta de gasometria arterial, sofre acidente perfuro cortante em quinto dedo, da mão esquerda. O residente informa que usava luva e que o acidente ocorreu após ter coletado o sangue ao encapar a agulha. O incidente aconteceu há 15 minutos. O paciente fonte apresenta sorologia não reagente para HIV, de 7 dias atrás. A conduta correta para profilaxia da transmissão ocupacional do HIV, nesse caso, é:
- lavar a ferida, coletar sangue do paciente fonte e do profissional acidentado; realizar teste rápido para HIV, primeiramente, no profissional e caso seja negativo, prosseguir para o teste rápido do paciente fonte. Indicar quimioprofilaxia somente se o teste rápido para HIV do profissional for negativo e do paciente fonte positivo
 - lavar a ferida, coletar sangue do paciente fonte e do profissional acidentado; realizar teste rápido para HIV na amostra de sangue do paciente fonte e na amostra de sangue do profissional, realizar teste de HIV, por exames convencionais (não teste rápido). Indicar quimioprofilaxia para HIV para o profissional somente se o teste rápido do paciente fonte for reagente e aguardar as sorologia para HIV do profissional exposto
 - lavar a ferida e coletar sangue somente do acidentado para realizar sorologia para HIV pelos métodos não rápidos e não indicar quimioprofilaxia, pois o paciente fonte tem sorologia recente para HIV, não reagente
 - não há indicação de quimioprofilaxia ou de coleta de exames de sangue do paciente fonte e do profissional, pois o paciente fonte apresenta sorologia recente para HIV, não reagente
24. As doenças de notificação compulsória exclusivas do Estado do Rio de Janeiro são:
- sarampo e rubéola
 - dengue e hantavirose
 - febre maculosa e febre amarela
 - esporotricose humana e varicela não grave ou não complicada, sem necessidade de internação hospitalar
25. A polimixina B tem se tornado o antibiótico fundamental no tratamento de muitas infecções relacionadas à assistência à saúde, porém, atualmente, vem crescendo o número de bactérias, com resistência adquirida a este medicamento. As espécies de bactérias, que apresentam resistência intrínseca ou suscetibilidade diminuída naturalmente (não adquirida) a este antibiótico, são:
- Providencia* sp., *Serratia* sp., *Proteus* sp. e *Burkholderia* sp.
 - Enterobacter* sp., *Escherichia coli*, *Klebsiella* sp. e *Citrobacter* sp.
 - Escherichia coli* produtora da enzima ESBL, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*
 - Klebsiella* sp. produtora da enzima KPC, *Escherichia coli* produtora da enzima KPC, *Citrobacter* sp. e *Enterobacter* sp.
26. Paciente feminina, 30 anos de idade, com febre 38°C, sopro sistólico 3+/6+ mais audível em foco mitral. Realizou ECO transesofágico que visualizou vegetação de 3mm em válvula mitral sem presença de complicações. Coletado três sets de hemoculturas. Nas hemoculturas houve crescimento de *Streptococcus viridans*, com teste de sensibilidade com CIM (concentração inibitória mínima) para penicilina G cristalina >0,12 <0,5 µg/mL. Paciente nega alergias medicamentosas. O esquema terapêutico de primeira escolha para o caso, acima, é:
- vancomicina 15-20 mg/kg IV, 8/8h, por 4 semanas
 - penicilina G cristalina 4 milhões de unidades, 4/4h, 4 semanas
 - penicilina G cristalina 4 milhões de unidades, 4/4h, 4 semanas associada com gentamicina 1mg/kg, 8/8h, 2 semanas
 - penicilina G cristalina 4 milhões de unidades, 4/4h, 4 semanas associada com gentamicina 1mg/kg, 8/8h, 4 semanas
27. Na endocardite infecciosa, uma minoria de casos apresentam hemoculturas negativas. Entre algumas causas, pode-se ter: endocardite subaguda de lado direito do coração, administração prévia de antibióticos antes da coleta das culturas, endocardite infecciosa mural e alguns micro-organismos que não crescem ou crescem com dificuldade nos meios tradicionais de culturas. Os micro-organismos comumente associados à endocardite com hemoculturas negativas são:
- Cedecea* sp., *Brucella* spp., *E. coli*, *Candida* sp. e *Aeromonas* sp.
 - Bartonella* spp., *Brucella* spp., *Cedecea* sp., *Candida* sp. e *Streptococcus gallolyticus*
 - Bartonella* spp., *Brucella* spp., *Coxiella burnetii*, *Tropheryma whippelii* e *Aspergillus* sp.
 - Coxiella burnetii*, *Cedecea* sp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus gallolyticus* e *Aeromonas* sp.
28. Na profilaxia da transmissão ocupacional do HIV, em um acidente com paciente fonte HIV positivo está indicado quimioprofilaxia com antirretrovirais. O esquema terapêutico, de primeira escolha, em um profissional sem contraindicações, o tempo ideal e o tempo máximo de início da quimioprofilaxia, após o acidente, são:
- tenofovir, lamivudina e atazanavir/ritonavir; iniciar nas primeiras duas horas e no máximo até 72 horas
 - tenofovir, lamivudina e atazanavir/ritonavir; iniciar nas primeiras duas horas e no máximo até 96 horas
 - zidovudina, lamivudina e atazanavir/ritonavir; iniciar, idealmente, nas primeiras duas horas e no máximo até 96 horas
 - tenofovir, lamivudina e raltegravir; iniciar, idealmente, nas primeiras duas horas e no máximo até 72 horas
29. Em um CTI de 5 leitos, no mês de novembro, foram diagnosticados três casos de infecção do trato urinário relacionado a cateter vesical de demora (ITU-CVD). Sabendo que o número de cateter vesical-dia é 112, a densidade de incidência de ITU-CVD é:
- 15%
 - 26,79%
 - 15 por 1.000 cateteres urinários-dia
 - 26,79 por 1.000 cateteres urinários-dia

30. As infecções de sítio cirúrgico são uma das causas mais comuns relacionadas à assistência à saúde, ocupando, atualmente, a terceira posição em frequência no Brasil. Define-se como infecção de sítio cirúrgico profunda, aquela que:
- (A) ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia, sem a colocação de prótese ou, em até um ano, com colocação de prótese e acomete tecidos moles profundos à incisão como músculo e fáscias
 - (B) ocorre nos primeiros 14 dias após a cirurgia, sem a colocação de prótese ou, em até 6 meses, com colocação de prótese e acomete tecidos moles profundos à incisão como músculo e fáscias
 - (C) ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia, sem a colocação de prótese ou, em até 6 meses, com colocação de prótese e acomete qualquer cavidade ou órgão que tenha sido aberto ou manipulado durante a cirurgia
 - (D) ocorre nos primeiros 14 dias após a cirurgia, sem a colocação de prótese, ou em até 6 meses, com colocação de prótese e acomete qualquer cavidade ou órgão que tenha sido aberto ou manipulado durante a cirurgia
31. Em uma enfermaria de pediatria com 4 crianças internadas, uma desenvolve lesões vesiculares difusas em todo tegumento, sendo diagnosticado varicela. As outras 3 crianças foram avaliadas e não apresentavam sinais ou sintomas dessa doença. Sabendo que: criança "A" tem 3 anos de idade, nunca teve varicela, não foi vacinada, previamente, e está internada fazendo quimioterapia para leucemia (estando neutropênica no momento); criança "B" tem 8 anos de idade, tem hérnia inguinal aguardando cirurgia, nunca teve a doença e não foi vacinada; criança "C" tem 7 anos de idade, com diagnóstico de impetigo, com passado de varicela. Em relação à profilaxia da varicela, nos casos acima, deve-se proceder:
- (A) prescrever apenas aciclovir profilático para as crianças "A", "B" e "C", por 14 dias
 - (B) para as crianças "A" e "B" prescrever imunoglobulina anti-varicela-zóster, em até 4 dias, após a exposição; para criança "C" não é necessário indicar profilaxia
 - (C) para a criança "A" prescrever imunoglobulina anti-varicela-zóster, em até 4 dias, após a exposição; para a criança "B" prescrever a vacina anti-varicela-zóster, em até 5 dias, após a exposição; para a criança "C" não é necessário indicar profilaxia
 - (D) para a criança "A" prescrever imunoglobulina anti-varicela-zóster, em até 5 dias, após a exposição; para a criança "B" prescrever a vacina anti-varicela-zóster, em até 5 dias, após a exposição; para a criança "C" não é necessário indicar profilaxia
32. Para prevenir a transmissão de infecções intra-hospitalares, pacientes com infecções suspeitas ou confirmadas devem ser colocados em precaução de contato, respiratória tipo gotícula ou aerossóis. As doenças ou micro-organismos transmissíveis por gotículas são:
- (A) vírus influenza; varicela, *Neisseria meningitidis*, sarampo, parvovírus B19
 - (B) *Bordetella pertussis*, Rhinovírus, sarampo, *Streptococcus* do grupo A, influenza
 - (C) varicela, sarampo, *Neisseria meningitidis*, parvovírus B19, *Mycobacterium tuberculosis*
 - (D) parvovírus B19; *Bordetella pertussis*; *Neisseria meningitidis*; Rhinovírus; escarlatina pelo *Streptococcus* do grupo A
33. Em indivíduos com infecção pelo vírus influenza, o período principal de transmissibilidade é:
- (A) em adultos imunocompetentes, ocorre principalmente 48 horas antes do início dos sintomas e dura até 10 dias, após o final da febre; em crianças, pode ocorrer 24 horas antes do início dos sintomas e durar até 3 dias, após o final da febre
 - (B) em adultos imunocompetentes, ocorre principalmente 24 horas antes do início dos sintomas e dura até 3 dias, após o final da febre; em crianças, pode ocorrer 24 horas antes do início dos sintomas e durar até 10 dias, após o final da febre
 - (C) em adultos imunossuprimidos, ocorre principalmente 72 horas antes do início dos sintomas e dura até 10 dias, após o final da febre; em crianças, pode ocorrer 24 horas antes do início dos sintomas e durar até 10 dias, após o final da febre
 - (D) em adultos imunocompetentes, ocorre principalmente 24 horas antes do início dos sintomas e dura até 5 dias, após o final da febre; em crianças, pode ocorrer 72 horas antes do início dos sintomas e durar até 5 dias, após o final da febre
34. Em 2016, foi publicado o novo Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. As metas para reduzir as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) prioritárias, estabelecidas no novo programa, até 2020, são:
- (A) reduzir em 15% da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial, associada ao uso de cateter venoso central em UTI adulto, pediátrica ou neonatal, com taxa de infecção, acima do percentil 90; 50% dos hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica ou neonatal com *check list* das práticas de inserção segura de cateter venoso central; 80% dos hospitais com UTI adulto, pediátrica ou neonatal com protocolos implementados de prevenção de pneumonia, associada à ventilação mecânica e infecção do trato urinário relacionada a cateter vesical de demora
 - (B) reduzir em 50% da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial, associada ao uso de cateter venoso central em UTI adulto, pediátrica ou neonatal, com taxa de infecção acima do percentil 90; 100% dos hospitais com leitos de UTI adulto, pediátrica ou neonatal com *check list* das práticas de inserção segura de cateter venoso central; 100% dos hospitais com UTI adulto, pediátrica ou neonatal com protocolos implementados de prevenção de pneumonia, associada à ventilação mecânica e infecção do trato urinário relacionada a cateter vesical de demora
 - (C) reduzir em 50% da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial, associada ao uso de cateter venoso central em UTI adulto somente, com taxa de infecção acima do percentil 90; 100% dos hospitais com UTI adulto somente, com *check list* das práticas de inserção segura de cateter venoso central; 100% dos hospitais com UTI somente, com protocolos implementados de prevenção de pneumonia, associada à ventilação mecânica e infecção do trato urinário relacionada a cateter vesical de demora
 - (D) reduzir em 15% as IPCS usando como valor de referência a mediana de 2015; melhoria na adesão das notificações de IPCS para 80% ou mais de todos os hospitais com UTI adulto, pediátrica ou neonatal

35. A densidade de incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), em neonatologia tardia deve ser calculada, separadamente, em faixas:
- do percentual de peso no nascimento
 - de peso no momento da notificação
 - etárias no momento da notificação
 - de peso no nascimento
36. A daptomicina é utilizada para tratamento de infecções por bactérias gram-positivas. Pode apresentar, como efeito adverso, que deve ser monitorizado durante seu uso:
- neurotoxicidade, principalmente, em pacientes idosos ou com insuficiência renal
 - miototoxicidade com ou sem elevação da CPK e sinais e sintomas de miopatia
 - mielotoxicidade com seu uso prolongado, evoluindo com pancitopenia
 - pancreatite aguda
37. Sobre o tratamento empírico de infecções suspeitas de *Klebsiella pneumoniae* resistente aos antibióticos carbapenêmicos, é correto afirmar que:
- realizar monoterapia com polimixina B ou E
 - deve ser utilizada a associação de dois antimicrobianos: um deles a polimixina B ou E e o aztreonam
 - deve ser utilizada a associação de dois ou mais antimicrobianos: um deles a polimixina B ou E, e a ampicacina ou tigeciclina ou meropenem
 - deve ser utilizada a associação de dois antimicrobianos: um deles a polimixina B ou E e a piperacilina/tazobactam, uma vez que o tazobactam é capaz de inibir a ação dos carbapenemases
38. As recomendações, no Brasil, para quimioprofilaxia pós-exposição para o vírus influenza e o esquema profilático preconizado são:
- indivíduos com alto risco de complicações: grávidas em qualquer idade gestacional; puérperas até 14 dias após o parto; obesos adultos com índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 40; pacientes com insuficiência renal crônica; indivíduos imunossuprimidos não vacinados ou vacinados, há menos de 15 dias. Oseltamivir, por 10 dias
 - indivíduos com alto risco de complicações: grávidas em qualquer idade gestacional; puérperas até 14 dias após o parto; obesos adultos com IMC maior ou igual a 40; pacientes com insuficiência renal crônica; indivíduos imunossuprimidos e pacientes com hipertensão arterial sistêmica não vacinados ou vacinados, há menos de 15 dias. Oseltamivir, por 10 dias
 - indivíduos com alto risco de complicações: grávidas em qualquer idade gestacional; puérperas até 14 dias após o parto; obesos adultos com IMC maior ou igual a 40; pacientes com insuficiência renal crônica e indivíduos imunossuprimidos não vacinados ou vacinados, há menos de 15 dias. Oseltamivir, por 5 dias
 - indivíduos com alto risco de complicações: grávidas em qualquer idade gestacional; puérperas até 14 dias após o parto; obesos adultos com IMC maior ou igual a 40; pacientes com insuficiência renal crônica; indivíduos imunossuprimidos e pacientes com hipertensão arterial sistêmica não vacinados ou vacinados, há menos de 15 dias. Oseltamivir, por 5 dias
39. Conforme Nota Técnica nº 01/2013, Anvisa, o diagnóstico de triagem laboratorial de resistência aos antibióticos carbapenêmicos preconiza:
- as enterobactérias devem ser testadas para meropenem e imipenem e caso apresentem sensibilidade para os dois antibióticos, a amostra deve ser liberada como sensível, não sendo necessário exames adicionais. As bactérias do grupo CESP: *Citrobacter freundii*, *enterobacter* spp., *Serratia* spp., *Providencia* spp., *Morganella morganii* e *Hafnia alvei* devem ser testadas a sensibilidade apenas para meropenem e imipenem
 - as enterobactérias devem ser testadas para ertapenem, meropenem e imipenem e caso apresentem sensibilidade para os três antibióticos, a amostra deve ser liberada como sensível, não sendo necessário exames adicionais. As bactérias do grupo CESP: *Citrobacter freundii*, *Enterobacter* spp., *Serratia* spp., *Providencia* spp., *Morganella morganii* e *Hafnia alvei* devem ser testadas a sensibilidade apenas para meropenem e imipenem
 - as enterobactérias devem ser testadas para ertapenem, meropenem e imipenem e caso apresentem sensibilidade para pelo menos dois antibióticos carbapenêmicos, a amostra deve ser liberada como sensível, não sendo necessário exames adicionais. As bactérias do grupo CESP: *Citrobacter freundii*, *Enterobacter* spp., *Serratia* spp., *Providencia* spp., *morganella morganii* e *Hafnia alvei* devem ser testadas a sensibilidade para meropenem, imipenem e ertapenem
 - as enterobactérias devem ser testadas para meropenem e imipenem e caso apresentem sensibilidade para os dois antibióticos, a amostra deve ser liberada como sensível, não sendo necessário exames adicionais. As bactérias do grupo CESP: *Citrobacter freundii*, *Enterobacter* spp., *Serratia* spp., *Providencia* spp., *Morganella morganii* e *Hafnia alvei* devem ser testadas a sensibilidade para meropenem, ertapenem e imipenem
40. Sobre as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), em neonatologia, é correto afirmar:
- são classificadas em imediatas até 8h após o parto, em precoce >8h e < 24h e em tardia, período > 24h
 - são classificadas em precoce, definida pela evidência diagnóstica num período ≤ 48h, após o nascimento; em tardia, definida pela evidência diagnóstica em período > 48h, após o nascimento, e em transplacentária, adquirida por via transplacentária com acometimento intraútero
 - são classificadas em precoce, definida pela evidência diagnóstica num período ≤ 24h, após o nascimento; em tardia, definida pela evidência diagnóstica em período > 24h, após o nascimento, e em transplacentária, adquirida por via transplacentária com acometimento intraútero
 - são classificadas em precoce, definida pela evidência diagnóstica num período ≤ 72h, após o nascimento; em tardia, definida pela evidência diagnóstica em período > 72h, após o nascimento, e em transplacentária, adquirida por via transplacentária com acometimento intraútero
41. A Portaria nº 2616/98, do Ministério da Saúde, expediu diretrizes e normas para atuação das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIh). Conforme a portaria são funções dessas comissões:
- gerenciar e elaborar o contrato com as firmas terceirizadas de manutenção hospitalar
 - realizar o atendimento inicial e acompanhar os profissionais de saúde que sofram acidentes com material biológico
 - realizar as notificações das doenças e agravos de notificação compulsória, na ausência do núcleo de vigilância epidemiológica
 - gerenciar e elaborar o contrato com as firmas terceirizadas de higienização hospitalar caso o hospital não possua empresa própria

42. Para testagem adicional de triagem da resistência fenotípica aos antibióticos carbapenêmicos em enterobactérias, não pertencentes ao grupo CESP, após presença de resistência no teste de sensibilidade antimicrobiana, a conduta a ser realizada é:
- não é necessária a realização de testes adicionais, uma vez que a presença de resistência a qualquer um dos antibióticos carbapenêmicos no teste de sensibilidade antimicrobiana permite inferir que a enterobactéria testada é portadora de KPC
 - utilizar o teste de Hodge modificado para detecção fenotípica de resistência aos carbapenêmicos, uma vez que apresenta alta sensibilidade, principalmente, para detecção da produção de NDM
 - testar através do método de disco difusão, usando discos de imipenem e meropenem, contendo aditivos com ácido fenilborônico, EDTA e cloxacilina e no mesmo exame discos de meropenem, imipenem e ertapenem, sem aditivos. Nas amostras avaliadas, que apresentarem diferença de diâmetro ≥ 5 mm para o carbapenêmico imipenem ou meropenem, com EDTA, em relação ao imipenem ou meropenem, sem EDTA deverão ser considerados potenciais produtores de metalo-betalactamase; presença de diferença no diâmetro do halo de inibição ≥ 5 mm, apenas com ácido fenilborônico, para imipenem ou meropenem, deverão ser considerados produtores de KPC; isolados com diferença de diâmetro do halo de inibição ≥ 5 mm com ácido fenilborônico e cloxacilina, para qualquer um daqueles antibióticos, deverão ser considerados produtores de Amp C plasmidial e deficientes em porinas
 - testar através do método de disco difusão, usando discos de imipenem e meropenem, contendo aditivos com ácido fenilborônico, EDTA e cloxacilina e no mesmo exame discos de meropenem, imipenem e ertapenem, sem aditivos. Nas amostras avaliadas, que apresentarem diferença de diâmetro ≥ 5 mm para o carbapenêmico imipenem ou meropenem, com EDTA, em relação ao imipenem ou meropenem, sem EDTA deverão ser considerados potenciais produtores de KPC; presença de diferença no diâmetro do halo de inibição ≥ 5 mm, apenas com ácido fenilborônico, para imipenem ou meropenem, deverão ser considerados produtores de metalo-betalactamase; isolados com diferença de diâmetro do halo de inibição ≥ 5 mm com ácido fenilborônico e cloxacilina, para qualquer um daqueles antibióticos, deverão ser considerados produtores de Amp C plasmidial e deficientes em porinas
43. O vírus HTLV (vírus linfotrófico humano da célula T) é um agente infeccioso, associado a múltiplas complicações, incluindo infecções secundárias, doenças neoplásicas e inflamatórias. As doenças infecciosas secundárias e o melhor método laboratorial para diagnosticá-las são:
- varicela; sorologia IgM e IgG
 - estrongiloidíase; exame parasitológico de fezes pela técnica de Baerman-Moraes
 - paracoccidiodomicose; cultura para fungos e exame micológico direto de amostras diversas, conforme o órgão atingido
 - histoplasmose; exames sorológicos, pesquisa de antígeno sérico e urinário e cultura para fungos de amostras diversas, conforme o órgão atingido
44. Em relação à constituição dos membros executores da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS), é correto afirmar:
- deve ser formada por, pelo menos, dois profissionais, de nível superior, da área da saúde, sendo um deles, preferencialmente, médico para cada 500 leitos, com carga horária mínima diária, de 12 horas e de 2 horas para os demais profissionais
 - deve ser formada por, pelo menos, dois profissionais, de nível superior, da área da saúde, sendo um deles, preferencialmente, enfermeiro para cada 200 leitos, com carga horária mínima diária, de 6 horas e de 4 horas para os demais profissionais. Os colaboradores terão acréscimo de 2 horas da carga horária semanal para cada 10 leitos de pacientes críticos
 - deve ser formada por, pelo menos, dois profissionais, de nível técnico, da área da saúde, sendo um deles, preferencialmente, técnico de enfermagem para cada 200 leitos, com carga horária mínima diária, de 6 horas e de 4 horas para os demais profissionais. Os colaboradores terão acréscimo de 2 horas da carga horária semanal para cada 10 leitos de pacientes críticos
 - deve ser formada por, pelo menos, dois profissionais, de nível superior, da área da saúde, sendo um deles, preferencialmente, médico infectologista para cada 200 leitos, com carga horária mínima diária, de 6 horas e de 4 horas para os demais profissionais. Os colaboradores terão acréscimo de 2 horas da carga horária semanal para cada 10 leitos de pacientes críticos
45. As Centrais de Material Esterilizado (CME), conforme a Resolução-RDC nº 15, de 15 de março de 2012, devem ser classificadas em:
- CME de classe I: realiza processamento de artigos críticos, semicríticos e não críticos; CME de classe II: realiza processamento de artigos semicríticos e não críticos
 - CME de classe I: realiza processamento de artigos semicríticos e não críticos; CME de classe II: realiza processamento de artigos críticos, semicríticos e não críticos
 - CME de classe I: são as localizadas dentro de hospitais e clínicas que realizam procedimentos invasivos e CME de classe II são as não localizadas dentro de hospitais e clínicas que realizam procedimentos invasivos, sendo terceirizadas
 - CME de classe I: realiza processamento de produtos para saúde: críticos, semicríticos e não críticos de conformação não complexa passíveis de processamento; CME de classe II: realiza processamento de produtos para saúde: críticos, semicríticos e não críticos de conformação complexa e não complexa passíveis de processamento
46. Os artigos hospitalares podem ser divididos de acordo com o risco de transmissão de micro-organismos e devem ser submetidos a diferentes métodos de processamento. Quanto ao risco de transmissão de patógenos, as classificações dos artigos e o método de processamento, são:
- artigos críticos: devem ser esterilizados; artigos semicríticos: submetidos à desinfecção de alto nível; artigos não críticos: submetidos à desinfecção de baixo nível ou limpeza
 - artigos críticos: submetidos à desinfecção de alto nível; artigos não críticos: submetidos à desinfecção de baixo nível ou limpeza
 - artigos de alta probabilidade de transmissão: devem ser esterilizados; artigos de moderado risco de transmissão: submetidos à desinfecção de baixo nível ou limpeza
 - artigos críticos: devem ser esterilizados; artigos semicríticos e artigos não críticos: submetidos à desinfecção de baixo nível ou limpeza

47. As principais classes de antifúngicos, usadas no tratamento de infecções invasivas, são os polienicos (ex. anfotericina B), azólicos (ex. voriconazol) e equinocandinas (ex. caspofungina). Sobre o mecanismo de ação dos antifúngicos, é correto afirmar:
- a anfotericina B atua ligando-se ao ergosterol na membrana citoplasmática dos fungos, ocasionando a formação de poro permeável à saída de água e pequenas moléculas da célula fúngica, culminando com morte celular por deterioração metabólica; o voriconazol atua inibindo a síntese do ergosterol, através da inibição da enzima 14- α -lanosterol demetilase, acarretando a perda da permeabilidade seletiva da membrana plasmática e a morte celular; as equinocandinas atuam através da inibição da síntese da 1,3- β -D-glucana, inibindo a enzima glucana sintetase, levando à formação defeituosa da parede celular fúngica
 - a anfotericina B atua inibindo a síntese do ergosterol através da inibição da enzima 14- α -lanosterol demetilase, acarretando a perda da permeabilidade seletiva da membrana plasmática e morte celular; o voriconazol atua ligando-se ao ergosterol na membrana citoplasmática dos fungos, ocasionando a formação de poro permeável à saída de água e pequenas moléculas da célula fúngica, culminando com morte celular por deterioração metabólica; as equinocandinas atuam através da inibição da enzima DNA-girase, culminando com a degradação do cromossoma
 - a anfotericina B atua através da inibição da enzima DNA-girase culminando com a degradação do cromossoma; o voriconazol atua através da inibição da síntese da 1,3- β -D-glucana, inibindo a enzima glucana sintetase, ocasionando a formação defeituosa da parede celular fúngica; as equinocandinas atuam inibindo a síntese do ergosterol, através da inibição da enzima 14- α -lanosterol demetilase, acarretando a perda da permeabilidade seletiva da membrana plasmática e à morte celular
 - a anfotericina B atua através da inibição da síntese da 1,3- β -D-glucana, inibindo a enzima glucana sintetase, ocasionando a formação defeituosa da parede celular fúngica; o voriconazol atua inibindo a síntese do ergosterol, através da inibição da enzima 14- α -lanosterol demetilase, acarretando a perda da permeabilidade seletiva da membrana plasmática e a morte celular; as equinocandinas atuam ligando-se ao ergosterol na membrana citoplasmática dos fungos, levando à formação de poro permeável à saída de água e pequenas moléculas da célula fúngica, culminando com morte celular por deterioração metabólica
48. Conforme a Resolução-RDC nº 15, de 15 de março de 2012, os materiais semicríticos, utilizados na assistência ventilatória, anestesia e inaloterapia, podem ser processados como:
- submetidos à limpeza, utilizando produtos antissépticos como clorexidina
 - submetidos à limpeza e à esterilização, não sendo permitido desinfecção de nível intermediário
 - submetidos à limpeza e, no mínimo, à desinfecção de nível intermediário com produtos saneantes, em conformidade com a normatização sanitária ou por processo físico de termodesinfecção
 - submetidos à limpeza e, no mínimo, à desinfecção de alto nível com produtos saneantes, em conformidade com a normatização sanitária ou por processo físico de termodesinfecção, não sendo permitido a desinfecção de nível intermediário
49. Paciente com neutropenia, após quimioterapia, apresenta infecção do trato urinário inferior sintomática, por *Candida albicans*, após utilizar cateter vesical de demora. A melhor opção terapêutica é:
- fluconazol
 - voriconazol
 - micalfungina
 - anfotericina B lipossomal
50. Paciente de 19 anos de idade, com leucemia mieloide aguda realizou quimioterapia de indução de remissão, doze dias atrás, evoluindo para neutropenia (neutrófilos 50 células/mL) e febre. Na investigação, apresentou hemoculturas negativas, tomografia de seios da face com nível hidroaéreo em ambos os seios maxilares, e de tórax, sem alterações, pesquisa do antígeno galactomanana no sangue, positivo em duas coletas, em dias diferentes. O paciente está com cateter venoso profundo totalmente implantável sem flogose. O sítio de infecção, o agente etiológico e o tratamento de primeira escolha são:
- infecção primária de corrente sanguínea clínica, associada à infecção do cateter; bactérias gram-negativas ou gram-positivas; cefepima e vancomicina
 - infecção primária de corrente sanguínea clínica, associada à infecção do cateter; bactérias gram-negativas ou gram-positivas; cefepima
 - sinusite; *Fusarium* sp.; anfotericina B lipossomal
 - sinusite; *Aspergillus* sp.; voriconazol
51. Em um hospital, está ocorrendo surto de diarreia, por *Clostridium difficile*. A Comissão de Controle de Infecções relacionadas à assistência à saúde é convocada para implementar medidas preventivas. O protocolo de controle para essa bactéria é:
- higienização das mãos com álcool 70% gel glicerinado; identificar os casos suspeitos ou confirmados e colocá-los em precaução de contato, preferencialmente, em quartos com banheiro exclusivo, assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados, com uso de luva e capote não estéreis; utilizar hipoclorito de sódio para higienização do ambiente hospitalar e restringir o uso dos antibióticos clindamicina, quinolonas e cefalosporinas
 - higienização das mãos com água e sabão; identificar os casos suspeitos ou confirmados e colocá-los em precaução de contato, preferencialmente, em quartos com banheiro exclusivo; assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados, com uso de luva e capote não estéreis; utilizar hipoclorito de sódio para higienização do ambiente hospitalar e restringir o uso dos antibióticos clindamicina, quinolonas e cefalosporinas
 - higienização das mãos com água e sabão; identificar os casos suspeitos ou confirmados e colocá-los em precaução de contato, preferencialmente, em quartos com banheiro exclusivo; assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados, com uso de luva e capote não estéreis; utilizar quaternário de amônia para higienização do ambiente hospitalar e restringir o uso dos antibióticos clindamicina, quinolonas e cefalosporinas
 - higienização das mãos com água e sabão; identificar os casos suspeitos ou confirmados e colocá-los em precaução de contato, preferencialmente, em quartos com banheiro exclusivo; assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados, com uso de luva e capote não estéreis; utilizar hipoclorito de sódio para higienização do ambiente hospitalar e não é necessário restringir o uso dos antibióticos clindamicina, quinolonas e cefalosporinas

52. As pneumonias, relacionadas à assistência à saúde, são responsáveis por cerca de 25% das infecções, em CTI. As medidas específicas para prevenção dessa doença são:
- (A) manter os pacientes com cabeceira baixa 0°; avaliar, diariamente, a secreção e reduzi-la sempre que possível; aspirar secreção de via aérea acima do balonete do tubo orotraqueal (subglótica); higiene oral com enxaguante bucal
 - (B) manter os pacientes com cabeceira elevada entre 30 a 45°; aspirar secreção de via aérea acima do balonete do tubo orotraqueal (subglótica); higiene oral com enxaguante bucal
 - (C) manter os pacientes com cabeceira elevada entre 30 a 45°; avaliar, diariamente, a secreção e reduzi-la sempre que possível; aspirar secreção de via aérea acima do balonete do tubo orotraqueal (subglótica); higiene oral com antisséptico (clorexidina veículo oral)
 - (D) manter os pacientes com cabeceira elevada entre 30 a 45°; avaliar, diariamente, a secreção e reduzi-la sempre que possível; aspirar secreção de via aérea acima do balonete do tubo orotraqueal (subglótica); higiene oral com antisséptico (clorexidina veículo oral) e antibioticoprofilaxia para os pacientes, classificados em alto risco para pneumonia
53. As infecções primárias de corrente sanguíneas (IPCS), relacionadas à assistência à saúde são frequentes e estima-se que, aproximadamente, 60% dos casos são associados ao uso de algum dispositivo intravascular, como o cateter venoso central (CVC) de curta permanência. As medidas, para prevenção de IPCS, por esse dispositivo, são:
- (A) higienização das mãos; preparo da pele com gluconato de clorexidina; seleção do sítio de inserção do CVC de curta permanência, na veia subclávia; revisão diária e sua pronta retirada, quando não houver mais necessidade do seu uso
 - (B) higienização das mãos; precauções de barreira máxima para colocar o dispositivo vascular, com uso de máscara, gorro, avental, luvas estéreis e campo estéril grande que cubra todo corpo do paciente; preparo da pele com gluconato de clorexidina; seleção do sítio de inserção do CVC de curta permanência, na veia subclávia; revisão diária e sua pronta retirada, quando não houver mais necessidade do seu uso
 - (C) higienização das mãos; precauções de barreira máxima para colocar o dispositivo vascular; com uso de máscara, gorro, avental, luvas estéreis e campo estéril grande que cubra todo corpo do paciente; preparo da pele com PVPI (iodopovidona); seleção do sítio de inserção do CVC de curta permanência, na veia jugular interna; revisão diária e sua pronta retirada, quando não houver mais necessidade do seu uso
 - (D) higienização das mãos; precauções de barreira máxima para colocar o dispositivo vascular, com uso de máscara, gorro, avental, luvas estéreis e campo estéril grande que cubra todo corpo do paciente; preparo da pele com gluconato de clorexidina; seleção do sítio de inserção do CVC de curta permanência, na veia subclávia
54. O objetivo da antisepsia cirúrgica das mãos e o tempo adequado de degermação são:
- (A) reduzir, ao máximo possível, a microbiota transitória; tempo de degermação, de 3 a 5 minutos
 - (B) reduzir, ao máximo possível, a microbiota residente; tempo de degermação, de 1 a 2 minutos
 - (C) eliminar a microbiota transitória e reduzir, ao máximo possível, aquela residente na pele dos profissionais de saúde, antes do ato cirúrgico; tempo de degermação, de 3 a 5 minutos
 - (D) eliminar a microbiota transitória e reduzir, ao máximo possível, aquela residente na pele dos profissionais de saúde antes do ato cirúrgico; tempo de degermação, de 1 a 2 minutos
55. Paciente feminina, de 68 anos de idade, após trauma com fratura de colo de fêmur é submetida à artroplastia total do quadril (colocação de prótese), sem intercorrências. Sete meses, após a cirurgia, paciente apresenta saída de secreção purulenta no local da incisão cirúrgica e o exame de imagem (tomografia computadorizada) evidenciou trajeto fistuloso e alterações da cortical óssea, próxima à prótese. Sobre o caso clínico, acima, pode-se afirmar que trata-se de:
- (A) infecção do sítio cirúrgico incisional profundo
 - (B) infecção do sítio cirúrgico incisional superficial
 - (C) infecção do sítio cirúrgico de órgão e cavidade
 - (D) infecção da prótese e do osso de origem comunitária, sem relação com a cirurgia
56. A higienização das mãos pelo profissional de saúde é uma das medidas mais eficazes para controle e prevenção das infecções, relacionadas à assistência. É importante que haja lavatórios específicos, com dispensadores de sabão e papel toalha em número e localização adequados. Os lavatórios em unidades assistenciais, em relação a seu número e localização devem ser distribuídos:
- (A) no CTI/UTI, um para cada 5 leitos de não isolamento; nos berçários intensivos ou não, um para cada 4 leitos e um externo para cada cinco enfermarias ou 5 quartos
 - (B) nos CTI/UTI e berçários intensivos ou não, um para cada 4 leitos e três externos para cada duas enfermarias ou 4 quartos
 - (C) nos CTI/UTI e berçários intensivos ou não, um para cada leito e um externo para cada duas enfermarias ou 4 quartos
 - (D) no CTI/UTI um para cada 5 leitos de não isolamento; nos berçários intensivos ou não, um lavatório para cada 4 leitos e um externo para cada duas enfermarias ou 4 quartos
57. Em relação ao risco de transmissão de infecções, os ambientes hospitalares são classificados e definidos como:
- (A) áreas de alto risco: onde se realizam procedimentos invasivos de risco, com os pacientes; áreas de baixo risco: todos os demais compartimentos ocupados por pacientes, onde não se realizam procedimentos de risco
 - (B) áreas de alto risco: risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos e ambientes ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas; áreas de baixo risco: todos os demais compartimentos não ocupados por pacientes, onde não se realizam procedimentos de risco
 - (C) áreas críticas: risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes e ambientes ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas; áreas não críticas: todos os demais compartimentos não ocupados por pacientes, onde não se realizam procedimentos de risco
 - (D) áreas críticas: risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos; áreas semicríticas: ambientes ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas; áreas não críticas: todos os demais compartimentos não ocupados por pacientes, onde não se realizam procedimentos de risco

58. Funcionária de laboratório de referência para doença de Chagas, ao manipular sangue de paciente com a forma aguda da doença sofre acidente com material biológico, com respingo de sangue em mucosa ocular. É encaminhada pelo médico do trabalho para a Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS), para avaliação do caso. O paciente fonte apresenta sorologias para HIV, HCV e HBV negativos coletadas no dia do acidente. As sorologias da profissional acidentada foram negativas para HIV, HCV e para HBV apresenta Anti-HBS reagentes. A conduta nesse caso é:
- (A) monitorar a profissional acidentada com sorologia para doença de Chagas, reação de cadeia de polimerase (PCR) e pesquisa do parasita no sangue, semanalmente. Iniciar tratamento com antimonial pentavalente, caso qualquer desses exames positivem, e manter o tratamento, por 60 dias
 - (B) monitorar a profissional acidentada com sorologia para doença de Chagas, reação de cadeia de polimerase (PCR) e pesquisa do parasita no sangue, semanalmente. Iniciar tratamento com benzonidazol, caso qualquer desses exames positivem, e manter o tratamento, por 30 dias
 - (C) iniciar quimioprofilaxia para doença de Chagas, imediatamente, com antimonial pentavalente, por 30 dias
 - (D) iniciar quimioprofilaxia para doença de Chagas, imediatamente, com benzonidazol, por 60 dias
59. No tratamento das meningites agudas, o protocolo do uso da dexametasona é:
- (A) nas meningites bacterianas agudas causadas pelo *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis* deve ser iniciada em até 24h após a primeira dose do antibiótico e mantida, até o fim do tratamento (10 a 14 dias).
 - (B) nas meningites bacterianas agudas causadas pelo *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Listeria monocytogenes* deve ser iniciada antes da primeira dose do antibiótico e mantida, por até 4 dias
 - (C) nas meningites bacterianas agudas causadas pelo *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis*; deve ser iniciada antes da primeira dose do antibiótico e mantida, por até 4 dias
 - (D) nas meningites bacterianas agudas causadas pelo *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* deve ser iniciada antes da primeira dose do antibiótico e mantida, por até 4 dias
60. Paciente masculino, de 16 anos de idade, será submetido à esplenectomia por hipersplenismo. O cirurgião pede parecer para um infectologista sobre as medidas de prevenção de infecções futuras no paciente esplenectomizado. A medida indicada é:
- (A) não há indicação de realizar vacinação, no pré-operatório
 - (B) vacinar, 14 dias antes do procedimento, para *Haemophilus influenzae* tipo b, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*
 - (C) vacinar, 7 dias antes do procedimento, para *Haemophilus influenzae* tipo b, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*
 - (D) vacinar, 14 dias antes do procedimento, para *Haemophilus influenzae* tipo b, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella* sp. e febre tifoide