



CÓD: OP-032JN-24  
7908403547975

# MOSSORÓ-RN

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ - RIO GRANDE DO NORTE

Agente de Combate às Endemias

**EDITAL Nº 01/2023, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2023**

## ***Língua Portuguesa***

1. Fonética. Encontros Vocálicos e Consonantais. Silaba e Tonicidade. Divisão Silábica.....	01
2. Morfologia .....	01
3. Componentes de um Vocábulo. Ortografia .....	01
4. Formação das Palavras.....	02
5. Significação das Palavras.....	03
6. Classes de Palavras: Substantivo, Artigo, Adjetivo, Numeral, Pronome, Verbo, Advérbio, Preposição, Conjunção e Interieção .....	04
7. Sintaxe.....	11
8. Concordância Nominal e Concordância Verbal.....	15
9. Acentuação Gráfica.....	17
10. Interpretação de Texto.....	18

## ***Raciocínio Lógico***

1. Raciocínio lógico. Estruturas lógicas. ....	1
2. Resolução de situações-problema .....	6
3. Reconhecimento de sequências e padrões.....	8
4. Diagramas lógicos. Avaliação de argumentos por diagramas de conjuntos .....	10

## ***Sistema Único de Saúde***

1. NOB/96 e NOAS 01 e 02 .....	45
2. Sistema de vigilâncias em saúde epidemiológica .....	80
3. Endemias e epidemias: situação atual, medidas de controle e tratamento .....	81
4. Modelo Assistencial, Planejamento e programação local de saúde .....	83
5. Política Nacional de Humanização .....	83
6. Constituição Federal /88, Seção II - Da Saúde.....	92
7. Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990 .....	93
8. Lei Federal nº 8.142 de 26/12/1990 .....	103
9. Política Nacional de Atenção Básica à Saúde Portaria 2488/2011.....	104
10. Estratégias de Saúde da Família Núcleos de “Apoio à Saúde da Família.....	121
11. Cartilha de Direito e Deveres do usuário do SUS .....	122
12. redes de atenção à saúde .....	126
13. Política Nacional de Promoção de saúde; Promoção da saúde .....	127
14. Política Nacional de Educação Permanente em saúde .....	140
15. Modelo de atenção e processo de trabalho no SUS .....	141
16. Determinantes do processo saúde-doença .....	141
17. Políticas de saúde e história das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva histórica .....	142
18. reforma sanitária .....	143
19. Sistemas e serviços de saúde.....	143

---

---

## ÍNDICE

---

20. Financiamento público e privado da saúde no Brasil.....	144
21. Controle social: conselhos e conferências de saúde .....	144
22. Conferências Nacionais de Saúde .....	145
23. Organização do SUS .....	146
24. Legislação estruturante, princípios e diretrizes do SUS; Constituição Federal de 1988; Lei 8.080/90 e Lei 8.142/920; Princípios e Diretrizes .....	150
25. Pacto pela Saúde, de Gestão e pela Vida.....	150
26. Planejamento e Gestão em saúde .....	168
27. Modelos de atenção à saúde .....	186
28. Vigilância à Saúde: noções básicas .....	193
29. Programas nacionais de saúde.....	194
30. Atenção Primária à Saúde: conceitos, princípios e organização no Brasil; História da APS .....	199
31. Estratégia de Saúde da Família: histórico, processo de implantação, organização e normatizações.....	204
32. Processo de Trabalho em Saúde .....	205
33. Epidemiologia básica: indicadores de saúde; sistemas de informações; métodos epidemiológicos; principais agravos de interesse público.....	206
34. Demografia básica: perfis nacionais, alterações recentes e perspectivas.....	208
35. interesse público.....	209

## ***Conhecimentos Específicos***

### ***Agente de Combate às Endemias***

1. Política Nacional de Atenção Básica.....	213
2. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 - atribuições, a jornada e as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.....	235
3. Abordagem comunitária em saúde.....	241
4. Atribuições específicas e postura profissional do agente de combate a endemias.....	241
5. Promoção, prevenção e proteção à saúde.....	243
6. Noções de higiene e saneamento básico.....	249
7. equipamento de proteção individual e coletivo. ....	257
8. Noções de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos.....	267
9. Noções de conhecimento geográfico: mapas .....	274
10. Visita domiciliar .....	275
11. Dengue: instruções para combate, reconhecimento geográfico, sintomas, tratamento e controle em definir município .....	276
12. Raiva: sintomas, transmissão e controle.....	303
13. Leptospirose: sintomas, transmissão, prevenção e controle .....	305
14. Esquistossomose: sintomas, transmissão e controle.....	309
15. Febre chikungunya: conceito, área de circulação, sintomas, transmissão, prevenção e controle.....	311
16. Doença de Chagas: sintomas, transmissão, prevenção e controle .....	316
17. Hanseníase: sintomas, transmissão, prevenção e controle .....	318
18. Pandemias: a covid-19 .....	327

---

**Agente Etiológico**

É um protozoário da ordem Kinetoplastida da família Trypanosomatidae e gênero Trypanosoma denominado Trypanosoma cruzi. No homem e nos animais, vive no sangue periférico e nas fibras musculares, especialmente as cardíacas e digestivas: no inseto transmissor, vive no tubo digestivo.

**Profilaxia**

Baseiam-se principalmente em medidas de controle ao “barbeiro”, impedindo a sua proliferação nas moradias e em seus arredores. Além de medidas específicas (inquéritos sorológicos, entomológicos e desinsetização), as atividades de educação em saúde, devem estar inseridas em todas as ações de controle, bem como, as medidas a serem tomadas pela população local, tais como:

- melhorar habitação, através de reboco e tamponamento de rachaduras e frestas;
- usar telas em portas e janelas;
- impedir a permanência de animais, como cão, o gato, macaco e outros no interior da casa;
- evitar montes de lenhas, telhas ou outros entulhos no interior e arredores da casa;
- construir galinheiro, paiol, tulha, chiqueiro, depósito afastado das casas e mantê-los limpos;
- retirar ninhos de pássaros dos beirais das casas;
- manter limpeza periódica nas casas e em seus arredores;
- difundir junto aos amigos, parentes, vizinhos, os conhecimentos básicos sobre a doença, vetor e sobre as medidas preventivas;
- encaminhar os insetos suspeitos de serem “barbeiros”, para o serviço de saúde mais próximo.

**Reservatórios**

Além do homem, mamíferos domésticos e silvestres têm sido naturalmente encontrados infectados pelo Trypanosoma cruzi, tais como: gato, cão, porco doméstico, rato de esgoto, rato doméstico, macaco de cheiro, sagüi, tatu, gambá, cuíca, morcego, dentre outros.

Os mais importantes epidemiologicamente são aqueles que coabitam ou estão muito próximos do homem como o cão, o rato, o gambá, o tatu, e até mesmo o porco doméstico, encontrado associado com espécies silvestres na Amazônia. As aves e animais de “sangue frio” (lagartos, sapos, outros) são refratários à infecção.

**HANSENÍASE: SINTOMAS, TRANSMISSÃO, PREVENÇÃO E CONTROLE**

**HANSENÍASE**

**Características Gerais**

Doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo Mycobacterium leprae. Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade); propriedades essas que não são em função apenas de suas características intrínsecas, mas que dependem, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio, entre outros aspectos. O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social. O alto potencial incapacitante da

hanseníase está diretamente relacionado ao poder imunogênico do M. leprae. A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença.

A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente o quadro da hanseníase, que atualmente tem tratamento e cura. No Brasil, cerca de 47.000 casos novos são detectados a cada ano, sendo 8% deles em menores de 15 anos.

Agente Etiológico: O M. leprae é um bacilo álcool-ácido resistente, em forma de bastonete. É um parasita intracelular, sendo a única espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos, especificamente células de Schwann. Esse bacilo não cresce em meios de cultura artificiais, ou seja, in vitro.

Reservatório: O ser humano é reconhecido como a única fonte de infecção, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados – o tatu, macaco mangabei e o chimpanzé. Os doentes com muitos bacilos (multibacilares-MB) sem tratamento – hanseníase virchowiana e hanseníase dimorfa – são capazes de eliminar grande quantidade de bacilos para o meio exterior (carga bacilar de cerca de 10 milhões de bacilos presentes na mucosa nasal).

Modo de transmissão: A principal via de eliminação dos bacilos dos pacientes multibacilares (virchowianos e dimorfos) é a aérea superior, sendo, também, o trato respiratório a mais provável via de entrada do M. leprae no corpo.

Período de incubação: A hanseníase apresenta longo período de incubação; em média, de 2 a 7 anos. Há referências a períodos mais curtos, de 7 meses, como também a mais longos, de 10 anos.

Período de transmissibilidade: Os doentes com poucos bacilos – paucibacilares (PB), indeterminados e tuberculóides – não são considerados importantes como fonte de transmissão da doença, devido à baixa carga bacilar. Os pacientes multibacilares, no entanto, constituem o grupo contagiante, assim se mantendo como fonte de infecção, enquanto o tratamento específico não for iniciado.

Suscetibilidade e imunidade: Como em outras doenças infecciosas, a conversão de infecção em doença depende de interações entre fatores individuais do hospedeiro, ambientais e do próprio M. leprae. Devido ao longo período de incubação, a hanseníase é menos frequente em menores de 15 anos, contudo, em áreas mais endêmicas, a exposição precoce, em focos domiciliares, aumenta a incidência de casos nessa faixa etária. Embora acometa ambos os sexos, observa-se predominância do sexo masculino.

**Aspectos Clínicos e Laboratoriais**

**Diagnóstico Clínico**

O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico).

**Reações Hansênicas**

Os estados reacionais ou reações hansênicas são alterações do sistema imunológico, que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, que podem ocorrer mais frequentemente nos casos MB (Quadro 4). Elas podem ocorrer antes (às vezes, levando à suspeição diagnóstica de hanseníase), durante ou depois do tratamento com Poliquimioterapia (PQT):

- Reação Tipo 1 ou reação reversa (RR) – caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

- Reação Tipo 2, cuja manifestação clínica mais frequente é o eritema nodoso hansênico (ENH) – caracteriza-se por apresentar nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

Os estados reacionais são a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. Portanto, é importante que o diagnóstico das reações seja feito precocemente, para se dar início imediato ao tratamento, visando prevenir essas incapacidades. Frente à suspeita de reação hansênica, recomenda-se:

- confirmar o diagnóstico de hanseníase e fazer a classificação operacional;
- diferenciar o tipo de reação hansênica;
- investigar fatores predisponentes (infecções, infestações, distúrbios hormonais, fatores emocionais e outros).

O diagnóstico dos estados reacionais é realizado através do exame físico geral e dermatoneurológico do paciente. Tais procedimentos são também fundamentais para o monitoramento do comprometimento de nervos periféricos e avaliação da terapêutica antirreacional. A identificação dos mesmos não contraindica o início do tratamento (PQT/OMS). Se os estados reacionais aparecerem durante o tratamento, esse não deve ser interrompido, mesmo porque reduz significativamente a frequência e a gravidade dos mesmos. Se forem observados após o tratamento específico para a hanseníase, não é necessário reiniciá-lo e sim iniciar a terapêutica antirreacional.

Quadro 4. Síntese das reações hansênicas (tipo 1 e 2) em relação à classificação operacional da hanseníase: casos paucibacilares e multibacilares.

Episódios reacionais Tipo 1

Reação reversa Tipo 2

Eritema nodoso hansênico (ENH)

Formas clínicas Paucibacilar Multibacilar

Início Antes do tratamento PQT ou nos primeiros 6 meses do tratamento. Pode ser a primeira manifestação com PQT. Pode ser a primeira manifestação da doença. Pode ocorrer durante ou após o tratamento da doença.

Causa Processo de hiperatividade imunológica, em resposta ao antígeno (bacilo ou fragmento bacilar). Processo de hiperatividade imunológica, em resposta ao antígeno (bacilo ou fragmento bacilar).

Manifestações clínicas - Aparecimento de novas lesões que podem ser eritemato-infiltradas (aspecto erisipilóide).

- Reagudização de lesões antigas.
- Dor espontânea nos nervos periféricos.

- Aumento ou aparecimento de áreas hipo ou anestésicas. - As lesões preexistentes permanecem inalteradas.

- Há aparecimento brusco de nódulos eritematosos, dolorosos à palpação ou até mesmo espontaneamente que podem evoluir para vesículas, pústulas, bolhas ou úlceras.

Comprometimento sistêmico Não é frequente. É frequente. Apresenta febre, astenia, mialgias, náuseas (estado toxêmico) e dor articular.

Fatores associados - Edema de mãos e pés.

- Aparecimento brusco de mão em garra e pé caído. - Edema de extremidades.

- Irite, epistaxes, orquite, linfadenite.

- Neurite. Comprometimento gradual dos troncos nervosos.

Hematologia Pode haver leucocitose. - Leucocitose, com desvio à esquerda, e aumento de imunoglobinas.

- Anemia.

Evolução - Lenta.

- Podem ocorrer sequelas neurológicas e complicações, como abscesso do nervo. - Rápida.

- O aspecto necrótico pode ser contínuo, durar meses e apresentar complicações graves.

**Tratamento poliquimioterápico – PQT/OMS**

O tratamento é eminentemente ambulatorial. Nos serviços básicos de saúde, administra-se uma associação de medicamentos, a poliquimioterapia (PQT/OMS). A PQT/OMS mata o bacilo e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento a transmissão da doença é interrompida e, se realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença. A PQT/OMS é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre, com frequência, quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença. É administrada através de esquema padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em paucibacilar e multibacilar.

A informação sobre a classificação do doente é fundamental para se selecionar o esquema de tratamento adequado ao seu caso. Para crianças com hanseníase, a dose dos medicamentos do esquema padrão é ajustada de acordo com a idade e peso. Já no caso de pessoas com intolerância a um dos medicamentos do esquema padrão, são indicados esquemas alternativos. A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizado pelo esquema terapêutico, dentro do prazo recomendado. O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando os esquemas terapêuticos padronizados (Quadro 5).

**Quadro 5. Esquemas terapêuticos padronizados**

Faixa		
Cartela PB		
Cartela MB		Adulto
Rifampicina (RFM): cápsula de 300mg (2)		

- investigar se a ocorrência desse efeito está relacionada com a dose supervisionada de rifampicina ou com as doses autoadministradas de dapsona.

**Condutas no caso de metaemoglobinemia**

Leve – suspender o medicamento e encaminhar o paciente para unidade de referência; observar, pois geralmente ela desaparece, gradualmente, com a suspensão do medicamento;

Grave – encaminhar para internação hospitalar.

**Condutas no caso de síndrome pseudogripal**

- Suspender a rifampicina imediatamente, encaminhar o paciente para unidade de referência e avaliar a gravidade do quadro;

- nos quadros leves, administrar anti-histamínico, antitérmico e deixar o paciente sob observação por, pelo menos, 6 horas;

- nos casos moderados e graves, encaminhar o paciente à unidade de referência para administrar corticosteróides (hidrocortisona, 500mg/250ml de soro fisiológico – 30 gotas/minuto, via intravenosa) e, em seguida, (prednisona via oral, com redução progressiva da dose até a retirada completa.

**Condutas no caso de efeitos cutâneos provocados pela clofazimina**

Prescrever a aplicação diária de óleo mineral ou creme de ureia, após o banho, e orientar para evitar a exposição solar, a fim de minimizar esses efeitos.

Condutas no caso de farmacodermia leve até síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa ou eritrodermia provocados pela dapsona

Interromper definitivamente o tratamento com a dapsona e encaminhar o paciente à unidade de referência.

Condutas no caso de efeitos colaterais provocados pelos corticosteróides

- Observar as precauções ao uso de corticosteróides;

- encaminhar imediatamente à unidade de referência.

Ao referenciar a pessoa em tratamento para outro serviço, enviar, por escrito, todas as informações disponíveis: quadro clínico, tratamento PQT, resultados de exames laboratoriais (baciloscopia e outros), número de doses tomadas, se apresentou episódios reacionais, qual o tipo, se apresentou ou apresenta efeito colateral à alguma medicação, causa provável do quadro, entre outras.

**Esquemas terapêuticos alternativos**

A substituição do esquema padrão por esquemas alternativos deverá acontecer, quando necessária, sob orientação de serviços de saúde de maior complexidade.

Tratamento de reações hansênicas

Para o tratamento das reações hansênicas é imprescindível:

- diferenciar o tipo de reação hansênica;

- avaliar a extensão do comprometimento de nervos periféricos, órgãos e outros sistemas;

- investigar e controlar fatores potencialmente capazes de desencadear os estados reacionais;

- conhecer as contraindicações e os efeitos adversos dos medicamentos utilizados no tratamento da hanseníase e em seus estados reacionais;

- instituir, precocemente, a terapêutica medicamentosa e medidas coadjuvantes adequadas visando a prevenção de incapacidades;

- encaminhar os casos graves para internação hospitalar.

Atenção: A ocorrência de reações hansênicas não contraindica o início da PQT/OMS, não implica na sua interrupção e não é indicação de reinício da PQT, se o paciente já houver concluído seu tratamento.

As reações com ou sem neurites devem ser diagnosticadas por meio da investigação cuidadosa dos sinais e sintomas específicos, valorização das queixas e exame físico geral, com ênfase na avaliação dermatológica e neurológica simplificada. Essas ocorrências deverão ser consideradas como situações de urgência e encaminhadas às unidades de maior complexidade para tratamento nas primeiras 24 horas.

Nas situações onde há dificuldade de encaminhamento imediato, os seguintes procedimentos deverão ser aplicados até a avaliação:

- orientar repouso do membro afetado, em caso de suspeita de neurite;

- iniciar prednisona na dose de 1 a 2mg/kg peso/dia, devendo-se tomar as seguintes precauções para a sua utilização: garantia de acompanhamento médico, registro do peso, da pressão arterial, da taxa de glicose no sangue, tratamentos profiláticos da estrongiloidíase e da osteoporose.

O acompanhamento dos casos com reação deverá ser realizado por profissionais com maior experiência ou por unidades de maior complexidade. Para o encaminhamento, deverá ser utilizada a ficha de referência/c,\*ontrarreferência padronizada pelo município, contendo todas as informações necessárias, incluindo a data do início do tratamento, esquema terapêutico, número de doses administradas e o tempo de tratamento.

O tratamento dos estados reacionais é geralmente ambulatorial e deve ser prescrito e supervisionado por um médico.

**Reação Tipo 1 ou reação reversa (RR)**

- Iniciar prednisona na dose de 1 a 2 mg/kg/dia, conforme avaliação clínica;

- manter a poliquimioterapia, se o doente ainda estiver em tratamento específico;

- imobilizar o membro afetado com tala gessada, em caso de neurite associada;

- monitorar a função neural sensitiva e motora;

- reduzir a dose de corticóide, conforme resposta terapêutica;

- programar e realizar ações de prevenção de incapacidades.

Na utilização da prednisona, devem ser tomadas algumas precauções:

- registro do peso, da pressão arterial e da taxa de glicose no sangue para controle;

- fazer o tratamento antiparasitário com medicamento específico para Strongiloides stercoralis, prevenindo a disseminação sistêmica desse parasita (Tiabendazol 50mg/kg/dia, em 3 tomadas, por 2 dias, ou 1,5g/dose única; ou Albendazol, na dose de 400mg/dia, durante 3 dias consecutivos).

- a profilaxia da osteoporose deve ser feita com Cálcio 1.000mg/dia, Vitamina D 400-800UI/dia ou Bifosfonatos (por exemplo, Alendronato 10 mg/dia, administrado com água, pela manhã, em jejum).



da conduta adequada. Casos de hanseníase que apresentem outras doenças associadas (AIDS, tuberculose, nefropatias, hepatopatias, endocrinopatias), se necessário, devem ser encaminhados às unidades de saúde de maior complexidade para avaliação.

*Crítérios de alta por cura*

O encerramento da poliquimioterapia deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema mencionado anteriormente, sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados após a alta. Situações a serem observadas:

Conduas para pacientes irregulares – os pacientes que não completaram o tratamento preconizado PB (6 doses, em até 9 meses) e MB (12 doses, em até 18 meses) deverão ser avaliados quanto à necessidade de reinício ou possibilidade de aproveitamento de doses anteriores, visando a finalização do tratamento dentro do prazo preconizado.

Conduas para indicação de outro ciclo de tratamento em pacientes MB – para o paciente MB sem melhora clínica ao final das 12 doses PQT/OMS, a indicação de um segundo ciclo de 12 doses de tratamento deverá ser baseada na associação de sinais de atividade da doença, mediante exame clínico e correlação laboratorial (baciloscopia e, se indicada, histopatologia), em unidades de referência.

Hanseníase e gestação – em que pese a recomendação de se restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez, os esquemas PQT/OMS, para tratamento da hanseníase, têm sua utilização recomendada. Contudo, mulheres com diagnóstico de hanseníase e não grávidas devem receber aconselhamento para planejar a gestação após a finalização do tratamento de hanseníase.

As alterações hormonais da gravidez causam diminuição da imunidade celular, fundamental na defesa contra o *M. leprae*. Portanto, é comum que os primeiros sinais de hanseníase, em uma pessoa já infectada, apareçam durante a gravidez e no puerpério, quando também podem ocorrer os estados reacionais e os episódios de recidivas. A gestação, nas mulheres portadoras de hanseníase, tende a apresentar poucas complicações, exceto pela anemia, comum em doenças crônicas. Os recém-nascidos, porém, podem apresentar a pele hiperpigmentada pela clofazimina, ocorrendo a regressão gradual da pigmentação após a parada da PQT/OMS.

Hanseníase e tuberculose – para o paciente com tuberculose e hanseníase deve ser mantido o esquema terapêutico apropriado para a tuberculose (lembrando que, nesse caso, a dose de rifampicina, de 600mg, será administrada diariamente), acrescido dos medicamentos específicos para a hanseníase, nas doses e tempos previstos no esquema padrão PQT/OMS:

- para os casos paucibacilares, acrescenta-se a dapsona;
- para os casos multibacilares, acrescenta-se a dapsona e a clofazimina até o término do tratamento da tuberculose, quando deverá ser acrescentada a rifampicina do esquema padrão da hanseníase;
- para os casos que não utilizam a rifampicina no tratamento da tuberculose, por contraindicação dessa droga, utilizar o esquema substitutivo próprio para estes casos, na hanseníase;
- para os casos que não utilizam a rifampicina no tratamento da tuberculose por resistência do *Mycobacterium tuberculosis* a essa droga, utilizar o esquema padrão PQT/OMS da hanseníase.

Hanseníase e infecção pelo HIV e/ou Aids – para o paciente com infecção pelo HIV e/ou aids e hanseníase, deve ser mantido o esquema PQT/OMS, de acordo com a classificação operacional.

Hanseníase e outras doenças – em casos de associação da hanseníase com doenças hepáticas, renais ou hematológicas, a escolha do melhor esquema terapêutico para tratar a hanseníase deverá ser discutida com especialistas das referidas áreas.

**Prevenção e tratamento de incapacidades físicas**

A principal forma de prevenir a instalação de deficiências e incapacidades físicas é o diagnóstico precoce. A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não deve ser dissociada do tratamento PQT. As ações de prevenção de incapacidades e deficiências fazem parte da rotina dos serviços de saúde e recomendadas para todos os pacientes.

A avaliação neurológica deve ser realizada:

- no início do tratamento;
- a cada 3 meses durante o tratamento, se não houver queixas;
- sempre que houver queixas, tais como: dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas;
- no controle periódico de pacientes em uso de corticóides, em estados reacionais e neurites;
- na alta do tratamento;
- no acompanhamento pós-operatório de descompressão neural, com 15, 45, 90 e 180 dias.

*Autocuidados*

A prevenção das incapacidades físicas é realizada através de técnicas simples e de orientação ao paciente para a prática regular de autocuidado. Técnicas simples são procedimentos a serem aplicados e ensinados ao paciente pelas unidades básicas de saúde, durante o acompanhamento do caso e após a alta, com o propósito de prevenir incapacidades e deformidades físicas decorrentes da hanseníase. Autocuidados são procedimentos que o próprio paciente, devidamente orientado, deverá realizar regularmente no seu domicílio.

*Indicação de cirurgia de reabilitação*

O paciente com incapacidade instalada, apresentando mão em garra, pé caído e lagofalmo, bem como outras incapacidades, tais como madarose superciliar, desabamento da pirâmide nasal, queda do lóbulo da orelha, atrofia cutânea da face, deverão ser encaminhados para avaliação e indicação de cirurgia de reabilitação em centros de referência de alta complexidade, de acordo com os seguintes critérios: ter completado o tratamento PQT e estar sem apresentar estados inflamatórios reacionais há, pelo menos, 1 ano.

**Situações pós-alta por cura**

*Reações pós-alta por cura*

Pacientes que, no momento da alta por cura, apresentam reações ou deficiências sensitivomotoras e/ou incapacidades deverão ser monitorados. Os pacientes deverão ser orientados para retorno imediato à unidade de saúde, em caso de aparecimento de novas

lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora. O acompanhamento dos casos após a alta consiste no atendimento às possíveis intercorrências que possam ocorrer com as pessoas que já concluíram o tratamento PQT/OMS.

As pessoas que apresentarem intercorrências após a alta deverão ser tratadas na unidade básica de saúde, por profissional de saúde capacitado, ou em uma unidade de referência ambulatorial, por médico treinado. Somente os casos graves, bem como os que apresentarem reações reversas graves deverão ser encaminhados para hospitalização.

É importante diferenciar um quadro de estado reacional de um caso de recidiva. No caso de estados reacionais, a pessoa deverá receber tratamento antirreacional, sem reiniciar, porém, o tratamento PQT/OMS. No caso de suspeita de recidiva, o paciente deverá ser encaminhado para um centro de referência para confirmação da recidiva e reinício do tratamento PQT/OMS.

*Recidiva*

Os casos de recidiva em hanseníase são raros em pacientes tratados regularmente, com os esquemas poliquimioterápicos. Geralmente, ocorrem em período superior a 5 anos após a cura. É considerado um caso de recidiva aquele que completar com êxito o tratamento PQT/OMS e que, depois, venha, eventualmente, desenvolver novos sinais e sintomas da doença. A maior causa de recidivas é o tratamento PQT/OMS inadequado ou incorreto. O tratamento, portanto, deverá ser repetido integralmente, de acordo com a classificação paucibacilar ou multibacilar. Deve haver a administração regular dos medicamentos, pelo tempo estipulado no esquema.

Nos paucibacilares, muitas vezes é difícil distinguir a recidiva da reação reversa. No entanto, é fundamental que se faça a identificação correta da recidiva. Quando se confirmar uma recidiva, após exame clínico e baciloscópico, a classificação do doente deve ser criteriosamente reexaminada para que se possa reiniciar o tratamento PQT/OMS adequado. Nos multibacilares, a recidiva pode manifestar-se como uma exacerbação clínica das lesões existentes e com o aparecimento de lesões novas. Quando se confirmar a recidiva, o tratamento PQT/OMS deve ser reiniciado.

No caso de recidiva, a suspensão da quimioterapia dar-se-á quando a pessoa em tratamento tiver completado as doses preconizadas, independente da situação clínica e baciloscópica, e significa, também, a saída do registro ativo, já que não mais será computada no coeficiente de prevalência.

*Critérios clínicos para a suspeição de recidiva*

O diagnóstico diferencial entre reação e recidiva deverá ser baseado na associação de exames clínico e laboratoriais, especialmente, a baciloscopia, nos casos MB. Os casos que não responderem ao tratamento proposto para os estados reacionais deverão ser encaminhados a unidades de referência para confirmação de recidiva.

Os critérios clínicos, para o diagnóstico de recidiva (Quadro 9), segundo a classificação operacional são:

Paucibacilares (PB) – paciente que, após alta por cura, apresentar dor no trajeto de nervos, novas áreas com alterações de sensibilidade, lesões novas e/ou exacerbação de lesões anteriores, que não respondem ao tratamento com corticosteróide, por pelo menos 90 dias.

Multibacilares (MB) – paciente que, após alta por cura, apresentar: lesões cutâneas e/ou exacerbação de lesões antigas; novas alterações neurológicas, que não respondem ao tratamento com talidomida e/ou corticosteróide nas doses e prazos recomendados; baciloscopia positiva; ou quadro clínico compatível com pacientes virgens de tratamento.

**Quadro 9. Critérios clínicos para diagnóstico de recidiva**

Características		
Reação		
Recidiva	Período de ocorrência	
Frequente durante a PQT e/ou menos frequente no período de 2 a 3 anos após término do tratamento.		
Em geral, período superior a 5 anos após término da PQT.	Surgimento	
Súbito e inesperado.		
Lento e insidioso.	Lesões antigas	
Algumas ou todas podem se tornar eritematosas, brilhantes, intumescidas e infiltradas.		
Geralmente imperceptíveis.	Lesões recentes	
Em geral, múltiplas.		
Poucas.	Ulceração	
Pode ocorrer.		
Raramente ocorre.		Regressão
Presença de descamação.		
Ausência de descamação.	Comprometimento neural	



**Isolamento social e seus reflexos**

Com o novo modo de vida pautado na impossibilidade de sair às ruas, ir ao trabalho, à escola, ao mercado ou realizar qualquer outra tarefa fora de casa, novas realidades e adaptações começaram a aparecer. Com essa impossibilidade, um novo modo de consumir, entreter-se, relacionar-se e, basicamente, viver, começou a aparecer.

Houve a expansão dos aplicativos de entregas de comida; grandes e pequenos mercados tiveram de se adaptar para sobreviver. Empreendedores ousados aproveitaram a oportunidade para oferecerem serviços que antes eram considerados dispensáveis. Oportunidades foram geradas diante das novas demandas e diversos novos negócios surgiram.

Pessoas passaram a se comunicar mais através das redes sociais e aplicativos de chamada em vídeo. Muitas mudanças benéficas ocorreram para uma readaptação da vida em sociedade. E o reflexo disso nos dias de hoje se dá por meio de uma visão mais ampliada das interações e relações humanas, ampliada por meio do contato direto que grande parte da população mundial teve com as novas formas de se relacionar, comunicar e interagir com os outros.

**Mudanças no trabalho, a expansão do home office**

Diante de todas essas mudanças estruturais que a sociedade passou a sofrer, até as empresas tiveram de repensar seus modelos de trabalho. Muitas empresas foram resistentes às mudanças, esperando que a pandemia fosse logo acabar e que as coisas se normalizassem rapidamente. Sabemos, porém, que não foi bem assim que aconteceu. Apesar de muitas empresas terem tentado apenas prolongar períodos de recesso e de férias até que se fosse possível retornar ao trabalho, com a análise das perdas e problemas que surgiriam com essa postergação, muitas resolveram se modernizar.

Uma prática até então incomum ou realizada em menores proporções, tornou-se o modelo de trabalho de grande parte da população, possibilitando a continuidade do trabalho mesmo estando em casa, o chamado home-office. Até mesmo as escolas passaram a usufruir dos meios digitais como ferramenta de alcance para impedir o atraso na educação de crianças e adolescentes.

No entanto, muitas outras consequências negativas foram observadas no processo de isolamento social. Mesmo diante da realidade pandêmica, algumas empresas e comércios não se adaptaram ao modelo home office. Em especial o ramo de lojas. Sendo assim, muitos trabalhadores tiveram de sair às ruas, expondo-se aos riscos do Covid-19. As possibilidades escassas de trabalho devido o isolamento, bem como o aumento do desemprego, prejudicou muitas pessoas no mundo todo.

**QUESTÕES**

1. MS CONCURSOS - 2023 - Prefeitura de Turvelândia - GO - Agente de Combate às Endemias- O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção, controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado. Sobre o assunto, assinale a alternativa incorreta sobre as atividades típicas do Agente de Combate às Endemias, conforme Lei n.º 11.350/2006.

(A) Cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças.

(B) Mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

(C) O detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde.

(D) Realização de ações de prevenção, controle de doenças e agravos à saúde, em interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica.

2. MS CONCURSOS - 2023 - Prefeitura de Turvelândia - GO - Agente de Combate às Endemias- O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. São campos de atuação do SUS, exceto:

(A) A colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

(B) Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

(C) Assistência terapêutica integral, e parcialmente farmacêutica.

(D) O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos da produção ao consumo.

3. MS CONCURSOS - 2023 - Prefeitura de Turvelândia - GO - Agente de Combate às Endemias- Depósito é todo recipiente utilizado para finalidade específica que armazene, ou possa vir a armazenar água, seja pela ação da chuva, ou pela ação do homem, e que esteja acessível à fêmea do *Aedes aegypti* para postura dos seus ovos. A padronização de criadouros é de suma importância para subsidiar a tomada de decisão, quanto à forma de eliminação, ou controle desses recipientes, com potencial de se tornarem criadouros do *Aedes aegypti*. Sobre o assunto correlacione as colunas.

Coluna I. (1) Grupo A, armazenamento de água para consumo humano (Subgrupo A1). (2) Grupo B, depósitos móveis. (3) Grupo C, depósitos fixos. (4) Grupo D, depósitos passíveis de remoção/proteção (Subgrupo D1). (5) Grupo E, depósitos naturais.

Coluna II. ( ) Folhas de bromélias, ocos em árvores, buracos em rochas, restos de animais (cascas, carapaças). ( ) Vasos/frascos com água, prato, pingadeira, recipiente de degelo de refrigeradores, bebedouro, pequenas fontes ornamentais. ( ) Calhas, ralos sanitários (em desuso), tanques em obras/borracharias, máquinas/equipamentos em pátios, piscinas, fontes ornamentais, floreiras em cemitérios, cacos de vidro em muros. ( ) Caixa d'água elevada ligada à rede pública e/ou sistema de abastecimento particular (poço, cisterna, mina). ( ) Pneus e outros materiais rodantes (câmera de ar, manchões).

Assinale a alternativa correta.

(A) 4 – 5 – 1 – 3 – 2.

(B) 5 – 2 – 1 – 3 – 4.

(C) 5 – 2 – 3 – 1 – 4.

(D) 2 – 5 – 3 – 1 – 4.

