



CÓD: OP-142JN-24
7908403548774

VARZELÂNDIA-MG

PREFEITURA MUNICIPAL DE VARZELÂNDIA – MINAS GERAIS

Agente Comunitário de Saúde

EDITAL 01/2023

Língua Portuguesa

1. Leitura, compreensão e interpretação de textos de natureza diversa: descritivo, narrativo, dissertativo, e de diferentes gêneros, como, por exemplo, crônica, notícia, reportagem, editorial, artigo de opinião, texto argumentativo, informativo, normativo, charge, propaganda, ensaio, etc. As questões de texto verificarão as seguintes habilidades: identificar informações no texto; relacionar uma informação do texto com outras informações oferecidas no próprio texto ou em outro texto; relacionar uma informação do texto com outras informações pressupostas pelo contexto; analisar a pertinência de uma informação do texto em função da estratégia argumentativa do autor; depreender de uma afirmação explícita outra afirmação implícita; identificar a ideia central de um texto; estabelecer relações entre ideia principal e ideias secundárias; inferir o sentido de uma palavra ou expressão, considerando: o contexto e/ou universo temático e/ou a estrutura morfológica da palavra (radical, afixos e flexões); relacionar, na análise e compreensão do texto, informações verbais com informações de ilustrações ou fatos e/ou gráficos ou tabelas e/ou esquemas; relacionar informações constantes do texto com conhecimentos prévios, identificando situações de ambiguidade ou de ironia, opiniões, valores implícitos e pressuposições. Habilidade de produção textual.....	5
2. Conhecimento gramatical de acordo com o padrão culto da língua. As questões de gramática serão baseadas em texto(s) e abordarão os seguintes conteúdos: Fonética: acento tônico, sílaba, sílaba tônica; ortoépia e prosódia.....	15
3. ORTOGRAFIA: divisão silábica, acentuação gráfica, correção ortográfica.....	16
4. MORFOLOGIA: estrutura dos vocábulos; elementos mórficos; processos de formação de palavras; derivação, composição e outros processos; classes de palavras; classificação, flexões nominais e verbais, emprego.....	18
5. SINTAXE: teoria geral da frase e sua análise: frase, oração, período, funções sintáticas.....	25
6. concordância verbal e nominal.....	27
7. regência nominal e verbal.....	29
8. crase.....	30
9. colocação de pronomes: próclise, mesóclise, ênclise (em relação a um ou a mais de um verbo.....)	30
10. Semântica: antônimos, sinônimos, homônimos e parônimos. Denotação e conotação.....	31
11. Figuras de linguagem.....	32
12. PONTUAÇÃO: emprego dos sinais de pontuação.....	34

Noções de Informática

1. Sistemas operacionais de computadores (Windows e Linux): conceitos, características, ferramentas, configurações, acessórios e procedimentos.....	43
2. Aplicativos de escritório (Microsoft Office e Libre Office): editor de texto, planilhas, apresentação de slides.....	52
3. Internet (protocolos, computação em nuvem, equipamentos de conexão, intranet, extranet) e navegadores de internet. Utilização e ferramentas de correio eletrônico (e-mail) e redes sociais.....	62
4. Segurança e proteção de computador: conceitos, princípios básicos, ameaças, antivírus, vírus, firewall.....	74

Conhecimentos na Área de Saúde

1. Sistema Único de Saúde (SUS): Constituição Federal 1988 (Artigos 196 a 200); Princípios e diretrizes.....	81
2. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 e atualizações.....	83
3. Lei Federal nº 8.142/1990.....	112
4. Estratégia Saúde da Família (ESF): Conceitos, princípios e diretrizes operacionais (normas).....	112
5. Atribuições do agente comunitário de saúde: visitas domiciliares; atualizações de cadastro da família e de domicílio; conhecimento de território; noções de ética e cidadania.....	113
6. Lei Federal 11.350/2006 e Lei Federal 12.994/2014.....	126

ÍNDICE

7. Portaria nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015	133
8. Lei Federal nº8.080/1990.....	134
9. Prevenção de Doenças: vacinação	144
10. saneamento básico	157
11. salubridade	159
12. Conhecimentos Básicos: Raiva.....	164
13. Conhecimentos Básicos: Esquistossomose	167
14. Conhecimentos Básicos: Doença de Chagas	168
15. Conhecimentos Básicos: Dengue	171
16. Conhecimentos Básicos: Leishmaniose: Tegumentar e Visceral	175
17. Conhecimentos básicos: malária	179
18. COVID-19	179

Ter familiares ou pessoas do convívio habitual ou rede social que tenham diagnóstico de doença de Chagas, em especial ser filho (a) de mãe com infecção comprovada por *T. cruzi*.

IMPORTANTE: Para confirmação laboratorial é necessária a realização de exame de sangue (parasitológico e/ou sorológico, a depender da fase da doença) que é realizado gratuitamente pelo SUS. É importante que você procure um médico para que ele possa solicitar os exames e interpretá-los adequadamente, além de avaliar caso a caso os sintomas e sinais clínicos de cada pessoa.

Com o intuito de auxiliar os profissionais de saúde na interpretação de exames laboratoriais geralmente disponibilizados na rede do SUS na confirmação de casos de doença de Chagas na fase aguda, foi criada uma ferramenta para servir de guia especialmente para fins epidemiológicos nas situações mais recorrentes e para apoio assistencial enquanto o apoio de equipe especializada não for conseguido.

Qual é o tratamento para Doença de Chagas?

O tratamento da doença de chagas deve ser indicado por um médico, após a confirmação da doença. O remédio, chamado benznidazol, é fornecido pelo Ministério da Saúde, gratuitamente, mediante solicitação das Secretarias Estaduais de Saúde e deve ser utilizado em pessoas que tenham a doença aguda assim que ela for identificada.

Para as pessoas na fase crônica, a indicação desse medicamento depende da forma clínica e deve ser avaliada caso a caso.

Em casos de intolerância ou que não respondam ao tratamento com benznidazol, o Ministério da Saúde disponibiliza o nifurtimox como alternativa de tratamento, conforme indicações estabelecidas em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.

Independente da indicação do tratamento com benznidazol ou nifurtimox, as pessoas na forma cardíaca e/ou digestiva devem ser acompanhadas e receberem o tratamento adequado para as complicações existentes.

IMPORTANTE: O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença de Chagas estabelece, com base em evidências, as diretrizes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas afetadas pela infecção por *Trypanosoma cruzi* em suas diferentes fases (aguda e crônica) e formas clínicas, além de situações especiais como gestantes e condições de imunossupressão, servindo de subsídio a gestores, profissionais e usuários do SUS, visando garantir a assistência terapêutica integral.

Situação epidemiológica - Doença de Chagas

Em função das ações de controle de vetores realizadas a partir da década de 1970, o Brasil recebeu em 2006 a certificação Internacional da interrupção da transmissão vetorial pelo *Triatoma infestans*, espécie exótica e responsável pela maior parte da transmissão vetorial no passado. Porém, estima-se que existam aproximadamente 12 milhões de portadores da doença crônica nas Américas, e que haja no Brasil, atualmente, pelo menos um milhão de pessoas infectadas por *T. cruzi*.

A alteração do quadro epidemiológico da doença de Chagas (DC) no Brasil promoveu a mudança nas ações e estratégias de vigilância, prevenção e controle, por meio da adoção de um novo modelo de vigilância epidemiológica. Entretanto, o risco de transmissão vetorial da doença de Chagas persiste em função da:

Existência de espécies de triatomíneos autóctones com elevado potencial de colonização;

Presença de reservatórios de *T. cruzi* e da aproximação cada vez mais frequente das populações humanas a esses ambientes;

Persistência de focos residuais de *T. infestans*, ainda existentes em alguns municípios dos estados da Bahia e do Rio Grande do Sul.

Soma-se a esse quadro a ocorrência de casos e surtos por transmissão oral pela ingestão de alimentos contaminados (caldo de cana, açaí, bacaba, entre outros), vetorial domiciliar sem colonização e vetorial extradomiciliar, principalmente na Amazônia Legal. Entre o período de 2008 a 2017, foram registrados casos confirmados de doença de Chagas aguda na maioria dos estados brasileiros. Entretanto, a maior distribuição, cerca de 95%, concentra-se na região Norte. Destes, o estado do Pará é responsável por 83% dos casos. Em relação às principais formas prováveis de transmissão ocorridas no país, 72% foram por transmissão oral, 9% por transmissão vetorial e em 18% não foi identificada a forma de transmissão.

Viajantes - Doença de Chagas

É considerado caso suspeito de Doença de Chagas o viajante que tenha ingerido alimento suspeito contaminado por *T. cruzi* ou visitado área com presença de triatomíneos e apresente febre prolongada (superior a 7 dias), acompanhado de pelo menos um dos seguintes sinais:

Edema de face ou de membros.

Exantema.

Adenomegalia.

Hepatomegalia.

Esplenomegalia.

Cardiopatia aguda (taquicardia, sinais de insuficiência cardíaca).

Manifestações hemorrágicas.

Sinal de Romã ou chagoma de inoculação.

Período de incubação

Oscila entre 4 e 10 dias, quando a transmissão é pelos triatomíneos, sendo geralmente assintomáticos. Nos casos de transmissão transfusional, pode alongar-se entre 20 ou mais dias.

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:

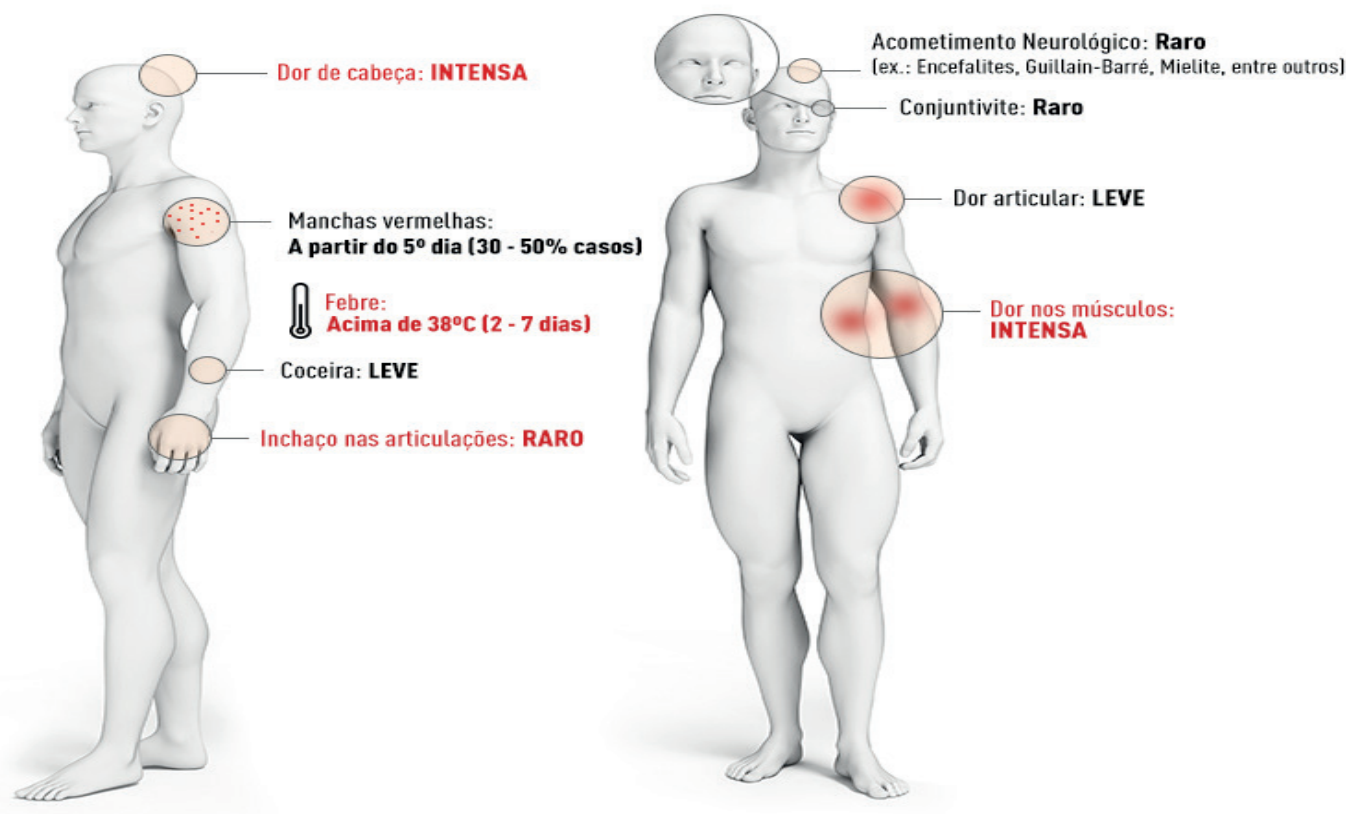
- melhorar habitação, através de reboco e tamponamento de rachaduras e frestas;

- 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;

Sinais e Sintomas



Não há tratamento específico para Dengue.

- Os cuidados são:
- Tratar os sintomas;
 - Fazer repouso;
 - Ingerir muito líquido

Vacina

Em Julho de 2016 começou a ser comercializada a primeira vacina contra Dengue no Brasil, a **DENVVAXIA** na qual foi desenvolvida pela empresa francesa Sanofi Pasteur.

Ela é feita com vírus atenuados e é tetravalente, ou seja, protege contra os quatro sorotipos de dengue existentes, ela pode ser adquirida nas clínicas e hospitais particulares e está disponível para faixa etária de 9 a 45 anos.

Dosagem: são 3 doses com intervalos de 6 meses a cada dose, essa vacina não promete imunização total contra o vírus e sim de 66 % o que não é considerável alta, já que as vacinas consideradas de imunização alta são de 90%, porém possui a capacidade de reduzir os casos graves como a Dengue hemorrágica.

Obs.: não possui ação contra Zika e Chikungunya.

A vacinação contra a dengue ainda não é recomendada para grávidas, lactantes e pessoas com doenças imunológicas.

Quando aparecer os sintomas, é importante procurar um serviço de saúde mais próximo, fazer repouso e ingerir bastante líquido e **NUNCA TOMAR REMÉDIO POR CONTA, PODE AGRAVAR O CASO.**

Prevenção

Além das campanhas massivas de prevenção, realizadas nos diversos níveis de governança, é preciso buscar novas ferramentas para combater o mosquito. O Ministério da Saúde alerta que o combate ao mosquito faça parte da nossa rotina, parece clichê mas depende de nós.

os ovos sejam transportados a grandes distâncias, em recipientes secos, tornando-se assim o principal meio de dispersão do inseto (dispersão passiva).

Larva

Como o *Aedes aegypti* é um inseto holometabólico, a fase larvária é o período de alimentação e crescimento. As larvas passam a maior parte do tempo alimentando-se principalmente de material orgânico acumulado nas paredes e fundo dos depósitos

As larvas possuem quatro estágios evolutivos. A duração da fase larvária depende da temperatura, disponibilidade de alimento e densidade das larvas no criadouro. Em condições ótimas, o período entre a eclosão e a pupação pode não exceder a cinco dias. Contudo, em baixa temperatura e escassez de alimento, o 4º estágio larvário pode prolongar-se por várias semanas, antes de sua transformação em pupa.

A larva do *Aedes aegypti* é composta de cabeça, tórax e abdômen. O abdômen é dividido em oito segmentos. O segmento posterior e anal do abdômen tem quatro brânquias lobuladas para regulação osmótica e um sifão ou tubo de ar para a respiração na superfície da água.

O sifão é curto, grosso e mais escuro que o corpo. Para respirar, a larva vem à superfície, onde fica em posição quase vertical. Movimenta-se em forma de serpente, fazendo um S em seu deslocamento. É sensível a movimentos bruscos na água e, sob feixe de luz, desloca-se com rapidez, buscando refúgio no fundo do recipiente (fotofobia).

Na pesquisa, é preciso que se destampe com cuidado o depósito e, ao incidir o jato de luz, percorrer, rapidamente, o nível de água junto à parede do depósito. Com a luz, as larvas se deslocam para o fundo. Tendo em vista a maior vulnerabilidade nesta fase, as ações do PEAa devem, preferencialmente, atuar na fase larvária.

Pupa

As pupas não se alimentam. É nesta fase que ocorre a metamorfose do estágio larval para o adulto. Quando inativas se mantêm na superfície da água, flutuando, o que facilita a emergência do inseto adulto.

O estado pupal dura, geralmente, de dois a três dias. A pupa é dividida em cefalotórax e abdômen. A cabeça e o tórax são unidos, constituindo a porção chamada cefalotórax, o que dá à pupa, vista de lado, a aparência de uma vírgula. A pupa tem um par de tubos respiratórios ou trompetas, que atravessam a água e permitem a respiração.

Adulto

O adulto de *Aedes aegypti* representa a fase reprodutora do inseto. Como ocorre com grande parte dos insetos alados, o adulto representa importante fase de dispersão. Entretanto, com o *Aedes aegypti* é provável que haja mais transporte passivo de ovos e larvas em recipientes do que dispersão ativa pelo inseto adulto.

O *Aedes aegypti* é escuro, com faixas brancas nas bases dos segmentos tarsais e um desenho em forma de lira no mesonoto. Nos espécimes mais velhos, o desenho da lira pode desaparecer, mas dois tufo de escamas branco-prateadas no clipeo, escamas claras nos tarsos e palpos permitem a identificação da espécie.

O macho se distingue essencialmente da fêmea por possuir antenas plumosas e palpos mais longos. Logo após emergir do estágio pupal, o inseto adulto procura pousar sobre as paredes do recipiente, assim permanecendo durante várias horas, o que permite o en-

durecimento do exoesqueleto, das asas e, no caso dos machos, a rotação da genitália em 180°. Dentro de 24 horas após, emergirem, podem acasalar, o que vale para ambos os sexos.

O acasalamento geralmente se dá durante o voo, mas, ocasionalmente, pode se dar sobre uma superfície, vertical ou horizontal. Uma única inseminação é suficiente para fecundar todos os ovos que a fêmea venha a produzir durante sua vida. As fêmeas se alimentam mais frequentemente de sangue, servindo como fonte de repasto a maior parte dos animais vertebrados, mas mostram marcada predileção pelo homem (antropofilia).

O repasto sanguíneo das fêmeas fornece proteínas para o desenvolvimento dos ovos. Ocorre quase sempre durante o dia, nas primeiras horas da manhã e ao anoitecer. O macho alimenta-se de carboidratos extraídos dos vegetais. As fêmeas também se alimentam da seiva das plantas. Em geral, a fêmea faz uma postura após cada repasto sanguíneo.

O intervalo entre a alimentação sanguínea e a postura é, em regra, de três dias, em condições de temperatura satisfatórias. Com frequência, a fêmea se alimenta mais de uma vez, entre duas sucessivas posturas, em especial quando perturbada antes de totalmente ingurgitada (cheia de sangue). Este fato resulta na variação de hospedeiros, com disseminação do vírus a vários deles.

A oviposição se dá mais frequentemente no fim da tarde. A fêmea grávida é atraída por recipientes escuros ou sombreados, com superfície áspera, nas quais deposita os ovos. Prefere água limpa e cristalina ao invés de água suja ou poluída por matéria orgânica.

A fêmea distribui cada postura em vários recipientes. É pequena a capacidade de dispersão do *Aedes aegypti* pelo voo, quando comparada com a de outras espécies. Não é raro que a fêmea passe toda sua vida nas proximidades do local de onde eclodiu, desde que haja hospedeiros. Poucas vezes a dispersão pelo voo excede os 100 metros.

Entretanto, já foi demonstrado que uma fêmea grávida pode voar até 3Km em busca de local adequado para a oviposição, quando não há recipientes apropriados nas proximidades. A dispersão do *Aedes aegypti* a grandes distâncias se dá, geralmente, como resultado do transporte dos ovos e larvas em recipientes.

Quando não estão em acasalamento, procurando fontes de alimentação ou em dispersão, os mosquitos buscam locais escuros e quietos para repousar. A domesticidade do *Aedes aegypti* é ressaltada pelo fato de que ambos os sexos são encontrados em proporções semelhantes dentro das casas (endofilia).

O *Aedes aegypti* quando em repouso é encontrado nas habitações, nos quartos de dormir, nos banheiros e na cozinha e, só ocasionalmente, no peridomicílio. As superfícies preferidas para o repouso são as paredes, mobília, peças de roupas penduradas e mosquiteiros.

Quando o *Aedes aegypti* está infectado pelo vírus do dengue ou da febre amarela, pode haver transmissão transovariana destes, de maneira que, em variável percentual, as fêmeas filhas de um espécime portador nascem já infectadas (OPAS/OMS).

Os adultos de *Aedes aegypti* podem permanecer vivos em laboratório durante meses, mas, na natureza, vivem em média de 30 a 35 dias. Com uma mortalidade diária de 10%, a metade dos mosquitos morre durante a primeira semana de vida e 95% durante o primeiro mês.

Os insetos pertencentes à ordem Diptera, família Psychodidae, sub-família Phlebotominae, gênero *Lutzomyia*, conhecidos popularmente, dependendo da localização geográfica, como mosquito palha, tatuquira e birigui, são os principais vetores da Leishmaniose Tegumentar.

IMPORTANTE: A suscetibilidade de infecção por Leishmaniose Tegumentar (LT) é universal. A infecção e a doença não conferem imunidade ao paciente.

Quais são as espécies da Leishmaniose Tegumentar (LT)?

As três principais espécies de *Leishmania*, protozoário causador da Leishmaniose Tegumentar (LT), são:

Leishmania (Leishmania) amazonensis – distribuída pelas florestas primárias e secundárias da Amazônia legal (Amazonas, Pará, Rondônia, Tocantins e Maranhão). Sua presença amplia-se para o Nordeste (Bahia), Sudeste (Minas Gerais e São Paulo), Centro-oeste (Goiás) e Sul (Paraná);

Leishmania (Viannia) guyanensis – aparentemente limitada à Região Norte (Acre, Amapá, Roraima, Amazonas e Pará) e estendendo-se pelas Guianas. É encontrada principalmente em florestas de terra firme, em áreas que não se alagam no período de chuvas;

Leishmania (Viannia) braziliensis – foi a primeira espécie de *Leishmania* descrita e incriminada como agente etiológico da LT. É a mais importante, não só no Brasil, mas em toda a América Latina. Tem ampla distribuição, desde a América Central até o norte da Argentina. Esta espécie está amplamente distribuída em todo país. Quanto ao subgênero *Viannia*, existem outras espécies de *Leishmania* recentemente descritas: *L. (V) lainsoni* identificada nos estados do Pará, Rondônia e Acre; *L. (V) naiffi*, ocorre nos estados do Pará e Amazonas; *L. (V) shawi*, com casos humanos encontrados no Pará e Maranhão; *L. (V.) lindenberg* foi identificada no estado do Pará.

Quais são os sintomas da Leishmaniose Tegumentar (LT)?

Os sintomas da Leishmaniose Tegumentar (LT) são lesões na pele e/ou mucosas. As lesões de pele podem ser única, múltiplas, disseminada ou difusa. Elas apresentam aspecto de úlceras, com bordas elevadas e fundo granuloso, geralmente indolor.

As lesões mucosas são mais frequentes no nariz, boca e garganta. Quando atingem o nariz, podem ocorrer:

- entupimentos;
- sangramentos;
- coriza;
- aparecimento de crostas;
- feridas.

Na garganta, os sintomas são:

- dor ao engolir;
- rouquidão;
- tosse.

Como é feito o diagnóstico da Leishmaniose Tegumentar (LT)?

O diagnóstico da Leishmaniose Tegumentar (LT) é feito por métodos parasitológicos. Essa confirmação laboratorial é fundamental, tendo em vista o número de doenças que fazem diagnóstico diferencial com a LT - como, por exemplo, sífilis, hanseníase e tuberculose.

A utilização de métodos de diagnóstico laboratorial é importante não apenas para a confirmação dos achados clínicos, mas também pode fornecer informações epidemiológicas - por meio da identificação da espécie circulante -, fundamentais para o direcionamento das medidas a serem adotadas para o controle do agravo.

Como a Leishmaniose Tegumentar (LT) é transmitida?

Os vetores da Leishmaniose Tegumentar (LT) são insetos conhecidos popularmente, dependendo da localização geográfica, como mosquito palha, tatuquira, birigui, entre outros. A transmissão da Leishmaniose Tegumentar (LT) ocorre pela picada de fêmeas infectadas desses insetos. São numerosos os registros de infecção em animais domésticos. Entretanto, não há evidências científicas que comprovem o papel desses animais como reservatórios das espécies de leishmanias, sendo considerados hospedeiros acidentais da doença. No homem, o período de incubação, tempo que os sintomas começam a aparecer desde a infecção, é de, em média, 2 a 3 meses, podendo apresentar períodos mais curtos, de 2 semanas, e mais longos, de 2 anos.

Hospedeiros e reservatórios da Leishmaniose Tegumentar (LT)

A interação reservatório-parasito é considerada um sistema complexo, na medida em que é multifatorial, imprevisível e dinâmica, formando uma unidade biológica que pode estar em constante mudança, em função das alterações do meio ambiente. São considerados reservatórios da LT as espécies de animais que garantam a circulação de leishmanias na natureza, dentro de um recorte de tempo e espaço.

Infecções por leishmanias que causam a LT foram descritas em várias espécies de animais silvestres, sinantrópicos e domésticos (canídeos, felídeos e equídeos). Com relação a esse último, seu papel na manutenção do parasito no meio ambiente ainda não foi definitivamente esclarecido.

Reservatórios silvestres da Leishmaniose Tegumentar (LT)

Já foram registrados, como hospedeiros e possíveis reservatórios naturais, algumas espécies de roedores, marsupiais, edentados e canídeos silvestres.

Animais domésticos e a Leishmaniose Tegumentar (LT)

São numerosos os registros de infecção em animais domésticos. Entretanto, não há evidências científicas que comprovem o papel desses animais como reservatórios das espécies de leishmanias, sendo considerados hospedeiros acidentais da doença. A LT nesses animais pode apresentar-se como uma doença crônica, com manifestações semelhantes as da doença humana, ou seja, o parasitismo ocorre preferencialmente em mucosas das vias aerodigestivas superiores.

Coinfecção de Leishmaniose Tegumentar (LT) / HIV

A Leishmaniose Tegumentar (LT) pode modificar a progressão da doença pelo HIV e a imunodepressão causada por esse vírus facilita a progressão da LT. A avaliação do conjunto de manifestações clínicas da LT em pacientes portadores de HIV indica que não existe definição de um perfil clínico que possa ser indiscutivelmente associado à coinfecção.

O diagnóstico da coinfecção com HIV tem implicações na abordagem da leishmaniose em relação ao diagnóstico, à indicação terapêutica e ao monitoramento de efeitos adversos, à resposta terapêutica e à ocorrência de recidivas. Portanto, recomenda-se oferecer a sorologia para HIV para todos os pacientes com LT, independentemente da idade, conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

i. Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI) – consideram-se como positivas as amostras reagentes a partir da diluição de 1:80. Nos títulos iguais a 1:40, com clínica sugestiva de LV, recomenda-se a solicitação de nova amostra em 30 dias.

ii. Teste rápido imunocromatográfico – são considerados positivos quando a linha controle e a linha teste C e/ou G aparecem na fita ou plataforma (conforme Nota Informativa Nº 3/2018-CGLAB/DEVIT/SVS/MS)

É importante ressaltar que títulos (anticorpos) variáveis dos exames sorológicos podem persistir positivos por longo período, mesmo após o tratamento. Assim, o resultado de um teste positivo, na ausência de manifestações clínicas, não autoriza a instituição de terapêutica.

Diagnóstico parasitológico

É o diagnóstico de certeza feito pelo encontro de formas amastigotas do parasito, em material biológico obtido preferencialmente da medula óssea – por ser um procedimento mais seguro. Examinar o material aspirado de acordo com esta sequência: exame direto, isolamento em meio de cultura (in vitro), isolamento em animais suscetíveis (in vivo), bem como novos métodos de diagnóstico. Outras amostras biológicas podem ser utilizadas tais como o linfonodo ou baço. Este último deve ser realizado em ambiente hospitalar e em condições cirúrgicas.

Como é feito o tratamento da Leishmaniose Visceral?

Apesar de grave, a Leishmaniose Visceral tem tratamento para os humanos. Ele é gratuito e está disponível na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Os medicamentos utilizados atualmente para tratar a LV não eliminam por completo o parasito nas pessoas e nos cães.

No entanto, no Brasil o homem não tem importância como reservatório, ao contrário do cão - que é o principal reservatório do parasito em área urbana. Nos cães, o tratamento pode até resultar no desaparecimento dos sinais clínicos, porém eles continuam como fontes de infecção para o vetor, e, portanto um risco para saúde da população humana e canina.

Neste caso, eutanásia é recomendada como uma das formas de controle da Leishmaniose Visceral, mas deve ser realizada de forma integrada às demais ações recomendadas pelo Ministério da Saúde.

Distribuição da Leishmaniose Visceral no Brasil e no mundo

É endêmica em 76 países e, no continente americano, está descrita em pelo menos 12. Dos casos registrados na América Latina, 90% ocorrem no Brasil. Em 1913 é descrito o primeiro caso em necropsia de paciente oriundo de Boa Esperança, Mato Grosso. Em 1934, 41 casos foram identificados em lâminas de viscerotomias praticadas post-mortem, em indivíduos oriundos das Regiões Norte e Nordeste, com suspeita de febre amarela.

A doença, desde então, vem sendo descrita em vários municípios brasileiros, apresentando mudanças importantes no padrão de transmissão, inicialmente predominando em ambientes silvestres e rurais e mais recentemente em centros urbanos. Em média, cerca de 3.500 casos são registrados anualmente e o coeficiente de incidência é de 2,0 casos/100.000 habitantes. Nos últimos anos, a letalidade vem aumentando gradativamente, passando de 3,1% em 2000 para 7,1% em 2012

Como prevenir a Leishmaniose Visceral?

A prevenção da Leishmaniose Visceral ocorre por meio do combate ao inseto transmissor. É possível mantê-lo longe, especialmente com o apoio da população, no que diz respeito à higiene ambiental. Essa limpeza deve ser feita por meio de:

Limpeza periódica dos quintais, retirada da matéria orgânica em decomposição (folhas, frutos, fezes de animais e outros entulhos que favoreçam a umidade do solo, locais onde os mosquitos se desenvolvem).

Destino adequado do lixo orgânico, a fim de impedir o desenvolvimento das larvas dos mosquitos.

Limpeza dos abrigos de animais domésticos, além da manutenção de animais domésticos distantes do domicílio, especialmente durante a noite, a fim de reduzir a atração dos flebotômíneos para dentro do domicílio.

Uso de inseticida (aplicado nas paredes de domicílios e abrigos de animais). No entanto, a indicação é apenas para as áreas com elevado número de casos, como municípios de transmissão intensa (média de casos humanos dos últimos 3 anos acima de 4,4), moderada (média de casos humanos dos últimos 3 anos acima de 2,4) ou em surto de leishmaniose visceral.

IMPORTANTE: Atualmente, existe uma vacina antileishmaniose visceral canina em comercialização no Brasil. Os resultados do estudo apresentado pelo laboratório produtor da vacina atendeu às exigências da Instrução Normativa Interministerial número 31 de 09 de julho de 2007, o que resultou na manutenção de seu registro pelo Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento.

No entanto, não existem estudos que comprovem a efetividade do uso dessa vacina na redução da incidência da leishmaniose visceral em humanos. Dessa forma, o seu uso está restrito à proteção individual dos cães e não como uma ferramenta de saúde pública.

Vacinação e a Leishmaniose Visceral

Atualmente existe uma vacina antileishmaniose visceral canina em comercialização no Brasil. Os resultados do estudo apresentado pelo laboratório produtor da vacina atendeu às exigências da Instrução Normativa Interministerial nº 31 de 09 de julho de 2007, o que resultou na manutenção de seu registro pelo Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento. No entanto, não existem estudos que comprovem a efetividade do uso dessa vacina na redução da incidência da leishmaniose visceral em humanos. Dessa forma, o seu uso está restrito à proteção individual dos cães e não como uma ferramenta de Saúde Pública.

A vacina está indicada somente para animais assintomáticos com resultados sorológicos não reagentes para leishmanioses visceral. Cabe destacar que o imunobiológico não é o único instrumento de prevenção individual da leishmaniose visceral canina (LVC) e que outras medidas devem ser adotadas, conforme normatização do Ministério da Saúde. Os animais que apresentarem sinais clínicos compatíveis com LVC e/ou reações sorológicas reagentes estarão passíveis das medidas sanitárias vigentes.

Viajantes e a Leishmaniose Visceral

Ao circular por áreas onde ocorrem casos de leishmaniose visceral, ao sentir sintomas da doença: febre de longa duração, aumento do fígado e baço (hepatoesplenomegalia), perda de peso, fraqueza, redução da força muscular, entre outras manifestações, devem procurar o serviço de saúde mais próximo o quanto antes. O diagnóstico e o tratamento precoce evitam o agravamento da doença, que pode ser fatal se não for tratada.

Reflexos na produção, distribuição e comércio de bens e serviços

Diante da alarmante realidade, governos mundiais se mobilizaram em prol de medidas preventivas contra a propagação do novo coronavírus. Iniciou-se, então, uma campanha mundial de conscientização e alerta sobre os riscos dessa nova doença. As primeiras medidas foram de isolamento social, o que significou o fechamento de todo o tipo de comércio e a recomendação de que toda a população permanecesse em casa para evitar um possível contato com pessoas infectadas.

Diante dessa realidade, a economia de praticamente todos os países do mundo sofreu impactos inimagináveis. Com a queda das vendas, a produção, distribuição e comércios de bens e serviços sofreu grande impacto, empresas tiveram que se adaptar à nova realidade e muitas delas fecharam ou faliram. Escolas do mundo inteiro fecharam, escritórios foram obrigados a adiantar recessos e férias dos funcionários, muitas mudanças ocorreram em larga escala.

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 ao isolamento, bem como o aumento do desemprego, prejudicou muitas pessoas no mundo todo.

O vírus SARS-CoV-2, pertencente à família dos coronavírus, é conhecido por causar infecções respiratórias que variam de resfriados comuns a doenças mais graves. A Covid-19 se manifesta com uma gama de sintomas, incluindo febre, tosse, falta de ar, fadiga, e em casos graves, pode levar a pneumonia, síndrome respiratória aguda severa e morte. O vírus se espalha principalmente através de gotículas respiratórias expelidas por pessoas infectadas ao tossir, espirrar ou falar.

A resposta à Covid-19 exigiu uma ação coordenada e multifacetada. No nível de saúde pública, medidas como distanciamento social, uso de máscaras, higiene das mãos e limitações de viagens foram implementadas para controlar a propagação do vírus. A testagem em massa, rastreamento de contatos e isolamento de casos positivos tornaram-se ferramentas essenciais na gestão da pandemia.

Um aspecto crítico da resposta à Covid-19 foi o desenvolvimento e a distribuição de vacinas em tempo recorde. As vacinas se mostraram eficazes na redução da gravidade e transmissão da doença, desempenhando um papel fundamental na diminuição do número de casos graves e mortes. A vacinação em massa emergiu como uma estratégia central para o controle da pandemia e para a eventual retomada das atividades normais.

Além do impacto na saúde física, a pandemia da Covid-19 teve efeitos significativos na saúde mental da população. O medo da infecção, o luto pela perda de entes queridos, o isolamento social prolongado e as incertezas econômicas contribuíram para um aumento nos casos de ansiedade, depressão e outros transtornos mentais. Isso destacou a necessidade de serviços de apoio à saúde mental como parte da resposta à pandemia.

A Covid-19 também expôs e exacerbou desigualdades existentes. Populações em situação de vulnerabilidade, incluindo pessoas com condições de saúde pré-existent, idosos, trabalhadores da linha de frente e comunidades de baixa renda, foram desproporcionalmente afetadas pela doença. Isso levantou questões críticas sobre equidade na saúde e a necessidade de sistemas de saúde mais resilientes e inclusivos.

A pandemia forçou a adaptação e inovação em várias áreas, desde a rápida implementação do teletrabalho e educação a distância até o avanço na telemedicina. As empresas tiveram que reimaginar suas operações e a interação social passou por uma transformação digital.

Em resumo, a Covid-19 é mais do que uma crise de saúde; é um evento que desafiou os fundamentos da sociedade moderna, exigindo uma resposta global abrangente. Enquanto o mundo continua a lidar com suas consequências e a emergir dessa crise sem precedentes, as lições aprendidas irão, sem dúvida, moldar a preparação e a resposta a futuras emergências de saúde pública.

6-FADENOR - 2023 - Prefeitura de Cabeceira Grande - MG - Agente Comunitário de Saúde

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, o número de ACS por equipe deve ser definido de acordo com a base populacional, os critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, e a definição local. Considerando esse assunto, assinale a alternativa CORRETA.

- (A) O CS deve cumprir, minimamente, 4 horas diárias de trabalho, totalizando uma carga horária semanal de 20 horas.
- (B) A cobertura de 60% da população com número máximo de 400 pessoas por ACS é recomendada em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se.
- (C) A cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS é recomendada em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social.
- (D) O ACS deve cumprir, minimamente, 6 horas diárias de trabalho, totalizando uma carga horária semanal de 30 horas.
- (E) O ACS pode compor até duas equipes de Estratégia Saúde da Família, desde que haja anuência do gestor público municipal da localidade de atuação.

7-FAURGS - 2022

Assinale a alternativa correta em relação às regras sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) dispostas na Lei Federal n.º 8.142/1990.

- (A) A instituição de Fundo de Saúde é facultativa para os Municípios, os Estados e o Distrito Federal, inclusive para receberem recursos da União.
- (B) É vedado aos Municípios estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando recursos entre si.
- (C) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento padronizado, editado pelo Ministério da Saúde.
- (D) O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, sendo órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.
- (E) A Conferência de Saúde se reúne ordinariamente a cada dois anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

8-FADENOR - 2023

A Portaria n.º 2.121, de 18 de dezembro de 2015, “altera o Anexo I da Portaria n.º 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica”. Ela traz, no corpo do texto, diversas alterações a todos os membros da equipe. Inclusive, em seu Art. 2.º, O Anexo I da Portaria n.º 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, foi alterado, passando a vigorar acrescido do seguinte inciso, ao subtítulo “Do Agente Comunitário de Saúde”:

- (A) “IX - cabe ao agente comunitário de saúde realizar o acompanhamento do pré-natal de risco habitual, quando seja capacitado pelo enfermeiro referência técnica da equipe, obtendo, assim, a certificação necessária para realizar a atividade, desde que haja anuência da gestão municipal.”

(B) “IX - o agente comunitário de saúde deve ter competência técnica para a realização de consulta ao usuário diabético e hipertenso, sendo obrigatório ao profissional aferir a pressão arterial em todos os acompanhamentos que forem realizados e registrados no prontuário eletrônico.”

(C) “IV - o agente comunitário de saúde deve receber o piso salarial a partir de 6 meses no território, e vincular à Estratégia Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).”

(D) “IV - o agente comunitário de saúde deve vincular-se à Estratégia Saúde da Família que necessitar de seus serviços, independentemente do território em que a mesma está, desde que haja auxílio ou meio de locomoção.”

(E) “IX - ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal.”

9-FADENOR - 2022

Sobre a visita domiciliar, é CORRETO afirmar que:

- (A) Ela deve ser realizada apenas aos pacientes idosos ou com mobilidade reduzida.
- (B) Ela é uma atribuição exclusiva dos agentes comunitários de saúde do território.
- (C) Ela é importante para a realização de ações de promoção e educação à saúde.
- (D) Ela deve ser realizada para se conhecer o quadro clínico, ignorando aspectos sociais, emocionais e familiares.
- (E) Ela desfavorece o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, sugere ausência de atividades na unidade.

10-FADENOR - 2023

Qual é a lei que regulamenta a profissão do agente de combate às endemias?

- (A) Lei n.º 10.507/2002.
- (B) Lei federal n.º 10.972/2004.
- (C) Lei n.º 8.142/1990.
- (D) Lei federal n.º 11.350/2006.
- (E) Lei n.º 8.080/1990.

11-FADENOR - 2023

A política de vacinação é responsabilidade do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde. A vacinação é tida como uma das mais eficazes estratégias para preservar a saúde da população, pois previne contra doenças graves e contribui para reduzir a disseminação dos agentes infecciosos a que se referem na comunidade. Além disso, protege inclusive aqueles que não podem ser vacinados por motivos de saúde. Sobre o Calendário Nacional de Vacinação vigente, leia as afirmativas que seguem e assinale a alternativa CORRETA, considerando um calendário vacinal completo no dia da vacinação:

- (A) A única vacina a ser administrada aos 6 meses de idade é a primeira dose da Meningocócica C conjugada.
- (B) A única vacina a ser administrada aos 4 anos é contra o Papilomavírus Humano (HPV), somente em meninas.
- (C) A única vacina a ser administrada aos 3 meses de idade é a primeira dose da Meningocócica C conjugada.