



PROVA TEÓRICA

**CERTIFICADO DE ÁREA DE
ATUAÇÃO**

HANSENOLOGIA

Maceió, 23 de Novembro de 2011

Sociedade Brasileira de Hansenologia

(www.sbhansenologia.org.br)

Associação Médica Brasileira

(www.amb.org.br)

COMISSÃO EXAMINADORA

Cláudio Guedes Salgado
José Augusto da Costa Nery
Marcos César Floriano
Marcos da Cunha Lopes Virmond
Maria Angela Bianconcini Trindade
Maria Aparecida de Faria Grossi

PROVA TEÓRICA – INSTRUÇÕES

Duração da prova: 3 horas

Material:

- Um caderno da **Prova Teórica** com 35 páginas contendo 70 (setenta) questões-teste, cada uma com quatro alternativas, sendo somente uma correta.
- Um **Caderno de Respostas** com 5 páginas.

Instruções:

- Você deverá assinalar a sua resposta de cada questão com um **X** no caderno de respostas. Utilize caneta esferográfica azul ou preta.
- Se houver mais de uma resposta assinalada na questão ou se não houver nenhuma alternativa assinalada, ela será considerada incorreta.
- Colocar o seu nome e assinar todas as folhas do caderno de respostas.

BOA SORTE !!



1. **Assinale a resposta ERRADA em relação ao agente etiológico da hanseníase:**
 - a) É parasita intracelular obrigatório;
 - b) Tem afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos;
 - c) Multiplica-se rapidamente, em torno de três a cinco dias;
 - d) O homem é reconhecido comprovadamente como a única fonte de infecção.

2. **A hanseníase é doença infecciosa crônica que pode apresentar episódios inflamatórios agudos e subagudos durante a sua evolução. Quais são os principais fatores desencadeantes destes episódios?**
 - a) Exposição solar e analgésicos;
 - b) Gravidez, infecções recorrentes e estresse psicológico;
 - c) Fumo e álcool;
 - d) Exercícios físicos e alimentação à base de carne de porco.

3. **Em qual situação abaixo NÃO há indicação precisa de corticoterapia sistêmica?**
 - a) Lesões cutâneas inflamatórias em trajetos de nervos Periféricos;
 - b) Lesões cutâneas inflamatórias disseminadas, com tendência à ulceração;
 - c) Orquiepididimite;
 - d) Lesões cutâneas inflamatórias no dorso.



4. O que NÃO representa característica clínica da hanseníase indeterminada?

- a) Manchas hipocrômicas, em geral até cinco lesões, de limites imprecisos e com alteração da sensibilidade;
- b) Área com alteração da sensibilidade térmica e preservação da sensibilidade tátil;
- c) O comprometimento de nervos periféricos pode causar incapacidades;
- d) A baciloscopia de raspado intradérmico é negativa.

5. Qual a característica clínica da hanseníase indeterminada?

- a) Manchas hipocrômicas de limites nítidos, descamativas, sem alteração ao teste com o monofilamento verde;
- b) Mancha hipocrômica ou área com alteração da sensibilidade térmica e sensibilidade tátil preservada;
- c) Placa eritematosa com redução da sudorese e rarefação de pelos;
- d) Infiltração dos lóbulos de orelhas, queda do terço externo das sobrancelhas e dos supercílios, e lesões circunscritas nos membros.



6. **Qual a conduta a ser adotada diante de um paciente com hanseníase virchowiana?**
- a) Isolamento do paciente até o início da poliquimioterapia;
 - b) Tratar o doente em casa, examinar os familiares e aplicar a vacina BCG nos contatos intradomiciliares, caso não sejam vacinados;
 - c) Tratar o doente em casa com a poliquimioterapia e vaciná-lo com a BCG;
 - d) Isolamento do paciente até o término da poliquimioterapia.
7. **Quais são as citocinas (interleucinas – IL) liberadas na fase inicial da resposta imune da hanseníase paucibacilar que direcionam e estimulam a formação do granuloma tuberculóide e a contenção da doença?**
- a) IL-12 e IL-18;
 - b) IL-4 e IL-10;
 - c) IL-12 e IL-5;
 - d) IL-4 e IL-5.
8. **Com relação à interação do homem com o *Mycobacterium leprae*, levando-se em conta o conhecimento atualmente disponível, é CORRETO afirmar:**
- a) Apresenta infectividade provavelmente alta;
 - b) Apresenta patogenicidade provavelmente alta;
 - c) Apresenta infectividade provavelmente baixa;
 - d) Ainda não há meios para se estimar tanto a infectividade quanto a patogenicidade.



- 9. A hanseníase é considerada uma doença de grande transcendência. Este atributo da doença está intimamente ligado:**
- a) Ao prolongado período de tratamento;
 - b) Às elevadas taxas de detecção;
 - c) Ao elevado potencial incapacitante;
 - d) Ao prolongado período de incubação.
- 10. A prevalência de uma determinada doença pode ser expressa pelo produto de sua incidência e tempo de duração. Sabe-se que houve grande redução de prevalência no Brasil a partir da década de 1990. Pode-se considerar que tal fenômeno se deveu:**
- a) À redução da ocorrência de casos, sobretudo na região Centro-Oeste do país;
 - b) Ao encurtamento da duração da doença, em razão do predomínio de casos paucibacilares em tratamento com poliquimioterapia;
 - c) À redução da ocorrência de casos, mais evidente na região Nordeste do país;
 - d) Ao encurtamento do tempo de duração da doença, em razão da mudança do critério de cura, com a introdução da poliquimioterapia.



- 11. Elevada proporção de casos com incapacidade, no momento do diagnóstico da hanseníase, em uma determinada região, revela:**
- a) Eficiência do serviço de saúde, com descoberta mais ampla de casos;
 - b) Evidência de processo migratório na localidade;
 - c) Situação de elevada transmissão;
 - d) Diagnóstico tardio da doença.
- 12. A taxa de casos novos de hanseníase com avaliação de incapacidade realizada (expressa em termos percentuais) é um indicador, sobretudo:**
- a) Da qualidade do serviço de saúde;
 - b) Da prevalência da doença;
 - c) Do nível de transmissão da hanseníase;
 - d) Da prevalência oculta de hanseníase.
- 13. Sabe-se que, a partir da existência de um caso contagiante, o tempo de convivência domiciliar está relacionado com o risco de transmissão da hanseníase. Considera-se, no programa de controle, como indicador de qualidade, a proporção de contatos intradomiciliares examinados. Classifica-se como um bom índice:**
- a) Examinar a totalidade dos contatos intradomiciliares com lesões suspeitas;
 - b) Examinar acima de 75% dos contatos intradomiciliares;
 - c) Examinar acima de 75% dos contatos intradomiciliares com lesões suspeitas;
 - d) Examinar acima de 50% dos contatos intradomiciliares.



14. Com relação à co-infecção aids e hanseníase pode-se afirmar:

- a) O advento da aids trouxe impacto negativo na proporção de indivíduos com resistência natural à hanseníase, nas áreas de elevada prevalência de HIV;
- b) A aids trouxe uma mudança no padrão de apresentação clínica da doença, produzindo grandes proporções de casos multibacilares, consequência do comprometimento da imunidade celular nos indivíduos co-infectados;
- c) Não houve impacto epidemiológico detectável nas regiões em que a co-infecção é frequente;
- d) Os indivíduos acometidos pela hanseníase em formas avançadas, em razão das mutilações e lesões, parecem apresentar maior risco à infecção pelo HIV.

15. Assinale a resposta CORRETA:

- a) O TNF- α (fator de necrose tumoral alfa) é importante na formação do granuloma do tipo tuberculóide;
- b) Na hanseníase paucibacilar, a resposta imunológica é humoral com grande produção de anticorpos;
- c) A resposta imunológica predominante na hanseníase multibacilar é a Th1;
- d) O indivíduo com hanseníase virchowiana comporta-se como um imunodeprimido, com baixa contagem de linfócitos CD4+.



16. Com relação a sorologia da hanseníase, assinale a resposta CORRETA:

- a) Altos títulos de anticorpos anti-PGL1 (glicolípido fenólico 1) são encontrados nas formas tuberculóides graves;
- b) O nível de anticorpos anti-PGL1 é diretamente proporcional ao diâmetro medido da intradermorreação de Mitsuda;
- c) A intradermorreação de Mitsuda e a sorologia são os melhores métodos para avaliação da cura da hanseníase;
- d) A dosagem IgM anti-PGL1 encontra-se aumentada nas formas multibacilares da doença.

17. O granuloma do tipo tuberculóide da hanseníase paucibacilar:

- a) É constituído por macrófagos espumosos com grande quantidade de bacilos;
- b) Depende do TNF- α (fator de necrose tumoral alfa) para se desenvolver;
- c) Está ligado a resposta imune mediada pelas interleucinas, IL-4, IL-5 e IL-10;
- d) É constituído pela necrose caseosa, típica da resposta a micobactérias.

18. Qual é o principal componente imunogênico do *Mycobacterium leprae*?

- a) Anel fenólico do PGL1 (glicolípido fenólico 1);
- b) Dimicocerosato do PGL1;
- c) Trissacarídeo do PGL1;
- d) Antígeno de 140 kDa.



- 19. Por que o eritema nodoso hansênico ocorre no paciente multibacilar?**
- a) Com a instituição da poliquimioterapia ocorre ativação da resposta imune celular, com aumento do IFN- γ (interferon-gama);
 - b) Durante o processo de formação de granuloma tuberculóide, ocorre o aumento do TNF- α (fator de necrose tumoral alfa);
 - c) O depósito de imunocomplexos circulantes leva a ativação da resposta imune celular nos capilares dérmicos;
 - d) Ocorre aumento do níveis e ativação do TNF- α , levando a vasculite de pequenos vasos.
- 20. Quanto à baciloscopia nos cortes histológicos de lesões de pele na hanseníase, assinale a alternativa CORRETA:**
- a) O índice baciloscópico no espectro da hanseníase é maior na faixa tuberculóide e menor na faixa virchowiana;
 - b) Para diagnóstico da hanseníase é necessário que a baciloscopia seja positiva;
 - c) O índice baciloscópico maior (5+ ou 6+) está relacionado à maior probabilidade de desenvolvimento de quadros reacionais;
 - d) A baciloscopia não necessariamente precisa ser realizada para a classificação histopatológica da hanseníase (Classificação de Ridley & Jopling).



21. Em relação à histopatologia da reação tipo “1”, assinale a alternativa CORRETA:

- a) As lesões cutâneas apresentam edema nos granulomas, aumento de linfócitos, presença de células gigantes multinucleadas e aumento no número de bacilos;
- b) Necrose no interior dos granulomas é observada na maioria dos casos;
- c) Vasculites são frequentemente observadas, em geral em vasos do derma profundo/subcutâneo;
- d) Quando há diagnóstico clínico de reação tipo “1”, o exame histopatológico pode não apresentar as características histológicas de reação.

22. Quanto às características histopatológicas da reação tipo “2” (eritema nodoso hansênico), assinale a alternativa CORRETA:

- a) O infiltrado inflamatório geralmente é extenso; comprometendo a derme e parte do tecido subcutâneo.
- b) Vasculite é observada na maioria dos casos;
- c) A extensão e as características histológicas da reação variam com o índice baciloscópico;
- d) As características histológicas de reação tipo “2” (eritema nodoso hansênico) são diferentes entre lesões que se desenvolvem antes do tratamento daquelas observadas após o tratamento.



23. Quanto ao exame histopatológico das lesões de pele no espectro da hanseníase, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Há menor agressão aos ramos neurais na faixa tuberculóide;
- b) As características histológicas das lesões de pacientes tuberculóide e dimorfo-tuberculóide (DT) são semelhantes, variando, às vezes, somente o índice baciloscópico e a preservação dos ramos neurais, que são maiores na hanseníase dimorfa-tuberculóide;
- c) Na hanseníase dimorfa-virchowiana, o padrão histológico é representado por aglomerados de histiócitos epitelióides com destruição dos ramos neurais;
- d) No grupo dimorfo, as formas dimorfa-tuberculóide, dimorfa-dimorfa e dimorfa-virchowiana são histologicamente semelhantes, variando somente o índice baciloscópico.

24. Na histopatologia da hanseníase dimorfa-virchowiana temos:

- a) Granuloma toca a epiderme, células epitelióides, células gigantes, macrófagos vacuolados;
- b) Faixa de Unna, células epitelióides, macrófagos vacuolados;
- c) Granuloma toca a epiderme, linfócitos, células epitelióides;
- d) Faixa de Unna, células epitelióides, células gigantes, frequente hiperplasia da epiderme.



25. Quanto à histopatologia da hanseníase neural primária, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Os quadros reacionais tipo “1” e tipo “2” também são observados no interior dos nervos e com características histológicas semelhantes às observadas nas lesões de pele;
- b) Há fenômenos inflamatórios e não inflamatórios (por exemplo, desmielinização), acometendo os nervos, porém os mesmos não podem ser observados nos cortes histológicos, corados por hematoxilina-eosina ou colorações especiais;
- c) Para o diagnóstico de hanseníase neural primária é obrigatória a detecção do bacilo no interior dos nervos, seja por colorações histoquímicas (Faraco - Fite) ou reação em cadeia da polimerase (PCR);
- d) Os fenômenos inflamatórios na hanseníase acometendo os principais ramos neurais são inespecíficos e não se pode distinguir hanseníase de outras doenças infecciosas.

26. Na hanseníase, é considerada como forma paucibacilar:

- a) Hanseniana dimorfa;
- b) Hanseniana virchowiana;
- c) Hanseniana indeterminada;
- d) Hanseníase borderline.



- 27. O Teste de Histamina é realizado em que forma clínica da hanseníase?**
- a) Tuberculóide;
 - b) Indeterminada;
 - c) Virchowiana;
 - d) Nodular infantil.
- 28. As globias podem ser encontradas mais frequentemente, no raspado intradérmico ou no exame histopatológico, de doentes com a hanseníase da forma:**
- a) Tuberculóide;
 - b) Dimorfa;
 - c) Virchowiana;
 - d) Neural primária.
- 29. Assinale o melhor diagnóstico diferencial para um caso típico de hanseníase tuberculóide:**
- a) Vitiligo;
 - b) Herpes genital;
 - c) Psoríase;
 - d) Dermatofitose.



30. É utilizado na hanseníase:

- a) Teste de Montenegro;
- b) Teste de fixação de complemento;
- c) Teste de PPD;
- d) Baciloscopia.

31. Paciente em poliquimioterapia (PQT) para hanseníase multibacilar, apresenta na 5ª dose supervisionada, piora das lesões pré-existentes e surgimento de lesões novas. O diagnóstico é:

- a) Reação tipo 1;
- b) Intolerância à dapsona;
- c) Eritema nodoso hansênico;
- d) Resistência medicamentosa.

32. O comprometimento sistêmico é encontrado:

- a) Na hanseníase indeterminada;
- b) Na hanseníase tuberculóide;
- c) Na forma de hanseníase que apresenta hansenoma;
- d) Na hanseníase nodular de infância.



33. Marque a resposta mais CORRETA:

- a) São consideradas paucibacilares: hanseníase indeterminada, tuberculóide, neural primária e nodular infantil;
- b) São consideradas multibacilares: hanseníase tuberculóide e dimorfa;
- c) O teste da histamina é realizado para diferenciar as formas clínicas da hanseníase;
- d) São consideradas paucibacilares: dimorfa e indeterminada.

34. Hemólise é um efeito colateral mais comum de qual droga?

- a) Rifampicina;
- b) Diamino-difenil-sulfona;
- c) Clofazimina;
- d) Talidomida.

35. Nos casos de hanseníase e infecção concomitante pelo HIV, recomenda-se:

- a) Esquema PQT/OMS para paucibacilar, independente da classificação operacional da hanseníase;
- b) Esquema PQT/OMS para multibacilar, independente da classificação operacional da hanseníase;
- c) Esquema PQT/OMS para multibacilar + ofloxacina 400 mg auto-administrada diária;
- d) Esquema habitual PQT/OMS de acordo com a classificação operacional do caso.



- 36. São efeitos colaterais da talidomida, EXCETO:**
- a) Xerodermia;
 - b) Sonolência;
 - c) Constipação;
 - d) Neuropatia periférica.
- 37. Na reação tipo 2 são indicações de corticoterapia: (Assinale a opção com TODAS CORRETAS)**
- a) Orquite, febre, eritema nodoso necrótico;
 - b) Linfadenomegalia, neurite, uveíte;
 - c) Eritema nodoso necrótico, neurite, orquite;
 - d) Neurite, nefrite, linfadenomegalia
- 38. Paciente apresenta controle pobre da dor após introdução de prednisona 1,5mg/Kg para neurite de cubital, sem progressão do dano sensitivo ou motor:**
- a) Considerar outra causa de neurite;
 - b) Considerar introdução de mais uma droga imunossupressora;
 - c) Considerar possibilidade de recidiva;
 - d) Considerar dor neuropática e introduzir amitriptilina.



39. Os efeitos colaterais da PQT que demandam interrupção do esquema:

- a) Não são frequentes e relacionados principalmente à clofazimina;
- b) São frequentes e relacionados principalmente à rifampicina;
- c) Não são frequentes e relacionados principalmente à sulfona;
- d) São frequentes e relacionados principalmente à clofazimina.

40. Paciente do sexo masculino, 45 anos, residente em ex-colônia de hanseníase, realizou esquema poliquimioterápico (PQT) multibacilar por 24 meses em 1995. Em 2007 surgiram novas lesões nodulares, infiltradas, disseminadas pelo tegumento, atingindo inclusive a face e os pavilhões auriculares. A baciloscopia foi positiva e o paciente foi submetido novamente a PQT multibacilar, agora durante 12 meses. As lesões desapareceram e, em 2010, surgiram novas lesões semelhantes às anteriores. A análise molecular do bacilo detectou resistência à dapsona e à rifampicina. Qual esquema terapêutico é adequado para tratar este paciente?

- a) Clofazimina mensal 300 mg, e diária 50mg durante 24 meses, associada a ofloxacina 400 mg/dia e minociclina 100 mg/dia por 6 meses, seguida por ofloxacina ou minociclina, na mesma dose, durante mais 18 meses;
- b) Clofazimina mensal 300 mg e diária 50 mg, associada a tetraciclina 300 mg/dia, durante 36 meses;
- c) Rifampicina 300 mg/dia, associada a isoniazida 200 mg/dia e levofloxacina 250 mg/dia, durante 24 meses;
- d) Rifapentina 600 mg/semana associada a ofloxacina 400 mg/dia e minociclina 100 mg/dia por 24 meses.



- 41. O médico do Programa Saúde da Família (PSF) recebe um paciente da sua área de cobertura apresentando três lesões nodulares, variando de 1 a 3 cm de diâmetro, localizadas no antebraço direito e no dorso, com 5 meses de evolução. O paciente refere que além destas lesões, apresenta ainda uma dormência no dorso da mão esquerda. Ao formular a hipótese diagnóstica de hanseníase, ele resolve acertadamente:**
- a) Encaminhar o paciente à unidade de referência municipal, que fica a apenas 3 quilômetros do PSF, para avaliação por um colega mais experiente e pesquisa de BAAR no raspado intradérmico, com a finalidade de identificar se o paciente apresenta realmente hanseníase, e definir o tipo de tratamento que será realizado;
 - b) Realizar a pesquisa de BAAR no raspado intradérmico no laboratório municipal e, caso o resultado seja negativo, encaminhar o paciente à referência estadual para biópsia da lesão;
 - c) Pesquisar a sensibilidade das lesões para avaliar a presença de hipo ou anestesia e, assim, com mais certeza, caso haja alteração de sensibilidade, encaminhar o paciente para que a referência municipal defina a forma clínica e o tipo de tratamento, e faça a devida contra-referência para acompanhamento no PSF;
 - d) Avaliar a presença ou não de hipoestesia ou anestesia, utilizando os meios semióticos adequados e, caso o resultado seja positivo, ou seja, presença de hipoestesia ou anestesia, definir o diagnóstico e o tratamento que deverá ser realizado no próprio PSF.



42. Com relação às apresentações iniciais da hanseníase é **CORRETO** afirmar que:
- a) A doença nunca se manifesta precocemente como áreas da pele com diminuição da sensibilidade sem lesões cutâneas visíveis, pois as máculas hipocrômicas sempre estão presentes;
 - b) As lesões tuberculóides iniciais são principalmente máculas hipopigmentadas pouco definidas, geralmente com discreta hipoestesia;
 - c) A forma virchowiana pode se iniciar com manifestações discretas, como máculas hipopigmentadas difíceis de perceber, seguindo-se posteriormente a infiltração dessas lesões, que favorecem a suspeita diagnóstica;
 - d) A hanseníase indeterminada manifesta-se mais frequentemente com uma ou poucas lesões cutâneas em placa, hipopigmentadas e nitidamente anestésicas.
43. Qual das afirmativas abaixo está **ERRADA** com relação às manifestações clínicas da hanseníase virchowiana?
- a) A forma virchowiana pode cursar com acometimento dos rins com glomerulonefrite, proteinúria e hematúria, apenas quando associada à reação hansênica;
 - b) As axilas e couro cabeludo são áreas habitualmente poupadas pela lesões;
 - c) Os dedos das mãos podem apresentar-se edemaciados, com hipersensibilidade e sensação de choque aos pequenos traumas, podendo associar-se a alterações radiológicas como osteoporose das falanges;
 - d) O acometimento da mucosa do trato respiratório superior chega a 80% dos pacientes com essa forma clínica, podendo ocorrer sintomas iniciais como coriza e epistaxe.



44. Com relação às reações hansênicas, assinale a alternativa CORRETA:

- a) O risco de injúria aos nervos periféricos é maior durante os surtos reacionais tipo 2 nos pacientes multibacilares do que naqueles com reação reversa;
- b) O fenômeno de Lucio é uma vasculite crônica e progressivamente severa. Trata-se de complicação frequente da hanseníase multibacilar, associada a alta morbidade e baixa mortalidade;
- c) Usando a Classificação de Ridley e Jopling, um paciente que apresenta surtos de eritema nodoso hansênico e posteriormente desenvolve quadro típico de reação reversa, trata-se mais provavelmente de um caso dimorfo-virchowiano (DV);
- d) A reação tipo 2 ocorre por incremento da imunidade celular ao *M. leprae*, associada a grande quantidade antígenos bacilares em lesões cutâneas e em nervos periféricos, produção de anticorpos policlonais e baixos níveis de imunoglobulinas circulantes.

45. Qual das formas clínicas é considerada hanseníase paucibacilar?

- a) Indeterminada;
- b) Virchowiana;
- c) Borderline;
- d) Dimorfa.



- 46. Um paciente é encaminhado a você apresentando, há 9 meses, lesões infiltradas, em placas de limites imprecisos, disseminadas pelo tegumento, atingindo inclusive os pavilhões auriculares, associadas a entupimento nasal crônico e madarose superciliar. A avaliação de prevenção de incapacidades demonstra apenas um ponto de hipoestesia na palma da mão direita. A pesquisa de sensibilidade nas lesões é duvidosa, pois o paciente não consegue definir claramente uma área hipo ou anestésica. A baciloscopia é positiva. Você:**
- a) Define o diagnóstico como hanseníase dimorfa-dimorfa, e inicia o tratamento com esquema poliquimioterápico paucibacilar;
 - b) Faz uma biópsia e aguarda o resultado do exame histopatológico para poder definir a forma clínica e o tipo de tratamento;
 - c) Classifica o paciente com hanseníase virchowiana e inicia o tratamento com poliquimioterapia multibacilar;
 - d) Solicita um exame de sangue para avaliar o dano neural, e inicia o tratamento com esquema poliquimioterápico multibacilar.



- 47. Uma paciente grávida de 5 meses apresenta apenas uma mácula hipocrômica, hipoestésica, com cerca de 2cm de diâmetro, na face anterior da coxa direita há 1 mês. O exame físico não revela outros sinais e não há espessamento neural periférico. Qual a conduta adequada?**
- a) Definir o diagnóstico como hanseníase paucibacilar e tratar imediatamente com poliquimioterapia paucibacilar;
 - b) Faltando somente 4 meses para o fim da gestação, diante do tamanho da lesão, com apenas 2 cm, e da ausência de dano neural, o ideal é aguardar o parto, para poder tratar a paciente com esquema poliquimioterápico multibacilar;
 - c) Faltando somente 4 meses para o fim da gestação, diante do tamanho da lesão, com apenas 2 cm, e da ausência de dano neural, o ideal é aguardar o parto, para poder tratar a paciente com esquema poliquimioterápico paucibacilar;
 - d) Aguardar o parto e o final da amamentação para poder tratar a paciente com esquema poliquimioterápico paucibacilar.
- 48. Um paciente de 46 anos de idade queixa-se de dormência há 4 anos na coxa. Ao exame não se observam lesões cutâneas, mas há nítida hipoestesia térmica e tátil em área de cerca de 20 cm na face anterior e lateral da coxa esquerda, onde há distribuição normal de pelos. Uma biópsia realizada nessa região não mostrou qualquer alteração histológica. O diagnóstico mais provável é:**
- a) Hanseníase dimorfa;
 - b) Meralgia parestésica;
 - c) Hanseníase indeterminada;
 - d) Siringomielia.



49. Sobre a vigilância epidemiológica da hanseníase, é INCORRETO afirmar que:

- a) A investigação epidemiológica dos contatos consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados, independentemente da classificação operacional e do repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase;
- b) A investigação epidemiológica tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção;
- c) Todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica para esta doença e neste grupo é destinada, prioritariamente, aos contatos intradomiciliares;
- d) No Brasil, para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos três anos.

50. A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de período de incubação prolongado. Sobre a vigilância dos contatos, é INCORRETO afirmar que:

- a) A vigilância dos contatos intradomiciliares constitui um dos pilares do controle da hanseníase;
- b) A vacina BCG-ID deverá ser aplicada nos contatos intradomiciliares sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB;
- c) A eficácia da vacina BCG-ID na imunoprofilaxia e na imunoterapia da hanseníase é próxima a 100%;
- d) Contatos intradomiciliares de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG.



- 51. Toda lesão de nervo é, em potencial, causadora de dor, tanto agudamente pelos fatores pró-inflamatórios algogênicos nas reações como somente pela desaferantação sensitiva e desestruturação do nervo, que pode gerar a dor crônica neuropática após o controle das reações. Saber diferenciar esses dois tipos de dor tem as seguintes implicações clínicas:**
- a) Evitar o uso indiscriminado dos esteróides, pois podem ser usadas outras drogas mais eficientes para tratar a dor neuropática;
 - b) Evitar o uso indiscriminado dos esteróides, pois as drogas que compõe a poliquimioterapia também têm efeito sobre a dor neuropática;
 - c) Não há implicações porque, quando há dor no nervo, os esteróides são sempre indicados, assim como nas inflamações de tecidos nobres como testículos e olhos;
 - d) A dor é um importante indicativo para se aumentar a dose dos esteróides até se obter controle efetivo da neurite.
- 52. Os dois nervos cranianos frequentemente comprometidos na hanseníase, embora não envolvidos proximalmente, e sim, em seus ramos ou terminações nervosas na face, com repercussão sobre a função visual, são os seguintes:**
- a) Facial (VII par) e nervo óptico (II par);
 - b) Facial (VII par) e trigêmeo (V par);
 - c) Trigêmeo (V par) e nervo óptico (II par);
 - d) Nervo óptico (II par) e troclear (IV par).



- 53. Um paciente masculino de 38 anos, tratou PQT-MB/2 anos e há três anos apresentou reação tipo 1 e neuropatia, tendo como resultado uma neuralgia importante no ulnar direito, a ponto de diminuir a qualidade de vida, apesar de estar recebendo esteróides em esquema adequado. A monitoração dos nervos (mapeamento sensitivo e exame motor) apresentava-se estável. Qual a conduta neste caso?**
- a) Aumentar a dose do esteróide em uso, introduzir talidomida em doses de 100 a 300mg/dia e monitorar a resposta;
 - b) Reintroduzir PQT-MB/ 1ano para recidiva, pela manutenção da reação tipo 1 por três anos;
 - c) Encaminhar o paciente para o centro de referência para pesquisa de recidiva;
 - d) Acrescentar a medicação para dor neuropática (antidepressivos tricíclicos e neurolépticos ou anticonvulsivantes), manter os esteróides e monitorar a resposta.
- 54. O tratamento de uma neurite tanto por reação do tipo 1 como do tipo 2 se inicia com dosagens de esteroides que variam entre 1 mg/kg/dia a 1,5 mg/Kg/dia conforme orientações do Ministério da Saúde. Mas a dosagem inicial que controla a reação ou a neurite na maioria dos casos é aceita como:**
- a) Dose de 1,5 mg/Kg/dia;
 - b) Dose de 1 mg/Kg/dia;
 - c) Dose de 1,25 mg/Kg/dia;
 - d) Dose de 2 mg/Kg/dia.



- 55. O tratamento das reações tipo 1 e 2 no nervo devem se basear no tempo de duração que cada reação apresente. Na reação tipo 2, qual o tempo em que o tratamento com esteroide deve ser mais efetivo, ou seja, utilizado em doses mais altas?**
- a) Até o terceiro mês e iniciar a redução para a menor dose que conseguir controlar a reação;
 - b) Até a metade do primeiro mês e iniciar a redução para a menor dose que conseguir controlar a reação;
 - c) Até o sexto mês e iniciar a redução para a menor dose que conseguir controlar a reação;
 - d) Até o nono mês e iniciar a redução para a menor dose que conseguir controlar a reação.
- 56. Considerando-se que o início da lesão neural da hanseníase é pela colonização da célula de Schwann pelo *M. leprae*, qual seria a primeira manifestação deste “parasitismo”?**
- a) Degeneração axonal;
 - b) Laminações do interstício;
 - c) Fibrose intersticial;
 - d) Desmielinização.
- 57. Qual dessas formas de hanseníase é multibacilar?**
- a) Tuberculóide;
 - b) Dimorfa (Borderline);
 - c) Indeterminada;
 - d) Hanseníase nodular da infância.



- 58. Assinale entre as alternativas abaixo listadas, a assertiva CORRETA sobre a importância do antígeno glicolípido fenólico (PGL1) da parede do *Mycobacterium leprae*:**
- a) A presença de anticorpos anti-PGL1 no soro de pacientes paucibacilares é detectada com frequência na maioria dos casos;
 - b) O PGL1 protege o *M. leprae* dos mecanismos bactericidas dos macrófagos;
 - c) As formas conhecidas como hanseníase neural primária apresentam na grande maioria das vezes anticorpos anti-PGL1 no sangue;
 - d) O nível de anticorpos anti-PGL1 não é positivo nos estados patológicos da pele que não sejam hanseníase.
- 59. Ao se analisar o diagnóstico diferencial da hanseníase neural que acomete as extremidades superiores, quais doenças, entre as alternativas listadas abaixo, podem ser cogitadas como diagnósticos diferenciais mais prováveis da neuropatia da hanseníase?**
- a) Doença desmielinizante inflamatória crônica (CIDP), acropatia úlcero-mutilante de Thevenard;
 - b) Neuropatia genética desmielinizante de Charcot-Marie-Tooth, meralgia parestésica;
 - c) Síndrome do túnel do carpo, artrite reumatóide;
 - d) Neuropatia desmielinizante de Dejerine-Sottas, *Tabes dorsalis*.



60. Assinale entre as opções abaixo, o item que contenha uma das diferenças entre a resposta imune dos pacientes com a forma virchowiana da hanseníase e a resposta imune dos pacientes com a forma tuberculóide:

- a) A produção e secreção aumentadas de TNF (fator de necrose tumoral) nos pacientes virchowianos;
- b) A produção e secreção aumentadas de IL4 (interleucina 4) nos pacientes tuberculóides;
- c) A produção e secreção diminuídas de IL10 (interleucina 10) nos pacientes virchowianos;
- d) A produção e secreção aumentadas de γ -IFN (gama-interferon) nos pacientes tuberculóides.

61. A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, primeira bactéria relacionada à doença humana. Sobre o *M. leprae*, é INCORRETO afirmar que:

- a) O tempo de multiplicação do bacilo é de 11 a 16 horas e cerca de 20% parece permanecer viável no meio ambiente por até sete dias;
- b) O genoma dessa bactéria, decodificado em 2001, apresenta-se reduzido em relação ao genoma do *Mycobacterium tuberculosis*, com apenas 50% dos genes expressando proteínas;
- c) A transmissão do *M. leprae* ocorre principalmente pelo convívio com doentes multibacilares antes do tratamento;
- d) As principais fontes do bacilo são as mucosas das vias aéreas superiores dos pacientes multibacilares, embora possam também ser eliminados de hansenomas ulcerados, do leite materno, da urina e das fezes.



62. A hanseníase é uma doença de longo período de incubação e evolução insidiosa. Quanto aos desafios para a efetividade das Ações de Controle de Hanseníase, é INCORRETO afirmar que:

- a) A prevalência oculta é um tema de interesse da Vigilância Epidemiológica da Hanseníase;
- b) O diagnóstico precoce dos casos da doença, antes que haja evolução para as formas multibacilares, propicia a redução da prevalência oculta;
- c) Determinantes históricos e socioeconômicos relacionados à ocupação de novos espaços geográficos no Brasil podem explicar o grande contingente de pessoas infectadas em algumas regiões do Brasil;
- d) O diagnóstico tardio não é fato relevante para estimar a prevalência oculta.

63. Sobre a epidemiologia e controle da hanseníase, é INCORRETO afirmar que:

- a) O indicador de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade é importante para o monitoramento da endemia;
- b) Em indivíduos infectados pelo *Mycobacterium leprae*, com resposta imune-celular competente, a vacinação BCG pode encurtar o período de incubação da doença e induzir a manifestação clínica da doença mais precocemente;
- c) O aumento do acesso aos serviços de saúde, em especial à atenção primária, o conhecimento dos sinais e sintomas da hanseníase pela população, por meio de ações de educação em saúde, constituem estratégias efetivas para o controle da doença;
- d) Os coeficientes de detecção e de prevalência da hanseníase no Brasil têm aumentado ano a ano nos últimos 10 anos.



- 64. A avaliação neurológica em paciente com hanseníase:**
- a) Não é importante;
 - b) É importante para a detecção da neurite silenciosa;
 - c) Só deve ser realizada se houver queixa compatível com neurite;
 - d) Só deve ser realizada nos estados reacionais.
- 65. Na hanseníase há o acometimento de fibras cutâneas e do tronco do nervo. Para o diagnóstico precoce da neuropatia cutânea deve-se:**
- a) Estudar inicialmente as sensibilidades termo-algésica;
 - b) Estudar inicialmente a sensibilidade tátil;
 - c) Estudar inicialmente a força muscular;
 - d) Estudar inicialmente as sensibilidades vibratória e cinético-postural.
- 66. A utilização dos monofilamentos é importante para a prevenção de úlceras e outras alterações porque:**
- a) Identifica e monitoriza alterações das fibras autonômicas;
 - b) Identifica e monitoriza alterações das fibras da sensibilidade dolorosa;
 - c) Identifica e monitoriza alterações da sensibilidade protetora;
 - d) Identifica neurites precocemente.



- 67. A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Investigação. Sobre o controle da hanseníase, é INCORRETO afirmar que:**
- a) O diagnóstico precoce, o tratamento, o correto manejo das reações e das neurites, a prática do autocuidado e a atenção pós-alta podem evitar a instalação de danos permanentes;
 - b) A demanda pós-alta da hanseníase tem sido crescente e cumulativa gerando impacto na organização dos serviços;
 - c) Mesmo com a introdução da poliquimioterapia, a hanseníase mantém alta prevalência porque esta agrega a demanda pós-alta;
 - d) O acompanhamento dos casos com reação deverá ser realizado por profissionais com maior experiência ou por unidades de referência (municipal, regional e/ou estadual).
- 68. Escolha a correlação VERDADEIRA: A dor neuropática na hanseníase:**
- a) Nunca ocorre;
 - b) É sinônimo de inflamação aguda;
 - c) É sinônimo de processo inflamatório;
 - d) Pode surgir mesmo após o paciente estar curado da infecção.



69. Uma das peculiaridades da hanseníase está na abrangência dos cuidados exigidos à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, cuja demanda assistencial vai desde a atenção primária à atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Assim, é INCORRETO afirmar que:

- a) A atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida somente nos serviços de referência da rede do SUS especializados na doença;
- b) O modelo de intervenção para o controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares;
- c) As ações de controle de hanseníase devem ser executadas em toda a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e em razão de seu potencial incapacitante, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar, sempre que necessário;
- d) O SUS alcançou maior avanço no processo de descentralização da atenção à hanseníase com a reorganização da atenção primária, especialmente, com o Programa da Saúde da Família (PSF).



70. Assinale a alternativa ERRADA:

- a) As formas borderlines são fortes fatores de risco para a ocorrência de reação hansênica, que são comuns durante a poliquimioterapia e no período do puerpério;
- b) Edema da derme, presença de plasmócitos e fracionamento do granuloma de células epitelióides são aspectos histopatológicos encontrados em lesões de reação reversa;
- c) O edema das mãos e pés pode fazer parte da reação reversa, mas sintomas sistêmicos como febre não são comuns nesse tipo de reação;
- d) As neurites caracterizam-se clinicamente por dor no tronco nervoso e por alterações sensitivas ou motoras, não sendo possível demonstrar neuropatia subclínica nos exames eletrofisiológicos de condução do nervo.