

FICHA DE EXPECTATIVA DE RESPOSTA DA PROVA ESCRITA

CONCURSO	
Edital:	059/2023 (16/05/2023)
Carreira:	PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
Unidade Acadêmica:	ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE
Área de Conhecimento:	INFECTOLOGIA / SEMIOLOGIA E PRÁTICA MÉDICA / INTERNATO E RESIDÊNCIA / ENSINO TUTORIAL EM MEDICINA / EDUCAÇÃO NA COMUNIDADE

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA TODAS AS QUESTÕES DISCURSIVAS
Clareza e propriedade no uso da linguagem
Coerência e coesão textual
Domínio dos conteúdos, evidenciando a compreensão dos temas objeto da prova
Domínio e precisão no uso de conceitos
Coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa

Questão 1: Valor (0,00 a 1,25)

Homem de 36 anos foi encaminhado pelo banco de sangue após resultado reagente para hepatite B. O paciente se encontra assintomático. Nega doenças de base e alergia medicamentosa. Refere que foi a primeira vez em que fez doação de sangue. Sexarca ocorreu aos 15 anos e refere múltiplas parceiras sexuais com as quais usou preservativo com frequência irregular. O exame físico é normal.

Ele traz os seguintes exames:

Exames laboratoriais

HbsAg	Reagente	AST	30 UI/L
Anti-HBc IgM	Não reagente	ALT	32 UI/L
Anti-Hbc Total	Reagente	Bilirrubina total	1,0 g/dL
HbEAg	Reagente	Albumina	4,0 g/dL
DNA do HBV	100.000 UI/mL	TAP/INR	13"/ 1,00

1. Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções, cite a fase da infecção pelo vírus da hepatite B em que se encontra o paciente e caracterize-a.

Resposta Esperada:

O paciente em questão se encontra na fase imunotolerante da hepatite B crônica.

Essa fase é caracterizada por:

1. Tolerância do sistema imune do hospedeiro quanto à replicação do vírus da hepatite B.
2. Elevada replicação viral, com carga viral geralmente > 20.000 UI/mL (HbEAg reagente e elevados índices do DNA do HBV).
3. Pouca atividade necroinflamatória do fígado (aminotransferases normais ou próximas do normal).
4. Lenta progressão para fibrose.
5. Maior facilidade de transmissão viral.

REFERÊNCIA:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. p: 20-21.

Questão 2: Valor (0,00 a 1,25)

Ao ambulatório de infecções sexualmente transmissíveis, um homem de 28 anos compareceu para seguimento de sífilis. Ele foi diagnosticado com sífilis secundária em Janeiro/2022 quando apresentou lesões de pele, fâneros e mucosas. Na ocasião, o VDRL foi 1/128 e ele foi adequadamente tratado com penicilina G benzatina. Retornou ao ambulatório em Julho/2022 com os seguintes exames: VDRL (Abril/2022) - 1/64; VDRL (Julho/2022) - 1/8. Testagem para HIV foi não-reagente.

Por apresentar ainda VDRL reagente, o paciente decidiu, por conta própria, refazer o esquema de tratamento com penicilina G benzatina. Você informou, entretanto, que não havia necessidade. Diante disso, os alunos do ambulatório fizeram os seguintes questionamentos:

1. Cite e descreva as lesões de pele e mucosas observadas na sífilis secundária.
2. Para o paciente em questão, quais seriam os critérios indicativos para retratamento da infecção?

Resposta Esperada:

A) A sífilis secundária pode cursar com as seguintes manifestações de pele, fâneros e mucosas:

1. Roséola sífilítica: uma erupção macular, eritematosa, de coloração rósea, que lembra um quadro alérgico ou viral, afetando principalmente tronco e raiz dos membros.
2. A erupção da roséola progride para lesões papulosas, papuloescamosas, em placa, papulotuberosas ou nodulares, de cor eritemato-acastanhada.
3. Lesões em colar (ou colarete) de Bielt, que são lesões papulares com um colarinho de descamação característico, não pruriginosas, que acometem a região palmo-plantar.
4. Condiloma lata ou condiloma plano: pápulas ou placas acinzentadas, sobrelevadas, úmidas e vegetantes, que podem ser confundidas com verrugas anogenitais causadas por HPV, encontradas em áreas quentes e úmidas como a boca e o períneo.
5. Placas mucosas: máculas ou pápulas, pequenas, assintomáticas, redondas ou ovais, que podem sofrer erosões, encontradas na mucosa oral, lábios e língua ou região genital.
6. Lesões pustulosas ou pústulas-ulcerativas (sífilis maligna).
7. Áreas de alopecia em placas (aspecto em clareira) ou alopecia difusa, com facilidade de remoção dos cabelos à tração.
8. Madarose: perda do terço lateral das sobrancelhas.
9. Onicólise e distrofia ungueal.
10. Paroníquia e ulcerada da base ungueal.

B) Os critérios de retratamento seriam aqueles que caracterizam falha ao tratamento, a saber:

1. Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária).
2. Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16).
3. Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

A investigação de neurosífilis por meio de punção lombar está indicada na população geral, sem infecção pelo HIV, quando não houver exposição sexual no período que justifique uma reinfeção.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. p. 45-46.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de infectologia. 6 ed. Rio de Janeiro: Atheneu Editora, 2021, p.: 1.651-1.654.

WOLF, Klaus; JOHNSON, Richard Allen. Dermatologia de Fitzpatrick: atlas e texto. 6 ed. Porto Alegre: AMGH, 2011. p.: 924-928.

Questão 3: Valor (0,00 a 1,25)

Mulher de 37 anos foi trazida ao pronto-socorro por quadro de disúria e polaciúria há cerca de 3 dias. Evoluiu com febre alta e dor lombar nas últimas 24 horas acompanhada de redução do volume urinário. Nega doenças de base e alergia medicamentosa. Refere que já teve um episódio de infecção do trato urinário há cerca de 3 anos. À admissão, os sinais vitais eram: FC = 110bpm, FR = 24irpm, Tax. = 38,5°C, PA = 90x60mmHg. O exame físico era marcado por sonolência, porém com despertar apropriado aos chamados, e sinal de Giordano presente à direita. A paciente foi internada e diagnosticada com sepse de foco urinário.

1. Conforme o "Sepsis-3", qual é a definição de sepse?
2. Quais são as medidas de cuidado que fazem parte do pacote da primeira hora, proposto pelo "Surviving Sepsis Campaign"?

Resposta Esperada:

A) Sepse é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal (ou ameaçadora à vida) que é causada por uma resposta desregulada do hospedeiro frente a uma infecção. A disfunção orgânica pode ser identificada como uma mudança aguda no score SOFA total 2 pontos em relação ao basal como consequência de uma infecção.

B) O pacote de primeira hora do "Surviving Sepsis Campaign" envolve as seguintes medidas de cuidado:

1. Medir o nível do lactato sérico.*
2. Coletar hemoculturas antes de administrar antibióticos.
3. Administrar antibióticos de amplo espectro.
4. Iniciar administração rápida de 30mL/Kg de cristaloides para hipotensão ou lactato > 4 mmol/L.
5. Aplicar vasopressores se hipotensão durante ou após ressuscitação volêmica a fim de manter PAM > 65mmHg.

*Medir novamente o lactato sérico se o lactato inicial estiver elevado (> 2 mmol/L).

REFERÊNCIAS

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–810. doi:10.1001/jama.2016.0287

Surviving Sepsis Campaign - Hour-1 Bundle. Acesso em 23 de Setembro de 2023. Disponível em: <https://www.sccm.org/sccm/media/PDFs/Surviving-Sepsis-Campaign-Hour-1-Bundle.pdf>

Questão 4: Valor (0,00 a 1,25)

A dengue é a arbovirose urbana mais prevalente nas Américas, incluindo o Brasil. Trata-se de uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, que pode apresentar um amplo espectro clínico, variando de casos assintomáticos a graves. Sobre a dengue, responda às perguntas abaixo:

A) Explique a imunopatogênese das formas graves de dengue.

B) Comente sobre as vacinas contra a dengue atualmente disponíveis no Brasil.

Resposta Esperada:

A) Formas graves de dengue tem sido associadas a infecções sequenciais pelo vírus dengue. Em infecções sequenciais, os anticorpos produzidos contra o sorotipo causador da primoinfecção se ligam ao vírus causador da infecção atual, que pertence a um sorotipo diferente, não sendo capazes de neutralizar o sorotipo atual. Podem, entretanto, amplificar a infecção pelo sorotipo atual, facilitando a penetração do sorotipo viral atual nos macrófagos através de receptores de membrana Fc. O sorotipo viral atual consegue penetrar nas células mononucleares por meio de seu receptor natural e pelos receptores Fc das imunoglobulinas. Isso resulta em uma população de macrófagos maciçamente infectados pelo vírus dengue, produzindo viremias muito elevadas.

Além disso, os linfócitos T CD4+ ativados produzem e liberam IFN-, resultando em aumento da expressão de receptores de membrana Fc nos macrófagos, tornando estas células mais permissivas ao vírus. Os macrófagos ativados pelo IFN- também têm expressão aumentada de moléculas HLA de classes I e II, o que facilita o reconhecimento de epítopos virais expostos nos macrófagos pelos linfócitos T CD4+ e CD8+, com aumento da produção de citocinas e lise celular de macrófagos por linfócitos citotóxicos ativados. Os macrófagos ativados e lisados produzem tromboplastina, deflagrando fenômenos de coagulação, e proteases ativadoras do complemento, contribuindo para lise celular e choque. Ocorre também produção de grande quantidade de citocinas, quimiocinas, anafilatoxinas e histamina, que contribuem para trombocitopenia, disfunção do endotélio e aumento da permeabilidade vascular, induzindo extravasamento plasmático, insuficiência circulatória e manifestações hemorrágicas.

B) Existem duas vacinas contra a dengue atualmente disponíveis no Brasil: Dengvaxia® e QDenga®.

São vacinas que utilizam a tecnologia de DNA recombinante, atenuadas, que previnem infecção causada pelos quatro sorotipos do vírus dengue: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4. Utilizam tecnologia de DNA recombinante, em que genes dos diferentes sorotipos do vírus dengue são inseridos na estrutura genética de um vírus atenuado. Na Dengvaxia®, o vírus atenuado utilizado como estrutura genética de base é o vírus vacinal da febre amarela. Na vacina QDenga®, utiliza-se o próprio vírus dengue tipo 2 (DENV-2) atenuado.

As vacinas são administradas por via subcutânea. A vacina Dengvaxia® tem esquema de três doses, com intervalo de seis meses entre as doses. A vacina QDenga® tem duas doses, com intervalo de três meses entre as doses.

A vacina Dengvaxia® está indicada para crianças a partir de 6 anos de idade, adolescentes e adultos até 45 anos. Só é recomendada para pessoas previamente infectadas por um dos vírus da dengue (soropositivos). A vacina QDenga® está indicada para crianças a partir de 4 anos de idade, adolescentes e adultos até 60 anos, tanto soronegativos como soropositivos para dengue.

Ambas as vacinas apresentaram eficácia variável conforme o sorotipo viral, idade do vacinado e status sorológico no início do esquema vacinal. Apresentam proteção acima de 50% para doença sintomática, doença grave e internação hospitalar. Os eventos adversos mais comuns são: cefaleia, dor no local da injeção, mal-estar e mialgias. Costumam ser leves a moderados e de curta duração. Eventos graves são extremamente raros.

As contraindicações às vacinas incluem: alergia grave a qualquer componente da vacina; gestantes e lactantes; imunodeficiências primárias ou adquiridas, incluindo terapias imunossupressoras; pessoas que vivem com o HIV, sintomáticas ou assintomáticas, quando acompanhadas por evidência de função imunológica comprometida. No caso da vacina Dengvaxia®, a vacina é também contraindicada para pessoas sem contato prévio com o vírus da dengue (indivíduos soronegativos).

REFERÊNCIAS

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. Tratado de infectologia. 6 ed. Rio de Janeiro: Atheneu Editora, 2021, p.: 555-557.

Sociedade Brasileira de Imunizações - vacinas de dengue. Acesso em 23 de Setembro de 2023. Disponível em: <https://familia.sbcm.org.br/vacinas/vacinas-disponiveis/vacinas-dengue>

Questão 5: Valor (0,00 a 1,25)

Mulher de 43 anos procura atendimento médico por quadro de febre há 45 dias, de baixa intensidade, com pico de 38,3°C, predominantemente vespertina. Relatou também anorexia e perda de peso de 7kg nesse período. Há 30 dias refere surgimento

de tosse seca, sem horário preferencial, sem dor torácica, sem hemoptóicos. Há 15 dias notou dispnéia progressiva aos esforços, referindo desconforto para subir escadas. Realizou teste rápido para HIV-1/2, que foi não reagente. Fez radiografia simples de tórax, mostrada na imagem abaixo:



Fonte: <https://www.medicinanet.com.br/>

1. Comente sobre os exames laboratoriais específicos para confirmação diagnóstica do caso.
2. Cite os achados semiológicos esperados durante o exame do aparelho respiratório da paciente em questão.

Resposta Esperada:

A) A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e a cultura para BAAR podem ser utilizadas para confirmação do diagnóstico de tuberculose pleural, porém apresentam baixo rendimento, sendo inferior a 5% para a pesquisa direta de BAAR e inferior a 15% para a cultura. A dosagem da enzima Adenosina Deaminase (ADA) no líquido pleural é útil para o diagnóstico da tuberculose pleural, mesmo quando a pesquisa e a cultura de BAAR são negativas. Níveis acima de 45-60 UI/L têm sensibilidade de 100% e especificidade de 97% para tuberculose pleural. A cultura de escarro induzido para BAAR é positiva em até 50% dos pacientes com tuberculose pleural, mesmo sem outra alteração visível na radiografia simples de tórax, além do derrame pleural. O teste rápido molecular de tuberculose tem sensibilidade de 44% para diagnóstico de tuberculose pleural. Pode-se realizar biópsia de pleura e encaminhar o espécime clínico para baciloscopia e cultura, além de estudo histopatológico. A cultura do fragmento da pleural é positiva em 40 - 80% dos casos. O estudo histopatológico pode demonstrar a presença de BAAR e/ou granulomas, estes últimos vistos em 50 - 97% dos casos. A presença de granulomas com necrose caseosa é virtualmente diagnóstico de tuberculose pleural. Mas, ocasionalmente, granulomas não-caseosos podem ser observados.

B) Considerando que a suspeita clínica é de tuberculose pleural, esperam-se achados semiológicos relativos à presença de derrame pleural, que dependem do volume da efusão. Podem ser encontrados abaulamento e alargamento dos espaços intercostais e desvio contralateral do mediastino em derrames volumosos. À palpação, percebe-se redução/abolição do frêmito tóraco-vocal. À percussão, pode-se observar macicez à percussão. À ausculta pulmonar, o murmúrio vesicular se encontra reduzido/abolido. Podem estar presentes também: assimetria do tórax; redução da expansibilidade do hemitórax comprometido; ausculta da voz anasalada, chamada egofonia, ou da voz "caprina", percebida no limite superior do derrame.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. p.: 49-50.

Tuberculous pleural effusion. Acesso em 23 de Setembro de 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/>

SILVA GA. Derrames pleurais: fisiopatologia e diagnóstico. Medicina, Ribeirão Preto, 31: 208-215, abr./jun. 1998.

Questão 6:

Valor (0,00 a 1,25)

A esquistossomose é uma doença parasitária, de evolução crônica, cuja magnitude da prevalência, severidade das formas clínicas e a evolução a caracterizam como um importante problema de saúde pública no País. A doença é causada pelo

Schistosoma mansoni, um helminto pertencente à classe Trematoda, à família Schistosomatidae e ao gênero Schistosoma. O ciclo de vida do Schistosoma mansoni envolve um meio biótico (hospedeiros definitivo e intermediário) e um meio abiótico. Discorra sobre o ciclo biológico do Schistosoma mansoni.

Resposta Esperada:

O indivíduo infectado pelo Schistosoma mansoni deposita suas fezes contendo ovos de Schistosoma mansoni em coleções de água (riachos, lagoas, córregos e esgotos), com condições favoráveis ao seu desenvolvimento. Os ovos eclodem e liberam miracídeos, que nadam até encontrar seus hospedeiros intermediários, os caramujos do gênero Biomphalaria. Ao penetrar nos tecidos do caramujo, os miracídeos se transformam em esporocístos, que se dividem sucessivamente, gerando as cercárias. As cercárias são formas larvárias que saem do caramujo e nadam livremente e penetram ativamente a pele e as mucosas do hospedeiro definitivo (o homem). Ao penetrarem a pele, as cercárias perdem a cauda e transformam-se em esquistossômulos, que atingem a circulação sistêmica, chegam ao coração direito, passam pela circulação pulmonar, coração esquerdo e atingem o fígado. No sistema porta intra-hepático, os esquistossômulos se desenvolvem até as formas adultas. Os vermes adultos macho e fêmea migram contra a corrente sanguínea da veia porta e das veias mesentéricas e se instalam nas vênulas do plexo hemorroidário superior e ramificações da veia mesentérica inferior e acasalam-se. Ocorre, então, a postura dos ovos que podem: podem ser transportados pelo sangue venoso até se impactarem nos sinusóides hepáticos; podem ficar aprisionados na mucosa intestinal e sofrer degeneração; ou podem atravessar a mucosa e serem eliminados nas fezes, dando início a um novo ciclo.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Vigilância da Esquistossomose Mansoni : diretrizes técnicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. p

Questão 7: Valor (0,00 a 1,25)

Homem de 46 anos, com diagnóstico de infecção pelo HIV há cerca de 5 anos, em uso de TARV, procura atendimento médico ambulatorial para retomar seguimento, pois não tinha consulta desde o início da pandemia em 2020. Encontra-se assintomático. É portador de DM2, HAS, depressão e DRGE em uso de metformina 850mg/dia, losartana 50mg/dia, amitriptilina 75mg/dia e pantoprazol 40mg/dia. Refere que os níveis pressóricos e glicêmicos estão controlados. Faz uso do esquema TDF 300mg/dia + 3TC 300mg/dia + ATV 400mg/dia. Nega uso de outros esquemas antirretrovirais. Refere que perdeu o emprego no segundo ano da pandemia e se divorciou. Procurou ajuda médica na UBS e foi diagnosticado com depressão. Já está medicado, porém ainda refere anedonia, sensação de tristeza, apatia e desinteresse pela vida. Voltou a fazer uso de maconha e crack, além de ingerir bebida alcoólica quase todos os dias. Refere que manteve o uso dos antirretrovirais nesse período, porém refere que, em alguns dias, não toma o "coquetel" ou esquece de tomar. Você solicita os seguintes exames:

Histórico de exames do paciente

Carga viral do HIV-1		CD4	
Data	Resultado	Data	Resultado
Set/2023	24.569 cópias/mL (Log = 4,39)		
Jul/2020	Não detectável	-	-
Jan/2020	Não detectável	-	-
Jul/2019	Não detectável	-	-
Jan/2019	Não detectável	Jan/2019	451 cél./mm ³
Jul/2018	Não detectável	Jul/2018	361 cél./mm ³

A) Que fatores podem estar associados à falha virológica neste paciente?

(Deixar um quarto de página para resposta)

Considerando que a falha virológica foi confirmada, o paciente realizou o seguinte exame de genotipagem:

RESISTÊNCIA GENOTÍPICA DO HIV-1

Metodologia: Sequenciamento genômico da transcriptase reversa e protease do gene pol do HIV-1

Subtipo:

Transcriptase reversa: F1

Protease: F1

Drogas Inibidoras da Transcriptase Reversa:

3TC ABC AZT AZT+3TC d4T ddI EFV ETV NVP TDF TDF+3TC

R I S S S I R S R S S

Drogas Inibidoras da Protease:

ATV/R DRV/R FPV/R IDV/R LPV/R SQV/R TPV/R

R S S S S S S

Legenda

S - Susceptível I - Intermediário R - Resistente NA - Não aplicável

B) Que mutações estão classicamente associadas à resistência à lamivudina e ao atazanavir, conforme mostrado na genotipagem acima?

C) Considerando a genotipagem acima, proponha um esquema antirretroviral de resgate para o paciente em questão, baseando-se no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.

Resposta Esperada:

A) No caso em questão, a falha virológica é observada pela carga viral do HIV-1 (CV do HIV-1) detectável em um paciente que já estava em uso de TARV e mantinha previamente CV do HIV-1 indetectável. A falha virológica, no caso em questão, pode ser motivada por diversos fatores, a saber:

- Interação medicamentosa: atazanavir e uso de IBP em dose alta (> 20mg/dia).
- Esquema antirretroviral inadequado: atazanavir sem potencialização pelo ritonavir.
- Má adesão à terapia antirretroviral, que pode se associar com:
 - Transtorno depressivo do humor.
 - Uso de substâncias psicoativas.
- Resistência viral adquirida.

B) Mutação associada à lamivudina (3TC): M184V/I.

Mutação associada ao atazanavir (ATV): I50L.

C) No contexto de falha ao esquema inicial de 2 ITRN + IP/r, podemos ter a seguinte opção de resgate:

1. 2 ITRN + IP/r: TDF + 3TC (ou AZT + 3TC) + DRV/r.

Na ausência de mutações principais na protease, a correção da adesão, a substituição por IP/r mais bem tolerado (no caso em questão, o darunavir/r - DRV/r) e a revisão de interações medicamentosas são medidas suficientes para adequar o esquema e atingir a supressão viral. Deve-se considerar que a adição de novos medicamentos pode tornar o esquema mais complexo e desfavorecer a adesão. Nesse sentido, dá-se preferência pela combinação TDF + 3TC; entretanto, AZT + 3TC pode ser também uma opção.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. p. 103-114.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para Avaliação de Exames de Genotipagem do HIV/SVS/MS - Ministério da Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. p.36 - 45.

Questão 8: Valor (0,00 a 1,25)

O modelo tradicional de formação em saúde tem suas bases teórico-conceituais vinculadas a uma prática médica hospitalocêntrica, curativista e fragmentadora, na medida em que percebe as necessidades de saúde quase que exclusivamente com apoio das ciências biológicas. Na busca da superação desse modelo, a Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014 institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, indicando mudanças no sentido de uma formação mais contextualizada, que considera também as dimensões sociais, psíquicas, econômicas e culturais na vida e no processo de adoecimento humano. Nesse contexto, o Ensino Baseado na Comunidade é visto como uma das principais ferramentas pedagógicas indutoras das mudanças almejadas.

Com base nas assertivas supracitadas, como o Ensino Baseado na Comunidade pode ser um facilitador na superação do Modelo Flexneriano de formação médica?

Resposta Esperada:

1. Modelo Flexneriano = Modelo tradicional = Modelo Hegemônico

2. Ensino Baseado na Comunidade:

-Metodologia em que estudantes aprendem competências profissionais em um ambiente comunitário, construindo desta forma, um senso de conexão com suas comunidades (Projeto Pedagógico Curso de Graduação em Medicina, EMCM/UFRN, 2023. P.117)

- A definição desenvolvida pelo Grupo de Trabalho de Aprendizagem Baseada na Comunidade (CBL, do inglês community-based learning) da Johns Hopkins University afirma que “é um modelo pedagógico que conecta trabalho em sala de aula com envolvimento e troca significativa da comunidade. No contexto de uma parceria equitativa, organizações comunitárias e estudantes se beneficiam mutuamente da experiência do CBL” (Talaat et al., 2014).

3. Alinhamento com a Atenção Primária no Sistema Único de Saúde:

- Realoca a centralidade hospitalar no processo de formação e assume o cenário da APS, o local de vida das pessoas e das comunidades como espaço prioritário para atuação e formação médica.

- Atendimento às necessidades locais/regionais de saúde;

-Reconhecimento do processo saúde/doença como fenômeno histórico e socialmente determinado;

-Reconhecimento das desigualdades de acesso e de qualidade dos serviços de saúde como facilitadoras do adoecimento humano;

- Reconhecimento da responsabilidade social como um mandato assumido por todas as ações desenvolvidas no curso de medicina;

- Explícita necessidade de construção de saberes e competências associadas às ciências sociais, humanas e da saúde coletiva durante a formação médica.

4. Metodologias ativas e centralidade do estudante durante o processo ensino/aprendizagem;
5. Desenvolvimento de competências cognitivas, sociais, atitudinais e psicoafetivas;
6. Construção de competências relativas ao trabalho em equipe e interprofissional.

(Talaat et al., 2014). (Projeto Pedagógico Curso de Graduação em Medicina, EMCM/UFRN, 2023. P.118)

NATAL, 16 de Outubro de 2023 às 11:35.

Assinado digitalmente em
16/10/2023 09:48

DIEGO BONFADA
PRESIDENTE

Assinada digitalmente em
16/10/2023 10:13

HARETON TEIXEIRA VECHI
1° EXAMINADOR

Assinado digitalmente em
16/10/2023 11:34

RAFAELA CORDEIRO FREIRE
2° EXAMINADOR