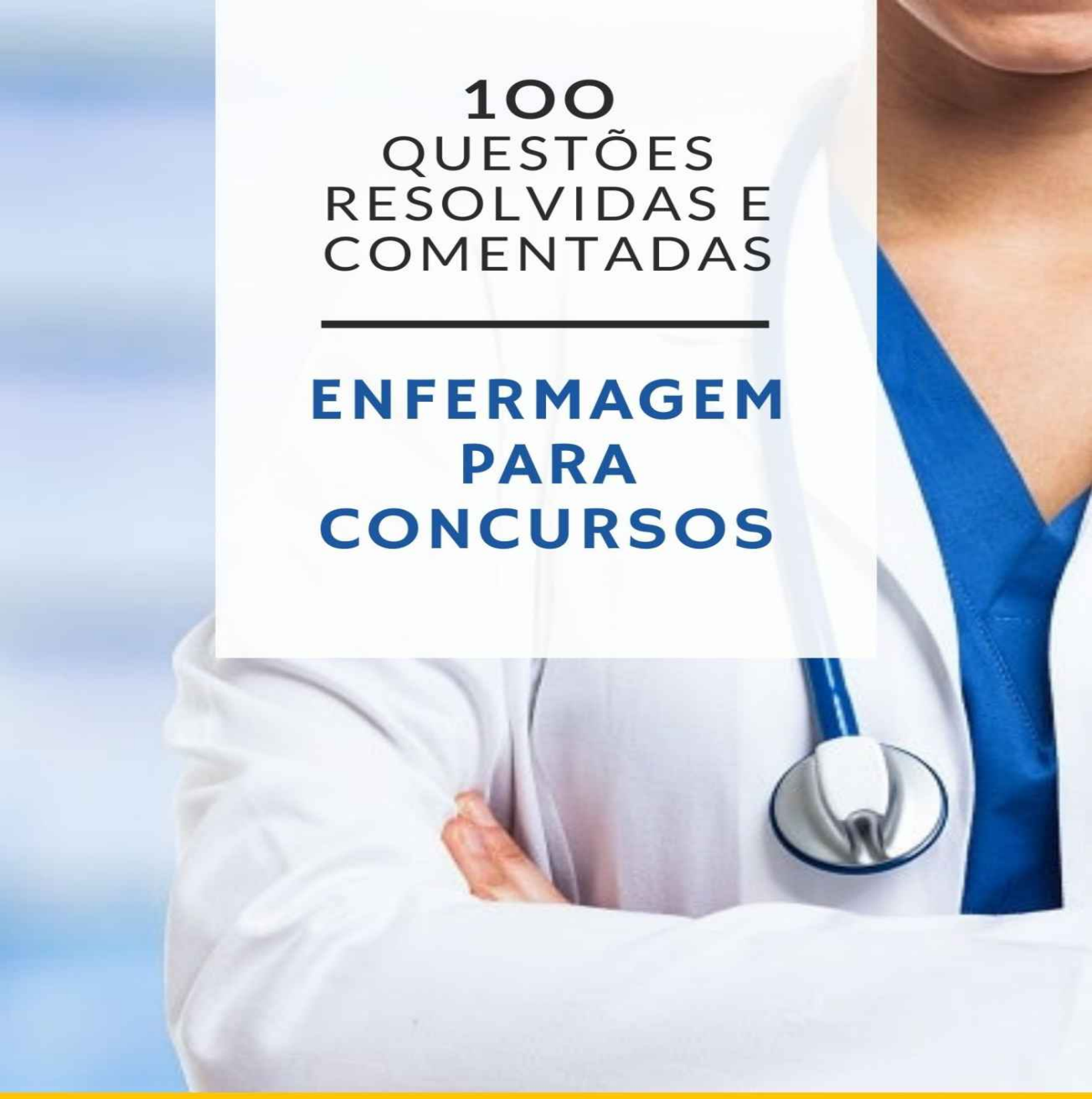
100 QUESTÕES RESOLVIDAS E COMENTADAS

ENFERMAGEM PARA CONCURSOS



CONTEÚDO:

- Política Nacional de Imunização.
- Hipertensão, Diabetes e Outras Doenças Crônicas
- Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hanseníase, Tuberculose, Dengue, e Doenças de Notificação Compulsória - DNC.

1º EDIÇÃO - REVISADA E ILUSTRADA

1OO
QUESTÕES RESOLVIDAS
E COMENTADAS

ENFERMAGEM
PARA CONCURSOS

Sumário

SALA DE VACINA

IMUNIDADE

VACINA BCG

VACINAS PENTAVALENTE, TRÍPLICE BACTERIANA (DTP), DIFTERIA E TÉTANO (DT).

VACINA HEPATITE B

VACINA ROTAVÍRUS

VACINA MENINGOCÓCICA C

VACINA PNEUMOCÓCICA

VACINA INFLUENZA

VACINA TRÍPLICE VIRAL

VACINA FEBRE AMARELA

VACINA PÓLIO

PROFILAXIA CONTRA A RAIVA

CONTRAINDICAÇÕES, SITUAÇÕES ESPECIAIS, ADIAMENTO, VACINAÇÃO SIMULTÂNEA E FALSAS CONTRAINDICAÇÕES.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – DST

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

DIABETES MELLITUS (DM)

TUBERCULOSE

HANSENÍASE

DENGUE

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

QUESTÕES ADICIONAIS DIVERSAS

- DIABETES MELLITUS
- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS
- DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
- TERAPIA COM HEMOCOMPONENTES
- CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ, TRANS E PÓS
- SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – PROTOCOLO MANCHESTER (APLICAÇÕES)
- HANSENÍASE
- TUBERCULOSE

SALA DE VACINA

1. (Prefeitura de Alagoa Grande-PB/IBFC/2014) Na primeira prateleira da geladeira de vacinas devem ser armazenados os imunobiológicos que _____ ser submetidos à temperatura negativa. As vacinas contra _____ e _____ são exemplos de imunobiológicos que devem ser armazenados na primeira prateleira. Assinale a alternativa que completa correta e respectivamente as lacunas.

a) Não podem / Pneumococo / Vacina oral da poliomielite.

b) Não podem / BCG / Febre Amarela.

c) Podem / Dupla Adulto / Hepatite B.

d) Podem / Febre Amarela / SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola).

COMENTÁRIOS:

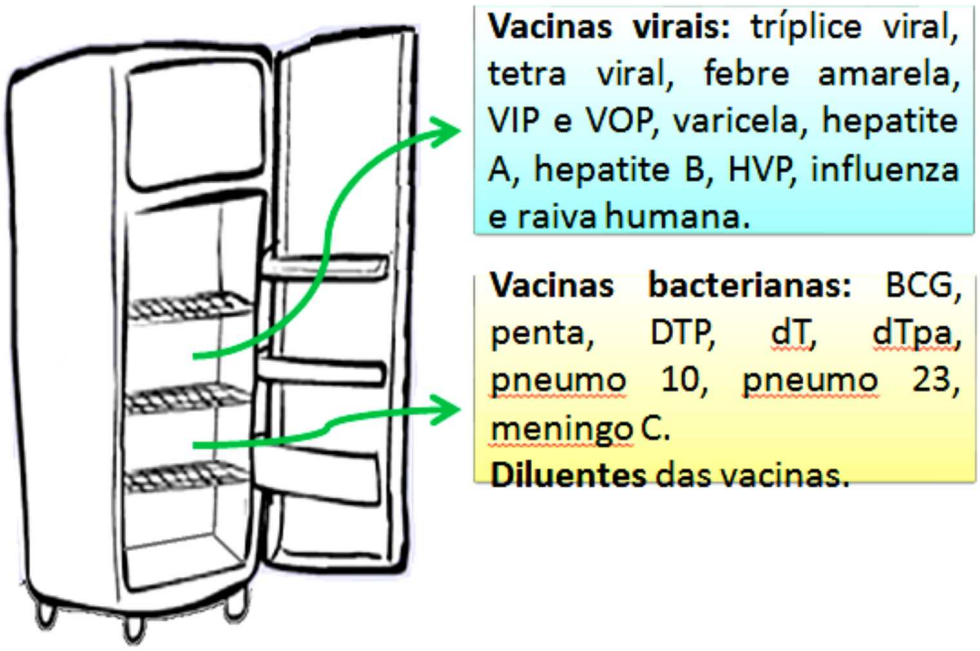
De acordo com a regra antiga, as bandejas com imunobiológicos devem ser colocadas nas prateleiras, da seguinte maneira:

ORGANIZAÇÃO DOS IMUNOBIOLÓGICOS NA GELADEIRA - SALA DE VACINA	
Na primeira prateleira	• Armazenar as vacinas que podem ser submetidas á temperatura negativa. • Vacina **poliomielite**; vacina sarampo, caxumba, rubéola (**tríplice viral**); vacina sarampo e rubéola (**dupla viral**); e vacina **febre amarela**. **(De forma genérica – vacina contra vírus).**
Na segunda prateleira	• Armazenar as vacinas que **não** podem ser submetidas á temperatura negativa. • Vacina difteria, tétano, pertussis e Haemophilus influenzae b (**Tetravalente**); vacina difteria, tétano, Pertussis (**DTP**); vacina difteria e tétano adulto (**dT**); vacina **hepatite** B; vacina Haemophilus **influenzae** b; vacina influenza; vacina **BCG**; vacina **rotavírus**; vacina **raiva**. **(De forma genérica – vacinas contra bactérias)**
Na Terceira	• Colocar as vacinas que ainda estejam na

prateleira	embalagem original, os diluentes e os soros; • Deixar um espaço de 2 cm entre caixas e produtos para permitir a circulação do ar entre os mesmos e as paredes da geladeira (um centímetro entre as caixas e dois centímetros das paredes do refrigerador).

De acordo com o novo Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (2014), nos refrigeradores de uso doméstico, os **imunobiológicos** devem ser acondicionados em **bandejas** e estas devem ser colocadas na **segunda** e **terceira prateleiras**. Esta publicação menciona apenas que as vacinas devem ser organizadas por tipo (viral ou bacteriano) sem, contudo, identificar qual imunobiológico deve ficar em qual prateleira. Assim, como sugestão para a organização dos imunobiológicos, apresenta-se o seguinte:

- Na **segunda prateleira** acondicionar bandeja com as **vacinas virais** tais como a tríplice viral, tetra viral, febre amarela, VIP e VOP, varicela, hepatite A, hepatite B, HVP, influenza e raiva humana.
- Na **terceira prateleira** acondicionar bandeja com as **vacinas bacterianas** como a BCG, penta, DTP, dT, dTpa, pneumo 10, pneumo 23, meningo C. Acondicionar também nesta prateleira os **diluentes** das vacinas.



Observe que a banca cobrou a regra antiga da organização do refrigerador. Portanto, **s**ão exemplos de imunobiológicos que poderiam ser armazenados na primeira prateleira da geladeira de estocagem de vacinas: vacina poliomielite; **vacina sarampo, caxumba, rubéola** (tríplice viral); vacina sarampo e rubéola (dupla viral) e vacina **febre amarela**. Portanto a resposta correta foi a **letra D**.

IMUNIDADE

2. (AVAPE/Consulplan/2013) Sobre os princípios da imunidade e o uso dos imunobiológicos, marque a alternativa correta.

a) As vacinas conferem ao organismo imunidade passiva artificialmente adquirida.

b) Na imunidade ativa, o organismo produz anticorpos específicos contra determinado antígeno.

c) Os anticorpos obtidos pelo recém-nascido, por meio da mãe, é um exemplo de imunidade ativa.

d) As imunoglobulinas e os soros são produzidos a partir de antígenos ou pelo produto de antígenos.

e) A duração da proteção conferida pelos soros é relativamente mais duradoura do que pelas vacinas.

COMENTÁRIOS:

Vamos analisar os itens da questão:

Item A. **INCORRETO**. As vacinas conferem ao organismo imunidade **ativa**. Por outro lado, os **soros** e **imunoglobulinas conferem** ao organismo **imunidade passiva artificialmente** adquirida.

Item B. **CORRETO**. Na imunidade ativa (doenças infecciosas, a exemplo da varicela, e vacinas), o organismo produz anticorpos específicos contra determinado antígeno.

Item C. **INCORRETO**. Os anticorpos obtidos pelo recém-nascido, por meio da mãe, é um exemplo de imunidade **passiva natural**, e não ativa.

Item D. **INCORRETO.** As imunoglobulinas e os soros são produzidos pela transferência ao indivíduo de **anticorpos** produzidos por um animal ou outro ser humano, e não por antígenos.

Item E. **INCORRETO**. A duração da proteção conferida pelos soros é relativamente **menos** duradoura do que pelas vacinas.

Nessa questão, a resposta correta é a **letra B**.

VACINA BCG

3. (HU-UFPI/EBESERH/IADES/2012) A vacina BCG (*Bacilo Calmette – Guérim*) é usada na prevenção contra tuberculose, e está recomendada no calendário básico da criança da rede do Sistema Único de Saúde - SUS. Sobre o tema, assinale a alternativa correta.

a) Uma dose de vacina BCG deve ser repetida na ausência de cicatriz em crianças menores de 5 (cinco) anos.

b) Os contatos de portadores intradomiciliares de hanseníase maiores de 1 (um) ano necessitam de uma segunda dose de BCG.

c) Pode-se administrar a terceira dose de BCG em pessoas em contato intradomiciliar com portadores

de hanseníase, porém, somente quando não apresentar cicatriz.

d) A vacina é contraindicada para crianças portadoras de HIV no nascimento.

e) Podem ser vacinados com BCG os menores de 36 semanas.

COMENTÁRIOS:

Após apresentação dos principais aspectos da vacina BCG, vamos analisar cada assertiva da questão:

Item A. Correto. Uma dose de vacina **BCG** deve ser **repetida** na **ausência** de **cicatriz** em **crianças menores** de **cinco anos (**4 anos, 11meses e 29 dias**)**.

Item B. Incorreto. Os contatos de portadores intradomiciliares de hanseníase maiores de um ano **não** necessitam **obrigatoriamente** de uma segunda dose de BCG. Por exemplo, caso o contato domiciliar tenha duas cicatrizes, não é necessário outra dose da BCG.

Ressaltamos ainda que:

- É necessário manter o intervalo mínimo de seis meses entre as doses da vacina;

- Os contatos com duas doses não administrar nenhuma dose adicional;
- Na incerteza da existência de cicatriz vacinal ao exame dos contatos íntimos de portadores de hanseníase, aplicar uma dose, independentemente da idade.

Item C. Incorreto. A **revacinação da BCG só** pode ser **feita até uma vez**, já que a ausência de cicatriz não significa necessariamente que a pessoa não está imunizada. Nesse sentido, **não** se pode administrar a terceira dose de BCG em pessoas em contato intradomiciliar com portadores de hanseníase, **mesmo** quando não apresentar cicatriz.

Item D. Incorreto. A vacinação BCG de indivíduos expostos ao HIV é feita da seguinte forma:

- **Crianças** filhas de mãe HIV positiva **podem** receber a vacina o mais precocemente possível **até** os **18** meses de idade, **se assintomáticas** e **sem sinais** de **imunodeficiência**;
- Crianças com idade entre 18 meses e 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, não vacinadas, somente podem receber a vacina BCG após sorologia negativa para HIV; para estes indivíduos, a revacinação é contraindicada;
- A partir dos 5 anos, indivíduos portadores de HIV não devem ser vacinados, mesmo que assintomáticos e sem sinais de imunodeficiência.

Atenção! Crianças filhas de mãe com HIV positivo, menores de 18 meses de idade, mas que não apresentam alterações imunológicas e não registram sinais ou sintomas clínicos indicativos de imunodeficiência, podem receber todas as vacinas dos calendários de vacinação e as disponíveis no Crie o mais precocemente possível.

Portanto, em certos casos, a vacina **não** é contraindicada para crianças portadoras de HIV no nascimento.

Item E. Incorreto. A vacina BCG deve ser administrada o mais precoce possível, preferencialmente após o nascimento. Contudo, nos **prematuros** com **menos** de **36 semanas**, é recomendável **administrar** a vacina **após atingir 2 Kg**.

Verificamos claramente que a alternativa correta é a **letra A**. Todavia, essa questão poderia ter sido anulada, pois a letra B foi redigida de forma incompleta e induziu o candidato ao erro.

4. (HU-UFS/EBSERH/Instituto AOCP/2014) Sobre a vacina BCG, assinale a alternativa correta.

a) A vacina BCG é administrada com a finalidade principal de prevenir as formas graves da meningite.

b) A idade de vacinação recomendada é a partir de 02 meses de vida, ou peso superior a 3,0 kg.

c) A vacina BCG é preparada com vírus vivos, a partir de cepas atenuadas do *Mycobacterium bovis*.

d) Na ausência da cicatriz vacinal é indicada a revacinação seis meses após a primeira dose.

e) A realização do teste tuberculínico é indispensável, antes da administração da vacina BCG.

COMENTÁRIOS:

Vamos corrigir cada uma das assertivas:

Item A. A vacina BCG é administrada com a finalidade principal de prevenir as formas graves da **tuberculose**, e não meningite.

Item B. A idade de vacinação recomendada é a partir do **nascimento**. Em crinças com peso inferir a 2,0 kg, deve ser adiada.

Item C. A vacina BCG é preparada com **bactéria atenuada** do *Mycobacterium bovis*.

Item D. Na ausência da cicatriz vacinal é indicada a revacinação seis meses após a primeira dose.

Item E. A realização do teste tuberculínico é recomendada em **casos específicos**, **não** sendo indispensável antes da administração da vacina BCG.

Diante do exposto, a resposta só pode ser a **letra D**.

5. (Prefeitura de Várzea Alegre – CE/2014/URCA) De acordo com BRASIL (2012), as orientações importantes para administração da BCGID na criança, são, EXCETO:

a) Para os prematuros com menos de 36 semanas, administre a vacina depois que eles completarem 1 mês de vida e atingirem 2 Kg.

b) Contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase menores de 1 ano de idade comprovadamente vacinados não necessitam de outra dose da BCG.

c) Para as crianças HIV positiva, ainda não vacinadas que chegam a unidade de saúde a vacina está indicada.

d) Para contatos com duas doses, não se deve administrar nenhuma dose adcional.

COMENTÁRIOS:

A **alternativa C** é a **incorreta**. Veja que para as crianças, ainda não vacinadas, que chegam a unidade de saúde a vacina não está indicada nas seguintes situações:

- Crianças com idade entre 18 meses e 4 anos 11 meses e 29 dias, não vacinadas (HIV +). Por outro lado, nessa faixa etária, podem receber a vacina BCG se a sorologia for negativa para HIV;
- A partir dos 5 anos, indivíduos portadores de HIV não devem ser vacinados, mesmo que assintomáticos e sem sinais de imunodeficiência.

VACINAS PENTAVALENTE, TRÍPLICE BACTERIANA (DTP), DIFTERIA E TÉTANO (DT).

6. (HULW-UFPB/EBSERH/Instituto AOCP/2014) De acordo com a Portaria MS 1498/2013, faz parte do calendário nacional de vacinação do idoso reforço, a cada 10 anos, de

a) vacina hepatite B (recombinante).

b) vacina adsorvida difteria e tétano adulto.

c) vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada).

d) vacina febre amarela (atenuada).

e) vacina pneumocócica 10-valente (conjugada).

COMENTÁRIOS:

O reforço da vacina adsorvida difteria e tétano (dT) adulto é administrado de 10 em 10 anos. Por isso, o gabarito é a **letra B**.

7. (HUPAA-UFAL/EBSERH/IDECAN/2014) De acordo com o Programa Nacional de Imunização, o 2º reforço da vacina tríplice bacteriana (DTP) em uma criança em dia com o esquema de vacinação deve ser feita em qual idade?

a) 4 anos.

b) 5 anos.

c) 6 meses.

d) 9 meses.

e) 12 meses.

COMENTÁRIOS:

Vejamos a tabela a segur:

VACINA	CALENDARIO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÕES
DTP (difteria, tétano e *pertussis*)	Reforço da pentavalente aos 15 meses e aos 4 anos	0,5 mL	Idem da pentavalente	O reforço pode ser administrado em qualquer idade (até os seis anos, onze meses e 29 dias), observando-se um intervalo mínimo de seis meses após a última dose da vacinação básica; Se o esquema básico não for iniciado ou completado até completar 7 anos, as doses necessárias serão aplicadas com a vacina adsorvida difteria e tétano adulto (DT) em lugar da DTP.

A partir do exposto, verificamos que a resposta correta é a **letra A**.

8. (Prefeitura de Macau-RN/CONPASS/2014) Ainda de acordo com o Calendário Nacional de Imunizações, disponível no Sistema Único de Saúde, em relação à vacina pentavalente é correto afirmar:

a) Deve ser administrada 0,5 ml da vacina por via intramuscular (IM), na região glútea, em crianças menores de 4 anos de idade e na região deltóide nas crianças a partir vecide seis anos de idade.

b) Deve ser administrada 0,5 ml da vacina por via intramuscular (IM), no vasto lateral da coxa esquerda, em crianças menores de 2 anos de idade e na região deltóide nas crianças a partir de dois anos de idade.

c) Deve ser administrada 0,1 ml da vacina por via intradérmica, em crianças menores de 1 ano de idade e na região glútea nas crianças a partir de dois anos de idade.

d) Deve ser administrada 0,5 ml da vacina por via subcutânea, em crianças menores de 1 ano de idade e na região deltóide nas crianças a partir de dois anos de idade.

e) Deve ser administrada 0,5 ml da vacina por via intramuscular (IM), no vasto lateral da coxa esquerda, em crianças menores de 1 ano de idade e na região glútea nas crianças a partir de dois anos de idade.

COMENTÁRIOS:

Conforme explicação desta aula, verificamos que a vacina pentavalente deve ser administrada 0,5 ml da vacina por via intramuscular (IM), no vasto lateral da coxa esquerda, em crianças menores de 2 anos de idade e na região deltóide nas crianças a partir de dois anos de idade. Dessa forma, a Resposta é a **letra B**.

9. (Instituto Benjamin Constant/AOCP/2013) A vacina Pentavalente, introduzida recentemente no calendário de vacinação infantil, é indicada para imunização ativa de crianças a partir de qual idade, e protege contra quais doenças?

a) 1 ano; protege contra difteria, sarampo; rubéola, rotavírus e doenças causadas por Meningocócico do tipo c.

b) 3 meses protege contra tétano, meningite, sarampo, hepatite B e formas graves de tuberculose em menores de 5 anos.

c) 6 meses; protege contra tétano, coqueluche, sarampo, poliomielite e doenças causadas por Meningocócico tipo c.

d) 2 meses; protege contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b.

e) 4 meses; protege contra sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b.

COMENTÁRIOS:

Pentavalente (contra **hepatite B**, difteria, coqueluche, tétano e outras infecções por Haemophilus influenza b) - vacina injetável aos **2**, 4 e 6 meses. Reforço da tríplice bacteriana aos 15 meses e aos 4 anos.

Nesses termos, a resposta da questão é a **letra D**.

10. (Residência Multiprofissional/SES-DF/CESPE/2011) A vacina DPT é composta por toxoides diftérico e tetânico, além de célula inteira de Bordetella pertussis, enquanto a DTaP é composta por seus antígenos na vacina acelular. Essa última tem eficácia superior à primeira e não causa reações adversas. Esta afirmação está:

a) Correta.

b) Incorreta.

COMENTÁRIOS:

As vacinas tríplice bacteriana (DTP) e pentavalente (DTP/HB/Hib) são contraindicadas a crianças com doença neurológica em atividade ou que tenham apresentado, após a aplicação de dose anterior, algum dos seguintes eventos:

1. **convulsão nas primeiras 72 horas;**

2. **encefalopatia nos primeiros sete dias;**

3. **episódio hipotônico-hiporresponsivo, nas primeiras 48 horas;**

4. reação anafilática, que ocorre nos primeiros 30 minutos e até duas horas pós-vacinação.

Nos três primeiros pontos descritos acima, em face da contraindicação para uso da vacina tríplice (DTP), deve-se utilizar a vacina dupla tipo infantil (DT) ou DTP acelular (DTPa).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) ainda não inclui a tríplice bacteriana acelular (DTPa) no calendário de **rotina** para crianças devido os seguintes fatores:

a) na maioria dos estudos, as **vacinas acelulares não são mais eficazes** do **que** as **celulares** na prevenção da coqueluche em todas as suas formas clínicas;

b) em geral, as vacinas acelulares, quando combinadas com a vacina Hib, são menos imunogênicas contra este último antígeno do que as vacinas celulares;

c) a tríplice bacteriana celular (DTP) é produzida no Brasil;

d) o custo das vacinas acelulares é muito maior.

Diante desse cenário, a vacina DTPa está disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), para circunstâncias específicas.

Verificamos que a vacina a DTPa tem eficácia **inferior** à DPT, sendo utilizada apenas em certos casos que haja contraindicação da pentavalente e tríplice bacteriana (DTP). Logo, a questão apresenta-se **incorreta.**

VACINA HEPATITE B

11. (Prefeitura de Alagoa Grande-PB/IBFC/2014) Leia as frases abaixo e marque (F) se a afirmativa for falsa e (V) se for verdadeira. Em seguida, assinale a alternativa que contém a sequência correta de cima para baixo.

( ) Em recém-nascidos de mães portadoras da hepatite B, administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas, podendo a imunoglobulina ser administrada no máximo até sete dias de vida.

( ) A dose recomendada da vacina da Hepatite B é 0,5 mL até os 14 anos e 1 mL a partir de 15 anos, via subcutânea.

( ) Para recém-nascidos deve-se administrar uma dose da vacina ao nascer, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade.

( ) As gestantes somente devem receber a vacina contra Hepatite B durante o terceiro trimestre de gestação.

a) V,F,V,F.

b) V,V,V,V.

c) F,V,F,V.

d) F,F,V,F.

COMENTÁRIOS:

Vejamos as assertivas erradas:

Item II. O volume da vacina hepatite B (recombinante) monovalente a ser administrado é de 0,5 mL até os 19 anos de idade e 1 mL a partir dos 20 **anos**. Situações individuais específicas podem exigir a adoção de esquema e dosagem diferenciados. Ademais, a **via de administração é a intramuscular profunda**.

Item IV. Para gestantes em **qualquer faixa etária** e **idade gestacional**: administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B, considerando o histórico de vacinação anterior.

Nesses termos, a resposta é a **letra A** (VFVF).

12. (HU-UFMG/EBSERH/Instituto AOCP/2014) Portadora da hepatite B, com idade gestacional de 34 semanas, acaba de dar a luz a recém-nascido do sexo masculino. De acordo com a Portaria n°. 3.318/2010, é correto afirmar que:

a) a vacina hepatite B (recombinante) deve ser administrada no recém-nascido preferencialmente após 12 horas do nascimento.

b) o recém-nascido deve seguir esquema de vacina hepatite B (recombinante) de três doses: 0, 1 e 6 meses de vida.

c) o recém-nascido deve seguir esquema de vacina hepatite B (recombinante) de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida.

d) o recém-nascido deve receber imunoglobulina humana anti-hepatite B nas primeiras 12 horas ou no máximo até 1 mês de vida.

e) a mãe deve receber vacina hepatite B (recombinante) e imunoglobulina humana antihepatite B nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento.

COMENTÁRIOS[1]:

De acordo com a Portaria n° 3.318/2010, na prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos, a vacina contra hepatite B deve ser administrada o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento, ainda na maternidade.

Esta dose pode ser administrada até 30 dias após o nascimento.

A vacina da hepatite B nos **prematuros**, **menores de 36 semanas de gestação** ou em recém-nascidos a termo de baixo peso (**menor de 2 Kg**), seguia o esquema de **quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida**.

Na prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de **mães portadoras da hepatite B** administrar a **vacina** e a **imunoglobulina humana anti-hepatite B** (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - (CRIE) nas

primeiras 12 horas ou no **máximo até sete dias após o nascimento**. A vacina e a HBIG devem ser administradas em locais anatômicos diferentes.

A Portaria GM/MS nº 1.498/2013 alterou a vacina contra hepatite B, incluindo três doses na pentavalente.

Veja como era: **Hepatite B -** vacina injetável aplicada ao nascer (ou na primeira visita à unidade de saúde), com 1 mês de vida e novamente aos 6 meses. Segue o antigo calendário da vacina contra hepatite B: ao nascer -> 1 mês -> 6 meses.

Veja como ficou: **Hepatite B -** com a inclusão na pentavalente, passa a ser aplicada sozinha apenas na criança ao nascer, de forma injetável, para evitar a transmissão vertical.

Segue o calendário da hepatite B: ao nascer, podendo ser feita até o primeiro mês de vida da criança. Outras três doses dessa vacina foram incluídas na pentavalente (2, 4 e 6 meses).

Isto posto, vamos analisar as alternativas da questão:

Item A. A vacina hepatite B (recombinante) deve ser administrada no recém-nascido preferencialmente **nas 12 horas** (e não após) do nascimento, **mesmo que** a mãe do mesmo seja portadora do vírus. Como a mãe do recém-nascido é portadora da hepatite B, conforme enunciado da questão, a criança deve receber não só a **vacina contra Hepatite B**, mas também a **imunoglobulina humana anti-hepatite B.**

Item B. O recém-nascido deve seguir esquema de vacina hepatite B (recombinante) de (três doses: 0, 1 e 6 meses de vida) quatro doses: **0, 2, 4 e 6** meses de vida.

Item C. O recém-nascido deve seguir esquema de vacina hepatite B (recombinante) de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Esse item foi considerado correto inicialmente, mas verifique que atualmente o recomendado é o seguinte: quatro doses - 0, 2, 4 e 6 meses de vida. **As três doses (2, 4, 6) são feitas dentro da pentavalente.**

Item D. O recém-nascido deve receber imunoglobulina humana anti-hepatite B nas primeiras 12 horas ou no máximo até (1 mês de vida)

sete dias após o nascimento.

Item E. (A mãe) O **recém-nascido** deve receber vacina hepatite B (recombinante) e imunoglobulina humana anti-hepatite B nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento.

O gabarito da questão apontado pela banca foi a **letra C**. Todavia, essa questão foi anulada, pois descreveu o esquema antigo. O Instituto AOCP cobrou uma questão praticamente igual na prova do concurso do HU-UFMT também em 2014.

Veja a justificativa da AOCP para anular a questão:

“Prezados Candidatos, em resposta aos recursos interpostos para esta questão, temos a esclarecer que a mesma será anulada, tendo em vista que a legislação especificada foi revogada (Portaria MS 1.498/2013). Portanto, recurso deferido”.

VACINA ROTAVÍRUS

13. (HULW-UFPB/EBSERH/Instituto AOCP/2014) O calendário nacional de vacinação dos povos indígenas inclui a vacina de rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada), com a administração da 1ª e 2ª doses, respectivamente, com qual idade?

a) Ao nascer e 3 meses.

b) 2 meses e 4 meses.

c) 2 meses e 6 meses.

d) 6 meses e 1 ano.

e) 9 meses e 15 meses.

COMENTÁRIOS:

Essa questão foi de graça. A vacina rotavírus humano G1P1 (atenuada) - VORH deve ser administrada preferencialmente aos 2 e 4 meses de idade. Nesses termos, o gabarito é a **letra B**.

VACINA MENINGOCÓCICA C

14. (Prefeitura de Vila Rica-MT/Consulplan/2012) De acordo com o Calendário Básico de Vacinação da Criança do Ministério da Saúde, a 1ª e 2ª doses da vacina Meningocócica C (conjugada) deve ser administrada aos

a) 2 e 4 meses de idade.

b) 3 e 5 meses de idade.

c) 4 e 6 meses de idade.

d) 9 e 12 meses de idade.

e) 12 e 15 meses de idade.

COMENTÁRIOS:

De acordo com o Programa Nacional de Imunização, a vacina meningocócica C (conjugada) deve ser administrada preferencialmente aos 3 e 5 meses, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. Uma dose de reforço deve ser administrada preferencialmente aos **12** meses (podendo ser feito até 4 anos).

Segue o calendário da vacina meningocócica C: 1ª dose aos 3 meses -> 2ª dose aos 5 meses -> **reforço aos 12 meses**.

Nessa tela, o gabarito da questão é a **letra B**.

VACINA PNEUMOCÓCICA

15. (HU-UNB/EBSERH/IBFC/2013) Segundo calendário nacional, uma criança deve receber a vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) com a idade de:

a) 2, 4 e 6 meses e mais uma dose de reforço aos 12 meses.

b) 3 e 5 meses e mais uma dose de reforço aos 15 meses.

c) 2, 4 e 15 meses.

d) 3 e 7 meses apenas.

COMENTÁRIOS:

De acordo com o Programa Nacional de Imunização (PNI), a primeira dose da vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) iniciará a partir de 2 meses de idade. O esquema de vacinação primária consiste em **2** doses de 0,5 ml, com intervalo de pelo menos 1 mês entre as doses, contudo o Programa Nacional de Imunização adotará o intervalo de 2 meses entre as doses. Desta forma o **esquema será** de **2 e 4 meses.**

Uma dose de reforço é recomendada preferencialmente entre os **12** e 15 meses de idade.

O gabarito foi a **letra A**. Atualmente, o esquema não considera a dose aos 6 meses, sendo da seguinte forma: 2, 4 e 6 meses e uma dose de reforço aos 12 meses.

VACINA INFLUENZA

16. A influenza é uma doença respiratória infecciosa de origem viral, e é um problema de saúde pública no Brasil, sendo a principal intervenção preventiva para este agravo a vacinação. Para uma criança de 11 meses de idade, que será vacinada pela primeira vez contra Influenza, o número de doses e o volume por dose desta vacina é de:

a) 01 dose - 0,5 ml

b) 01 dose - 01 ml

c) 03 doses - 0,2 ml

d) 02 doses – 0,25 ml

COMENTÁRIOS:

Crianças de 6 meses a 2 anos de idade devem receber **2 doses** da vacina contra influenza, na dosagem de **0,25 ml**. O intervalo mínimo entre as doesse é de 3 semanas. Operacionalmente: 2ª dose 30 dias após receber a 1ª dose. Assim, o gabarito é a **letra D**.

VACINA TRÍPLICE VIRAL

17. (HUPAA-UFAL/EBSERH/IDECAN/2014) A vacina tríplice viral (SCR) do Programa Nacional de Imunização deve ser aplicada em pessoas maiores de 20 anos com o seguinte esquema:

a) Dose única.

b) 2 doses, com intervalo de 30 dias.

c) 2 doses, com intervalo de 60 dias.

d) 3 doses, com intervalos de 30 e 60 dias.

e) 3 doses, com intervalos de 60 dias cada.

COMENTÁRIOS:

A partir dos 20 anos o esquema com a vacina sarampo, caxumba e rubéola é de **dose única** e considera vacinação anterior devidamente comprovada, sendo indicada para pessoas de 20 a 49 anos. Nesses termos, o gabarito é a **letra A**.

VACINA FEBRE AMARELA

18. (Prefeitura de Osasco-SP/FGV/2014) O Calendário Nacional de Vacinação estabelece que os idosos de 60 anos ou mais devem ser imunizados contra a febre amarela. Assinale a opção que indica o número de doses e o intervalo de tempo recomendado para essa vacina.

a) Uma dose a cada ano.

b) Duas doses a cada 5 anos.

c) Três doses a cada 10 anos.

d) Duas doses a cada 6 anos.

e) Uma dose a cada 10 anos.

COMENTÁRIOS:

De acordo com as **novas recomendações** para a vacina febre amarela, o esquema constitui em uma 1 (uma) dose aos **9 meses de idade**, sendo necessária uma dose de **reforço aos 4 anos de idade**.

No entanto, essa questão foi elaborada de acordo com o **esquema antigo**: uma dose a partir dos **9 meses**, com **reforço a cada 10 anos**.

Nessa tela, o gabarito é a **letra E**.

Fique atento! Imunização é um conteúdo que passa por constantes atualizações, tenha cuidado na hora da resolução das questões, pois algumas bancas ainda cobram o esquema antigo.

VACINA PÓLIO

19. (HU-UFS/EBSERH/Instituto AOCP/2014) No que se refere à vacina inativada poliomielite (VIP) e a vacina oral contra poliomielite (VOP), informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) A Vacina oral contra poliomielite (VOP) foi retirada do calendário infantil de imunizações, pois foi substituída pela vacina inativada poliomielite (VIP).

( ) Está indicada para a imunização passiva contra a poliomielite causada pelos três sorotipos (1,2 e 3) a partir dos 4 meses de idade.

( ) O Programa Nacional de Imunizações recomenda que a vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) não seja administrada simultaneamente com a vacina de Rotavírus.

( ) A vacina inativada poliomielite não deve ser usada em controle de surtos da doença se a vacina oral poliomielite estiver disponível.

a) F – F – V – V.

b) V – V – F – F.

c) F – V – F – V.

d) V – V – V – F.

e) F – F – F – V.

COMENTÁRIOS:

Vejamos cada um dos itens da questão:

Item I. A Vacina oral contra poliomielite (VOP) foi retirada do calendário infantil de imunizações, pois foi substituída pela vacina inativada poliomielite (VIP). **Falso**. Houve uma alteração no calendário, mas a VOP foi mantida, conforme explicações acima.

Item II. Está indicada para a imunização passiva contra a poliomielite causada pelos três sorotipos (1,2 e 3) a partir dos **2** meses de idade. **Falso**.

Item III. O Programa Nacional de Imunizações recomenda que a vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) não seja administrada

simultaneamente com a vacina de Rotavírus. **Falso**. A vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) pode ser administrada simultaneamente com qualquer outra vacina recomendada pelo Programa Nacional de Imunizações. Em caso de administração concomitante, devem ser utilizadas diferentes agulhas e sítios de administração.

Item IV. A vacina inativada poliomielite (VIP) **não** deve ser usada em **controle** de **surtos** da doença se a vacina oral poliomielite (VOP) estiver disponível. **Verdadeiro.** O vírus vacinal **(VOP)** compete com o vírus selvagem pela ocupação dos sítios de acoplamento na luz intestinal e assim é **eficaz no bloqueio de surtos**

Nesses termos, o gabarito da questão é a **letra E** (apenas o item IV apresenta-se certo).

VACINA HPV

20. (MEAC e HUWC UFC/EBSERH/Instituto AOCP/2014) Em 2014, o Ministério da Saúde incluiu a vacina contra o HPV no Calendário Nacional de Vacinação e ela será fornecida gratuitamente, pelo Sistema Único de Saúde. Com relação à vacina do HPV, é correto afirmar que:

a) é de dose única e deve ser administrada em meninos e meninas.

b) são duas doses e deve ser administrada apenas em meninas.

c) é de dose única e deve ser administrada apenas em meninas.

d) são três doses e de devem ser administradas apenas em meninas.

e) são três doses e devem se administradas em meninas e meninos.

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde inicialmente adotou o esquema estendido (0, 6 e 60 meses): 1ª dose, 2ª dose seis meses depois, e 3ª dose após cinco anos da 1ª dose em meninas.

A partir do exposto, o gabarito foi a **letra D**. Atualmente, o esquema não há a 3ª dose, ou seja, é formado da seguinte forma: 1ª dose, 2ª

dose seis meses depois (0 e 6 meses).

21. (HU-UFMS/BSERH/Instituto AOCP/2014) A prevenção do HPV representa potencial para reduzir a carga de doença cervical e lesões precursoras do câncer de colo de útero. Para isto, o Ministério da Saúde adotou a vacina

a) pentavalente contra HPV que confere proteção contra HPV de baixo risco (HPV 16 e 21) e de alto risco (HPV 56, 28 e 33).

b) quadrivalente contra HPV que confere proteção contra HPV de baixo risco (HPV 6 e 11) e de alto risco (HPV 16 e 18).

c) bivalente contra HPV que confere proteção contra HPV de baixo risco (HPV 26) e de alto risco (HPV 33).

d) pentavalente contra HPV que confere proteção contra HPV de baixo risco (HPV 16 e 18) e de alto risco (HPV 12, 15 e 23).

e) monovalente que confere proteção contra HPV de alto risco (HPV 16).

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde adotou a vacina quadrivalente contra HPV que confere proteção contra HPV de baixo risco (HPV 6 e 11) e de alto risco (HPV 16 e 18). Dessa forma, o gabarito é a **letra B**.

PROFILAXIA CONTRA A RAIVA

22. (HU-UFS/EBSERH/Instituto AOCP/2014) A profilaxia pré-exposição deve ser indicada para pessoas com risco de exposição permanente ao vírus da Raiva, durante atividades ocupacionais exercidas por profissionais como biólogos e médicos veterinários. Assim, o esquema pré-exposição e os dias de aplicação nestes casos são:

a) Esquema: 3 doses; Dias de aplicação: 0,7,28.

b) Esquema: 2 doses; Dias de aplicação: 0,3.

c) Esquema: Dose única; Dias de aplicação: 0.

d) Esquema: 5 doses; Dias de aplicação: 0,3,7,14,28.

e) Esquema: 4 doses; Dias de aplicação: 0, 3, 7,14.

COMENTÁRIOS

A questão aborda sobre profilaxia pré-exposição, vamos entendê-la para poder resolver a questão. Essa profilaxia deve ser indicada para pessoas com risco de exposição **PERMANENTE** ao vírus da raiva, durante atividades ocupacionais exercidas por profissionais como:

- médico veterinário;
- biólogo;
- auxiliares e demais funcionários de laboratório de virologia e anatomopatologia para raiva;
- estudantes de veterinária, biologia e agrotécnica;
- pessoas que atuam no campo na captura, vacinação, identificação e classificação de mamíferos passíveis de portarem o vírus, bem como funcionários de zoológicos;
- pessoas que desenvolvam trabalho no campo (pesquisas, investigações ecoepidemiológicas) com animais silvestres; e
- espeleólogos, guias ecoturismo, pescadores e outros profissionais que trabalham em áreas de risco.

Vejamos como é o esquema pré-exposição para **raiva**.

Esquema	**3 doses**
Dias de aplicação	0, 7, 28
Vias de administração, dose e local de aplicação.	Intramuscular profunda: dose completa. Local: deltoide ou vasto lateral. NÃO APLICAR NO GLÚTEO. Intradérmica: 0,1 ml, na inserção do músculo deltoide.
Controle sorológico	A partir do 14º dia após a última dose do esquema. **Atenção**! São considerados satisfatórios os títulos de anticorpos $\geq$ 0,5 UI/ml.

O **item correto é o A**, pois descreve que o esquema pré-exposição é composto por 3 doses, nos dias 0, 7 e 28.

CONTRAINDICAÇÕES, SITUAÇÕES ESPECIAIS, ADIAMENTO, VACINAÇÃO SIMULTÂNEA E FALSAS CONTRAINDICAÇÕES.

23. (Instituto Benjamin Constant/AOCP/2013) Assinale a alternativa que apresenta uma vacina composta por vírus vivos atenuados.

a) BCG.

b) Febre Amarela.

c) DTP.

d) Hepatite B.

e) Haemophilus influenzae do tipo b

COMENTÁRIOS:

As principais vacinas compostas por vírus vivos atenuados 4 são as seguintes: tríplice viral, tetra viral, **febre amarela**, poliomielite e rotavírus.

Vamos descrever abaixo a composição das principais vacinas do calendário básico do Programa Nacional de Imunização (PNI).

A **vacina** contra o sarampo, caxumba e rubéola (**tríplice viral**) é uma vacina combinada que **contém** os **vírus vivos** do sarampo, da caxumba e da rubéola, **atenuados** em cultivo celular.

A **vacina** contra o sarampo, caxumba, rubéola e varicela (**tetra viral**) é uma vacina combinada que **contém** os **vírus vivos** do sarampo, da caxumba, da rubéola e **varicela**, **atenuados** em cultivo celular.

A **vacina** contra a **febre amarela** é composta de **vírus vivos atenuados** da febre amarela, derivados da linhagem 17 D, cultivados em ovos embrionados de galinha.

A **vacina oral poliomielite** (VOP) contém uma suspensão dos **vírus** da **poliomielite atenuados** dos tipos I, II e III (cepas Sabin).

A **vacina rotavírus** G1P1[8] (atenuada) é monovalente, ou seja, a cepa utilizada em sua **composição possui** apenas um **sorotipo** do **Rotavirus**.

A **vacina inativada poliomielite** (VIP) é constituída por **cepas inativadas** (mortas) dos três tipos (1, 2 e 3) de **poliovírus** e produz anticorpos contra todos eles.

A **vacina BCG** é preparada com **bacilos vivos** (bactérias), a partir de cepas do *Mycobacterium bovis,* **atenuadas** com glutamato de sódio.

A **vacina hepatite B** (recombinante) **contem** o **antígeno** recombinante de **superfície** (rHBsAg) que é purificado por vários métodos físico-químicos, adsorvido por hidróxido de alumínio, tendo o timerosal como conservante. A composição varia conforme o laboratório produtor.

A **vacina pentavalente** é uma **associação** dos **toxóides diftérico** e **tetânico** com a ***Bordetella pertussis*** (bactérias) **inativada, oligossacarídeos Hib e antígeno de superfície da hepatite B.**

A **vacina** adsorvida difteria e tétano adulto (**dT**) é **constituída** pelos **toxóides diftérico** e **tetânico**, sendo que o componente diftérico apresenta-se em menor concentração que na vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis e na vacina adsorvida difteria e tétano infantil.

A **vacina conjugada meningococo** do **grupo C** é apresentada sob a forma isolada ou combinada com o **meningococo** do **grupo A** (bactéria). Neste caso, contêm 50mcg do polissacarídeo capsular purificado correspondente a cada sorogrupo.

Por eliminação, o gabarito da questão é a **letra B**.

24. (Prefeitura de Indaiatuba-SP/IBC/2013) A vacinação é a maneira mais eficaz de evitar diversas doenças imunopreveníveis, como varíola (erradicada), poliomielite (paralisia infantil), sarampo, tuberculose, rubéola, gripe, hepatite B, febre amarela, entre outras. Em relação à vacinação da criança assinale a alternativa correta:

a) A primeira dose da vacina oral rotavírus humano deve ser administrada até 5 meses e 15 dias.

b) A vacina BCG deve ser administrada o mais precoce possível, preferencialmente após o nascimento.

c) A vacina pneumocócica 10 deve ser administrada no primeiro mês de vida.

d) A vacina sarampo, caxumba e rubéola é realizada em dose única.

COMENTÁRIOS:

Item A. **Incorreto**. A vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - VORH deve ser administrada preferencialmente aos 2 e 4 meses de idade. A primeira dose pode ser administrada a partir de 1 mês e 15 dias até **3 meses e 15 dias**. A segunda dose pode ser administrada a partir de 3 meses e 15 dias até 7 meses e 29 dias. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.



Item B. **Correto**. A **vacina** BCG é **administrada** nas **primeiras 12 horas** de **vida**, preferencialmente na maternidade ou na primeira visita do bebê à Unidade de Saúde, considerando que quanto menor a idade maior a eficácia da vacina.

Item C. **Incorreto**. Em regra, a primeira dose da vacina pneumocócica 10 iniciará a partir de **2 meses** de idade. O esquema de vacinação primária consiste em **2** doses de 0,5 ml, com intervalo de pelo menos 1 mês entre as doses, contudo o Programa Nacional de Imunização (PNI) adotou o intervalo de 2 meses entre as doses.

Desta forma o esquema será de 2 e 4 meses. Uma dose de reforço é recomendada preferencialmente entre os 12 e 15 meses de idade.

Segue o calendário da vacina pneumocócica 10-valente: 2 meses -> 4 meses -> reforço aos 12 meses.

Item D. Incorreto. A vacina sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral) é uma vacina combinada que contém os vírus vivos do sarampo, da caxumba e da rubéola, atenuados em cultivo celular.

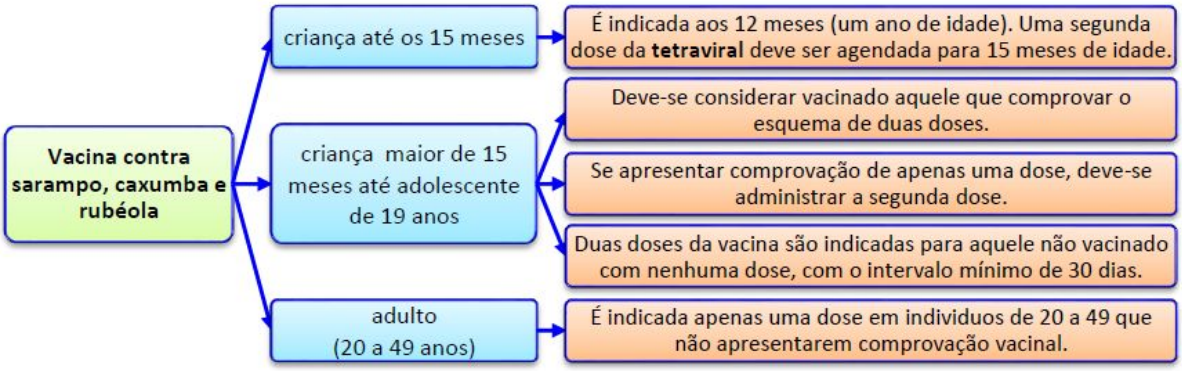
Para indivíduos de 12 meses a 19 anos, deve ser administrada duas doses, conforme situação vacinal encontrada.

A 1ª dose deve ser administrada aos 12 meses com a vacina tríplice viral e a 2ª dose, preferencialmente, aos 15 meses de idade com a vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), para as crianças que já tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral. A vacina tetra viral será administrada entre os 15 a 23 meses e 29 dias, caso a criança tenha recebido a 1ª dose da tríplice viral.

Para não esquecerem: a 1ª dose da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) continuará a ser administrada preferencialmente aos 12 meses de idade. As crianças que tiverem tomado a 1ª dose da tríplice viral deverão receber a tetra viral entre os 15 a 23 meses e 29 dias (preferencialmente aos 15 meses).

Para as crianças acima de 15 meses de idade não vacinadas, administrar a vacina tríplice viral observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar duas doses de vacina com componente sarampo, caxumba e rubéola.

Para indivíduos de 20 a 49 anos de idade, deve-se administrar uma dose, conforme situação vacinal encontrada. Considerar vacinada a pessoa que comprovar uma dose de vacina com componente sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral) ou sarampo e rubéola (dupla viral).



A vacina sarampo, caxumba e rubéola é administrada por via subcutânea. O volume correspondente a uma dose é de 0,5 ml, podendo variar de acordo com o laboratório produtor.

Nessa tela, a alternativa correta é a **letra B**.

25. (HU-UFMA/EBSERH/IBFC/2013) Mariana tem um filho de 1 ano, 2 meses e 2 dias e apresenta esquema de vacinação completa até os 9 meses de idade. Hoje ela comparece à unidade básica de saúde para completar esquema de vacinação. Segundo o calendário nacional de vacinação, assinale a alternativa que contemple os imunobiológicos indicados para este caso.

a) Apenas 1ª dose de Sarampo, Caxumba e Rubéola (SRC).

b) Apenas reforço Pneumo 10 e 1ª dose de Sarampo, Caxumba e Rubéola (SRC).

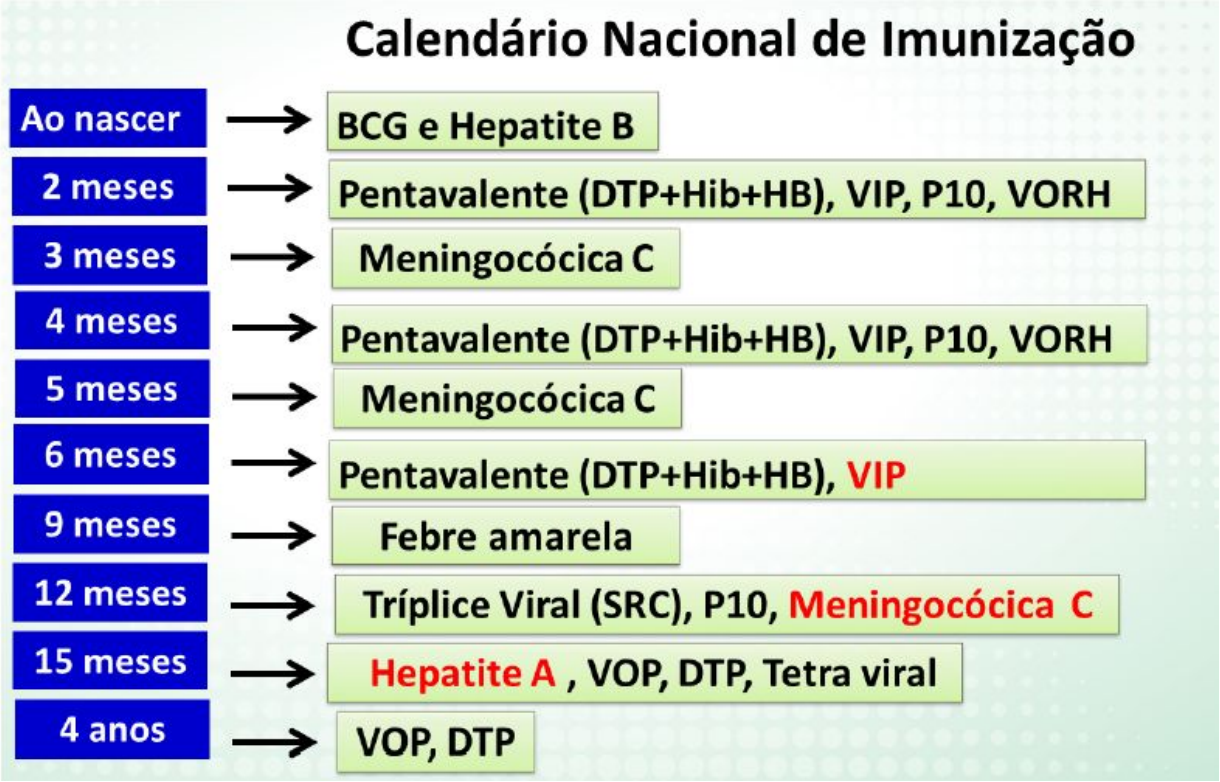
c) Apenas 1º reforço da pentavalente (Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus influenzae, Hepatite B) e reforço da Vacina inativada poliomielite (VIP).

d) Apenas 1º reforço da DTP (Difteria, Tétano, Coqueluche) e reforço da Vacina Inativada poliomielite (VIP).

e) Apenas reforço Pneumo 10.

COMENTÁRIOS:

Para melhor entendimento da questão vejamos, na tabela abaixo, o cronograma do Calendário Nacional de Imunização.



De acordo com o caso hipotético apresentado na questão, o filho da Mariana (com esquema vacinal completo até os 9 meses) recebeu as seguintes vacinas: **BCG** (dose única); Hepetite b (dose ao nascer); **pentavalente** - Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus influenzae, Hepatite B (3 doses); **VIP** (3 doses da VIP); **pneumo 10** (2 doses); Rotavírus (2 doses); Meningo C (2 doses), **Febre amarela** (dose inicial).

Como o filho de Marina tem 14 meses e 2 dias, necessita dos seguintes imunobiológicos: **pneumo10** (reforço); e **tríplice viral** - Sarampo, Caxumba e Rubéola (1ª dose).

A partir do exposto, constatamos que o gabarito é a **letra B**.

26. (HU-UFPE/EBSERH/IDECAN2014) Fazem parte do calendário básico de vacinação de pessoas com 60 anos ou mais, de acordo com o Programa Nacional de Imunização, as seguintes vacinas, EXCETO:

A) Hepatite B.

B) Febre amarela.

C) Pneumocócica.

D) Meningocócica.

E) Influenza sazonal.

COMENTÁRIOS:

A condição vacinal do idoso deve ser verificada e algumas vacinas devem ser realizadas, a exemplo das vacinas influenza, pneumocócica 23-valente e a difteria e tétano (dT).

A **vacina influenza** é administrada anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza.

A **vacina** contra **difteria** e **tétano** (**dT**) deve ser administrada a cada 10 anos como reforço da tetravalente/pentavalente e DTP, quando o esquema dessas vacinas estiver em dia.

Deve ser administrada uma dose da **vacina pneumocócica 23-valente** (polissacarídica), durante a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, nos indivíduos de 60 anos e mais não vacinados que vivem acamados e ou em instituições fechadas como, casas geriátricas, hospitais, unidades de acolhimento/asilos, casas de repouso. Ademais, deve ser administrada uma dose adicional da vacina pneumocócica 23-valente 5 anos após a dose inicial, uma única vez.

Acerca da questão, notamos que a vacina meningocócica só é administrada em crianças. Em regra, a vacina contra a Hepatite B é administrada em pessoas até 49 anos. Podendo ser feita em qualquer idade em grupos vulneráveis.

A questão foi acertadamente anulada, pois apenas as vacinas contra a influenza, difteria e tétano (dT) e a pneumocócica 23-valente fazem parte do calendário nacional da pessoa idosa.

27. (**Prefeitura de Ituporanga - SC/IOBV/2014**) A imunidade adquirida através da vacinação é chamada de:

a) Imunidade ativa natural

b) Imunidade passiva natural

c) Imunidade ativa artificial

d) Imunidade passiva artificial

COMENTÁRIOS:

A imunização ativa ocorre quando o próprio sistema imune do indivíduo, ao entrar em contato com uma substância estranha ao organismo, responde produzindo anticorpos e células imunes (linfócitos T). Esse tipo de imunidade geralmente dura por vários anos, às vezes, por toda uma vida.

Os dois meios de se adquirir imunidade ativa são contraindo uma doença infecciosa e a vacinação.

A infecção natural (com ou sem sintomas) confere **imunidade ativa, natural** e é duradoura, pois há estimulação das células de memória. Após uma infecção por sarampo, rubéola ou varicela, por exemplo, o indivíduo ficará protegido, não havendo mais o risco de adquirir a mesma doença novamente.

A **imunidade ativa, adquirida de modo artificial**, é obtida pela administração de **vacinas**, que estimulam a resposta imunológica, para que esta produza anticorpos específicos.

A imunização passiva é obtida pela transferência ao indivíduo de anticorpos produzidos por um animal ou outro ser humano. Esse tipo de imunidade produz uma rápida e eficiente proteção, que, contudo, é temporária, durando em média poucas semanas ou meses. A imunidade passiva natural é o tipo mais comum de

imunidade passiva, sendo caracterizada pela passagem de anticorpos da mãe para o feto através da placenta e também pelo leite. Essa transferência de anticorpos ocorre nos últimos 2 meses de gestação, de modo a conferir uma boa imunidade à criança durante seu primeiro ano de vida.

A imunidade passiva artificial pode ser adquirida sob três formas principais: a imunoglobulina humana combinada, a imunoglobulina humana hiperimune e o soro heterólogo. A transfusão de sangue é uma outra forma de se adquirir imunidade passiva, já que, virtualmente, todos os tipos de produtos sanguíneos (i.e. sangue total, plasma, concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, etc) contêm anticorpos.

Nesses termos, concluímos que o gabarito da questão é a **letra C**.

28. (**Prefeitura de Pedras Grandes - SC/FAEPESUL/2014**) O Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Imunização recomenda que logo após o nascimento, deve ser iniciado o esquema básico de vacinação. Sendo assim, os recém-nascidos podem e devem, ainda no berçário, receber as seguintes vacinas:

a) BCG por via intradérmica e hepatite B por via intramuscular;

b) Tétano por via intramuscular e hepatite B por via intramuscular;

c) Rubéola por via subcutânea e BCG por via intradérmica;

d) BCG por via subcutânea e hepatite B por via intramuscular;

e) Hepatite B por via intramuscular e Tétano por via subcutânea.

COMENTÁRIOS:

Ao nascer, o recém-nascido deve ser vacinado com a vacina contra a hepatite B e BCG.

A vacina BCG (bacilo de Calmette e Guerin) é indicada para prevenir as formas graves da tuberculose (miliar e meníngea) nos menores de cinco anos, mais frequentemente nos menores de um ano.

A **vacina** é **administrada** nas **primeiras 12 horas** de **vida**, por **via intradérmica**, preferencialmente na maternidade ou na primeira visita do bebê à unidade de saúde, considerando que quanto menor a idade maior a eficácia da vacina.

A vacina contra Hepatite B, com a inclusão na pentavalente, passa a ser aplicada sozinha apenas na criança ao nascer, de forma injetável, para evitar a transmissão vertical.

Como era antes:

Hepatite B - vacina injetável aplicada ao nascer (ou na primeira visita à unidade de saúde), com 1 mês de vida e novamente aos 6 meses.

Segue o antigo calendário da vacina contra hepatite B: ao nascer -> 1 mês -> 6 meses.

Regra atual:

Hepatite B - com a inclusão na pentavalente, passa a ser aplicada sozinha apenas na criança ao nascer, de forma injetável, para evitar a transmissão vertical.

Segue o calendário da hepatite B: ao nascer, podendo ser feita até o primeiro mês de vida da criança. Outras três doses dessa vacina foram incluídas na pentavalente (2, 4 e 6 meses).

Administrada por via intramuscular, no vasto lateral da coxa, em crianças menores de 2 anos de idade e na região deltóide nas crianças acima de dois anos de idade.

Após exposição do conteúdo, concluímos que o gabarito da questão é a **letra A**.

29. (**Conjunto Hospitalar Sorocaba-CHS/CETRO/2014**) É incorreto afirmar que:

a) será incluída a tetra viral no lugar da tríplice viral para crianças de 2 a 5 anos.

b) crianças de 6 meses a menores de 5 anos também serão vacinadas contra a gripe.

c) haverá vacinação contra o HPV em meninas de 11 a 13 anos em escolas e postos de saúde.

d) haverá inclusão da vacina contra Hepatite A voltada a crianças de 12 meses até 2 anos de idade.

e) dependendo da indicação do fabricante, a vacina \contra o HPV pode ser administrada a partir dos 9 anos.

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) apliou o Calendário Básico de Vacinação da Criança em 2013, com a introdução da vacina tetra viral que para evitar complicações, casos graves e óbitos por varicela no grupo alvo da vacinação e a prevenção, controle e eliminação das doenças sarampo, caxumba e rubéola.

A vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e **varicela**) substituirá a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) para as crianças de **15** meses de idade. Assim, com a introdução da vacina tetra viral, o PNI visa reduzir o número de injeções em um mesmo momento, bem como buscar uma melhor adesão à vacinação e consequentemente, melhoria das coberturas vacinais.

Essa vacina, desde setembro de 2013, está sendo disponibilizada para as crianças entre **15 a 23** meses e 29 dias de idade (preferencialmente aos 15 meses), que tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral, nas 35 mil salas de vacina da rede pública.

Neste contexto, o PNI amplia a oferta de vacinas na rotina de vacinação da criança com a introdução da vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e **varicela** - atenuada), exclusivamente, para as crianças de 15 meses de idade, que já tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral.

Para não esquecer: a 1ª dose da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) continuará a ser administrada preferencialmente aos 12 meses de idade. As crianças que tiverem tomado a 1ª dose da tríplice viral deverão receber a tetra viral entre os 15 a 23 meses e 29 dias (preferencialmente aos 15 meses).

Em síntese, a vacina tetra viral será disponibilizada na rotina dos serviços públicos de vacinação em substituição à segunda dose da vacina tríplice viral aos 15 meses de idade.

Tendo visto isto, concluímos que o gabarito da questão é a **letra A**.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – DST

30. (HUPES-UFBA/EBSERH/IADES/2014) Quanto às doenças sexualmente transmissíveis, é correto afirmar que aquela transmitida pelo *Treponema pallidum* é a(o)

a) gonorreia.

b) HPV.

c) herpes.

d) sífilis.

e) candidíase.

COMENTÁRIOS:

Vejamos abaixo a relação das DST com os micro-organismos:

Item A. Gonorreia transmitida pela Neisseria gonorrhoeae.

Item B. HPV transmitido pelo Papilomavírus humano (HPV).

Item C. Herpes transmitida pelo Herpesvirus hominus tipo 1.

Item D. Sífilis transmitida pelo **Treponema pallidum**.

Item E. Candidíase transmitida pela Candida albicans.

Dessa forma, o gabarito é a **letra D**.

31. (HUJM-UFMT/EBSERH/Instituto AOCP/2014) Assinale a alternativa que apresenta uma Doença Sexualmente Transmissível que pode causar Úlcera genital.

a) Condiloma.

b) Candidíase.

c) Clamídia.

d) Sífilis.

e) Gonorreia.

COMENTÁRIOS:

Vamos fazer uma breve descrição das doenças descritas na questão para melhor entendimento do tema.

Item A. O **Condiloma acuminado**, conhecido também como verruga genital, crista de galo, figueira ou cavalo de crista, é uma DST causada pelo Papilomavírus humano (HPV). A infecção pelo HPV normalmente causa verrugas de tamanhos variáveis. No homem, é mais comum na cabeça do pênis (glande) e na região do ânus. Na mulher, os sintomas mais comuns surgem na vagina, vulva, região do ânus e colo do útero. As lesões também podem aparecer na boca e na garganta. Tanto o homem quanto a mulher podem estar infectados pelo vírus sem apresentar sintomas.

Item B. A **Candidíase** é a infecção endógena da vulva e da vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva. A forma mais comum de candidíase oral é a pseudomembranosa, caracterizada por placas brancas removíveis na mucosa oral (aftas).

Outra apresentação clínica é a forma atrófica, que se apresenta como placas vermelhas, lisas, sobre o palato duro ou mole.

Item C. A **Clamídia** é a doença sexualmente transmissível (DST) de maior prevalência no mundo. Ela é causada pela bactéria Chlamydia trachomatis, que pode infectar homens e mulheres e ser transmitida da mãe para o feto na passagem pelo canal do parto. A infecção atinge especialmente a uretra e órgãos genitais, mas pode acometer a região anal, a faringe e ser responsável por doenças pulmonares. A infecção pode ser assintomática. Quando os sintomas aparecem, são parecidos nos dois sexos: dor ou ardor ao urinar, aumento do número de micções, presença de secreção fluida. As mulheres podem apresentar, ainda, perda de sangue nos intervalos do período menstrual e dor no baixo ventre.

Item D. A **Sífilis** é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios:

- **Sífilis primária ou cancro duro**, classicamente, caracteriza-se pela presença de lesão e rosada ou ulcerada, geralmente única,

pouco dolorosa, com base endurecida, fundo liso, brilhante e pouca secreção serosa.

- **Sífilis secundária**, geralmente caracteriza-se pela presença de lesões cutâneo-mucosas, de 6 a 8 semanas após o aparecimento do cancro duro.

- **Sífilis latente (recente e tardia)** é a forma da sífilis adquirida na qual não se observam sinais e sintomas clínicos e, portanto, tem o seu diagnóstico feito apenas por meio de testes sorológicos.

- **Sífilis terciária** os sinais e sintomas geralmente aparecem de 3 a 12 anos ou mais após o início da infecção, principalmente por lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); neurológicas (*tabes dorsalis*, demência, goma cerebral); cardiovasculares (aneurisma aórtico) e osteo-articulares (gomas, artropatia de Charcot).

Item E. **Gonorreia** é infecção causada por bactérias que podem atingir os órgãos genitais masculinos e femininos. Pode infectar o pênis, o colo do útero, o reto (canal anal), a garganta e os olhos. Quando não tratada, essa doença pode causar infertilidade (dificuldade para ter filhos), dor durante as relações sexuais, gravidez nas trompas, entre outros danos à saúde. Nas mulheres, pode haver dor ao urinar ou no baixo ventre (pé da barriga), aumento de corrimento, sangramento fora da época da menstruação, dor ou sangramento durante a relação sexual. Entretanto, é muito comum estar doente e não ter sintoma algum. Por isso, é recomendável procurar um serviço de saúde periodicamente, em especial se houve sexo sem camisinha. Nos homens, normalmente há uma sensação de ardor e esquentamento ao urinar, podendo causar corrimento ou pus, além de dor nos testículos. É possível que não haja sintomas e o homem transmita a doença sem saber.

Por conseguinte, concluímos que o gabarito da questão é a **letra D**.

32. (HUPAA-UFAL/EBSERH/IDECAN/2014) Os testes antitreponêmicos são aplicados para efetuar levantamentos

epidemiológicos ou diagnósticos contra

A) sífilis.

B) gonorreia.

C) candidíase.

D) donovanose.

E) tricomoníase.

COMENTÁRIOS:

Para o **diagnóstico** laboratorial da **sífilis** pode-se utilizar os **testes treponêmicos** e os **não treponêmicos.**

Testes treponêmicos são testes que empregam como antígeno Treponema pallidum, e detectam anticorpos antitreponêmicos. Esses testes são feitos apenas qualitativamente.

Testes não treponêmicos são testes que detectam anticorpos não treponêmicos, anteriormente chamados de anticardiolipínicos, reaginícos ou lipoídicos G .

Esses anticorpos não são específicos para Treponema pallidum, porém estão presentes na sífilis.

Os testes não treponêmicos podem ser:

- Qualitativos: rotineiramente são utilizados como testes de triagem para determinar se uma amostra é reagente ou não.
- Quantitativos: são utilizados para determinar o título dos anticorpos presentes nas amostras que tiveram resultado reagente no teste qualitativo e também para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Nesses termos, concluímos que o gabarito da questão é a **letra A**.

33. (HU-UFS/EBSERH/ Instituto AOCP/2014) Herpes é uma doença que, apesar de não ter cura, tem tratamento. Seus sintomas são geralmente pequenas bolhas agrupadas que se rompem e se transformam em feridas. Sobre esta doença, é correto afirmar que

a) depois que a pessoa teve contato com esta bactéria, ela está imune à doença, exceto se reaparecer fatores como estresse e cansaço.

b) o herpes genital é transmitido por meio de contaminação sanguínea durante uma transfusão de sangue ou uso de drogas injetáveis.

c) por ser muito contagiosa, a primeira orientação dada a quem tem herpes é uma maior atenção aos cuidados de higiene: lavar bem as mãos, evitar contato direto das bolhas e feridas com outras pessoas.

d) em mulheres, durante o parto, o bebê está imune, mesmo que a gestante apresente lesões por herpes.

e) as bolhas se localizam principalmente na parte externa dos membros inferiores e superiores. Após algum tempo, a herpes pode reaparecer no mesmo local, com os mesmos sintomas.

COMENTÁRIOS:

Vamos detalhar cada item para melhor entendimento do tema:

Item A. **Incorreto**. Depois que a pessoa teve contato com o **vírus**, os **sintomas podem reaparecer** dependendo de fatores como estresse, cansaço, esforço exagerado, febre, exposição ao sol, traumatismo, uso prolongado de antibióticos e menstruação.

Item B. **Incorreto**. O herpes genital **não** é transmitido por meio de contaminação sanguínea durante uma transfusão de sangue ou uso de drogas injetáveis.

Item C. **Correto**. Por ser muito contagiosa, a primeira orientação dada a quem tem herpes é uma maior atenção aos cuidados de higiene: lavar bem as mãos, evitar contato direto das bolhas e feridas com outras pessoas.

Item D. **Incorreto**. Em mulheres, durante o parto, o bebê **não** está imune, mesmo que a gestante apresente lesões por herpes.

Item E. **Incorreto**. As bolhas se localizam principalmente na **região genital (pênis, ânus, vagina, colo do útero)**. Após algum tempo, a herpes pode reaparecer no mesmo local, com os mesmos sintomas.

Dessa forma, o gabarito é a **letra C.**

34. (HU-UFS/EBSERH/ Instituto AOCP/2014) O condiloma acuminado, conhecido também como verruga genital, crista de galo, figueira ou cavalo de crista, é uma DST causada pelo Papilomavírus humano (HPV). Atualmente, existem mais de 100 tipos de HPV – alguns deles podendo causar

a) câncer, principalmente no colo do útero e do ânus.

b) câncer, principalmente no pulmão e esôfago.

c) câncer, principalmente no intestino e ânus.

d) câncer, principalmente no colo do útero e de mama.

e) câncer, principalmente na pele e ânus.

COMENTÁRIOS:

O **Condiloma acuminado**, conhecido também como verruga genital, crista de galo, figueira ou cavalo de crista, é uma DST causada pelo Papilomavírus humano (HPV).

Atualmente, existem mais de 100 tipos de HPV - alguns deles podendo **causar câncer**, **principalmente no colo do útero e do ânus**. Entretanto, a infecção pelo HPV é muito comum e nem sempre resulta em câncer. O exame de prevenção do câncer ginecológico, o Papanicolau, pode detectar alterações precoces no colo do útero e deve ser feita de rotina por todas as mulheres.

A partir do exposto, verificamos que o gabarito é a **letra A**.

35. (HUCAM-UFES/EBSERH/Instituto AOCP/2014) Em relação aos níveis de atendimento para prestar atendimento a portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), temos 3 níveis de complexidade, sendo: (nível 1) – que requer uma equipe mínima composta de: um médico clínico, um/a enfermeiro/a e um auxiliar de enfermagem e/ou um outro profissional de nível técnico vinculado à assistência e, pelo menos, um profissional administrativo. O nível intermediário de atenção (nível 2) inclui o atendimento ginecológico

e/ou uma ou mais especialidades clínicas, além de enfermeiros e/ou psicólogos e/ ou assistentes sociais, sem acessso imediato a recursos laboratoriais para diagnóstico de DST.

Finalmente, os serviços de maior complexidade (nível 3), geralmente ambulatórios especializados, devem ser equipados com recursos laboratoriais e constituir-se na referência técnica do sistema de atenção para diagnóstico etiológico das DST. Relacione as colunas e assinale a alternativa com a sequência correta.

Nível 1 – Básico.

Nível 2 – Intermediário.

Nível 3 –Maior complexidade (centro de referência).

( ) Realizar todas as atividades do nível elementar, além do diagnóstico e tratamento clínicoepidemiológico, dentro da competência das especialidades disponíveis.

( ) Realizar treinamentos em abordagem sindrômica para Unidades de nível intermediário e de abordagem etiológica para as que tenham recursos laboratoriais próprios.

( ) Notificar os(as) parceiros(as) das pessoas com síndromes genitais para investigação e/ou tratamento epidemiológico.

( ) Realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

( ) Realizar diagnóstico etiológico das DST, vigilância de resistência microbiana aos fármacos da abordagem sindrômica.

a) 3 – 2 – 1 – 1 – 2.

b) 2 – 3 – 2 – 1 – 3.

c) 1 – 2 – 3 – 2 – 2.

d) 1 – 3 – 1 – 2 – 3.

e) 1 – 3 – 2 – 2 – 3.

COMENTÁRIOS:

Vejamos as atividades referentes a cada nível de atendimento:

Atividades do Nível 1 - Básico:

- Realizar consulta médica emergencial das úlceras genitais, dos corrimentos genitais masculinos e femininos e das verrugas ano-genitais externas, utilizando a abordagem sindrômica, conforme normas estabelecidas pelos fluxogramas propostos do Programa Nacional e Estadual de DST/AIDS.

- Realizar o aconselhamento incorporado na consulta médica.

- Realizar coleta de sangue e/ou solicitação de exames para Sífilis, Hepatite B e HIV, nos casos de úlceras, corrimentos e verrugas genitais.

- Realizar tratamento de sífilis.

- Notificar a síndrome genital, sífilis na gestação, sífilis congênita e HIV na gestante/criança exposta.

- Notificar os (as) parceiros(as) das pessoas com síndromes genitais para investigação e/ou tratamento epidemiológico.

- Referir os casos suspeitos de DST com manifestações cutâneas extragenitais para unidades que disponham de dermatologista.

- Referir os casos de DST complicadas para unidades que disponham de especialistas e recursos laboratoriais.

- Referir os casos de DST não resolvidos pelo tratamento sindrômico para unidades que tenham laboratório.

- Referir os casos de dor pélvica com sangramento ou quadros mais graves para unidades com ginecologista.

Atividades do Nível 2 - Intermediário:

- Realizar todas as atividades do nível elementar, além do diagnóstico e tratamento clínico epidemiológico, dentro da competência das especialidades disponíveis.

- Realizar tratamento sindrômico e/ou clínico-epidemiológico dos corrimentos genitais femininos.

- Realizar coleta de material cérvico-vaginal para exames laboratoriais.

- Realizar o aconselhamento dentro e/ou fora da consulta.

- Realizar colposcopia, se disponível ou encaminhar a paciente para serviços de referência que disponham de colposcópio e profissional habilitado quando indicado.

- Realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

- Notificar as síndromes genitais, sífilis na gestação, sífilis congênita e HIV na gestante/criança exposta.

- Notificar os (as) parceiros (as) e tratar.

- Promover treinamentos em abordagem sindrômica para UBS de nível primário.

Atividades do Nível 3 – Maior Complexidade (Centros de Referência):

- Realizar todas as atividades dos níveis elementar e intermediário

- Realizar diagnóstico etiológico das DST, vigilância de resistência microbiana aos fármacos da abordagem sindrômica.

- Realizar treinamentos em abordagem sindrômica para Unidades de nível intermediário e de abordagem etiológica para as que tenham recursos laboratoriais próprios.

Com base nisso, concluímos que a questão foi **anulada**, pois nenhuma das alternativas apresenta a sequência correta (**2 – 3 – 1 – 2 – 3**).

36. (HC-UFPE/EBSERH/IDECAN/2014) São doenças sexualmente transmissíveis, EXCETO:

a) Gonorreia.

b) Cancro mole.

c) Herpes zoster.

d) Granuloma inguinal.

e) Linfogranuloma venéreo.

COMENTÁRIOS:

Vamos detalhar cada item para melhor compreensão do tema:

Item A. Correto. Gonorreia é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae* ou gonococo, cuja transmissão se dá, de forma predominante, por meio de relações sexuais.

Item B. Correto. O **Cancro mole** também é chamado de cancro venéreo, mas seu nome mais popular é “cavalo”. Doença transmitida sexualmente, provocada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, é mais frequente nas regiões tropicais, como o Brasil.

Item C. Incorreto. O **Herpes Zoster,** geralmente é decorrente da reativação do vírus da varicela em latência, ocorrendo em adultos e em paciente imunocomprometidos, como portadores de doenças crônicas, neoplasias, aids e outras.

Causas diversas podem causar uma reativação do vírus, que, caminhando centrifugamente pelo nervo periférico, atinge a pele, causando a característica erupção do herpes zoster. Excepcionalmente, há pacientes que desenvolvem herpes zoster após contato com doentes de varicela e, até mesmo, com outro doente de zoster, o que indica a possibilidade de uma reinfecção em paciente já previamente imunizado. É também possível uma criança adquirir varicela por contato com doente de zoster.

Item D. Correto. Granuloma Inguinal também é chamado de donovanose ou granuloma venéreo, doença causada pela bactéria *Calymmatobacterium granulomatis (Klebsiella granulomatis, Donovania granulomatis)* transmitida, provavelmente por contato direto com lesões, durante a atividade sexual. Entretanto, sua transmissão ainda é assunto controvertido.

Item E. Correto. O **Linfogranuloma venéreo** é uma **infecção crônica** causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, que atinge os genitais e os gânglios da virilha. É uma doença bacteriana sexualmente transmissível, caracterizada pelo envolvimento do sistema linfático, tendo como processos básicos a trombolinfangite e perilinfangite.

Nesses termos, o gabarito é a **letra C**.

37. (MCO-UFBA/EBSERH/IADES/2014) Entre os agentes infecciosos causadores das doenças sexualmente transmissíveis, encontra-se a *Klebsiella granulomatis*. A respeito da doença causada por esse agente infeccioso, assinale a alternativa correta.

a) Sífilis.

b) Donovanose.

c) Gonorreia.

d) Herpes genital.

e) Hepatite B.

COMENTÁRIOS:

Vejamos abaixo a relação dos micro-organismos com as DST:

Item A. Sífilis causada pelo Treponema pallidum

Item B. Donovanose causada pela *Calymmatobacterium granulomatis (Klebsiella granulomatis, Donovania granulomatis).*

Item C. Gonorreia causada pela Neisseria gonorrhoeae.

Item D. Herpes Genital causada pelo Vírus do Herpes Simples Tipo 1 (HSV-1) e Tipo 2 (HSV-2).

Item E. Hepatite B causada pelo vírus da hepatite B (HBV).

Nesses termos, gabarito **letra B**.

38. (HUSM-UFSM/EBSERH/Instituto AOCP/2014) Dentre as doenças a seguir, assinale aquela considerada uma Doença Sexualmente Transmissível (DST).

a) Candidíase.

b) Tricomoníase.

c) Hepatite A.

d) Vaginose Bacteriana.

e) Cistite.

COMENTÁRIOS:

Vamos fazer uma breve descrição das doenças descritas na questão para melhor entendimento do tema.

Item A. **Candidíase** é a infecção endógena da vulva e da vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva. A transmissão ocorre através de contato com mucosas, secreções em pele de portadores ou doentes. A transmissão vertical pode ocorrer durante o parto. Pode ocorrer disseminação exógena.

Item B. A **Tricomoníase** é uma protozoose causada pelo ***Trichomonas vaginalis***, que desencadeia uma ampla variedade de manifestações clínicas, podendo estar associada à transmissão do vírus da imunodeficiência humana, câncer cervical, infertilidade, entre outros. A via primária de transmissão é pelo contato sexual.

Item C. **Hepatite A** é uma doença viral aguda, de manifestações clínicas variadas, desde formas subclínicas, oligossintomáticas e até fulminates (menos que 1% dos casos). O modo de transmissão é fecal-oral, veiculação hídrica, pessoa a pessoa (contato intrafamiliar e institucional), alimentos contaminados e objetos inanimados. Transmissão percutânea (inoculação acidental) e parenteral (transfusão) são muito raras, devido ao curto período de viremia.

Item D. **Vaginose Bacteriana** é uma infecção genital causada por bactérias, principalmente pela Gardnerella Vaginalis. É a causa mais comum do corrimento genital e a segunda causa da candidíase. Essa infecção desencadeia um desequilíbrio da flora vaginal fazendo com que a concentração de bactérias aumente. Atualmente, a Vaginose Baceteriana é considerada uma proliferação maciça de uma flora mista, que inclui Gardnella Vaginallis, Peptoestreptococcus e Micoplasma hominis. Não é considerada uma doença sexualmente transmissível.

Item E. **Cístite** é o nome que se dá para doenças inflamatórias e/ou infecciosas da bexiga. Em geral, é causada pela bactéria *Escherichia coli*, presente no intestino e importante para a digestão. Em situações especiais, essa bactéria migra contaminando a região perineal (área onde se localizam os órgãos genitais). Após um período de multiplicação, essa bactéria pode invadir a uretra e se localizar na bexiga, causando uma cistite infecciosa. Essa situação é mais fácil de acontecer nas mulheres, devido principalmente, a causas anatômicas.

O gabarito, portanto, é a **letra B**.

39. (HUJM-UFMT/EBSERH/Instituto AOCP/2014) NÃO é considerada uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) a

a) Vaginose Bacteriana.

b) Tricomoníase.

c) Gonorreia.

d) Clamídia.

e) Donovanose.

COMENTÁRIOS:

A **Vaginose Bacteriana** é uma infecção genital causada por bactérias, principalmente pela Gardnerella Vaginalis. É a causa mais comum do corrimento genital e a segunda causa da candidíase. Essa infecção desencadeia um desequilíbrio da flora vaginal fazendo com que a concentração de bactérias aumente.

Atualmente, a Vaginose Baceteriana é considerada uma proliferação maciça de uma flora mista, que inclui Gardnella Vaginallis, Peptoestreptococcus e Micoplasma hominis. Não é considerada uma doença sexualmente transmissível.

Portanto, gabarito **letra A**.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

40. (PROCAPE/UPENET/UPE/2013/JM) Ao verificar os sinais vitais (SSVV) de um paciente adulto internado na clínica médica, o Técnico de Enfermagem identificou taquicardia, tendo sido identificado frequência cardíaca de

A) < 70 bat/min

B) < 50 bat/min

C) 60 bat/min

D) > 120 bat/min

E) 80 bat/min.

COMENTÁRIOS:

A determinação do pulso é parte integrante de uma avaliação cardiovascular, sendo portanto uma técnica recomenda. Além da frequência cardíaca (número de batimentos cardíacos por minuto), também devem ser avaliados o ritmo (regularidade dos intervalos, se regular ou irregular) e o volume (intensidade com que o sangue bate nas paredes arteriais, se forte e cheio ou fraco e fino).

Vejamos a classificação em relação a frequência.

FREQUÊNCIA: Número de pulsações por unidade de tempo (batimentos por minuto – bpm).

- **Normal** - 60 a 100 bpm.
- **Bradicardia -** < 60 bpm.
- **Taquicardia ->** 100 bpm.

Sendo assim, a única **alternativa correta é a D**. Porém, seria mais correto dizer que a frequência cardíaca encontrada foi de 120bpm e não > 120bpm.

41. (Rede Sarah/2011) Em relação ao procedimento de mensuração da Pressão Arterial (PA), assinale a alternativa correta:

a) A utilização de um manguito de tamanho inadequado não altera a leitura dos valores de PA.

b) Antes da mensuração da PA, deve ser determinado o ponto de máxima insuflação por meio do método auscultatório.

c) O início do segundo som de Korotkoff é um indicador de pressão arterial diastólica em adultos.

d) É possível mensurar a PA na extremidade inferior posicionando-se o manguito sobre a artéria poplítea na área mediana da coxa.

e) No momento da mensuração da PA em membros superiores por método auscultatório, o braço do paciente deve estar posicionado abaixo do nível do coração.

COMENTÁRIOS:

Vejamos os erros das assertivas:

a) A utilização de um manguito de tamanho inadequado **altera** a leitura dos valores de PA.

b) **Não** é possível antes da mensuração da PA determinar o ponto de máxima insuflação por meio do método auscultatório. Por exemplo, em alguns casos a artéria ainda permanece palpável, devendo aumentar a insuflação.

c) O **quinto** som de Korotkoff é um indicador de pressão arterial diastólica em adultos.

e) No momento da mensuração da PA em membros superiores por método auscultatório, o braço do paciente deve estar posicionado na **altura** do coração.

Nesses termos, o gabarito é a **letra D**.

42. (CNEN/IDECAN/2014) A escolha do tamanho do manguito é um procedimento recomendado para aferição da pressão arterial (PA). Sabe-se que as dimensões do manguito para aferição da PA em um recém-nascido, cuja circunferência do braço é ≤ 10 cm, é de 4 cm de largura e 8 cm de comprimento. “O tamanho correto de um manguito para um adulto, cuja circunferência do braço varia de 27-34 cm, é _____ cm de largura e _____ cm de comprimento.”

Assinale a alternativa que completa correta e sequencialmente a afirmativa anterior.

a) 08 / 19

b) 10 / 21

c) 12 / 23

d) 14 / 25

e) 16 / 32

COMENTÁRIOS:

Vejamos na tabela abaixo as dimensões do manguito para aferição da PA:

Dimensões da bolsa de borracha (manguito) para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11 – 15	6	12
Infantil	16 – 22	9	18
Adulto pequeno	20 – 26	10	17
Adulto	27 – 34	12	23
Adulto grande	35 – 45	16	32

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Após análise da tabela, constatamos que o tamanho correto de um manguito para um adulto, cuja circunferência do braço varia de 27-34 cm, é **12** cm de largura e **23** cm de comprimento. Por conseguinte, o gabarito é a **letra C**.

43. (FUMUSA/CAIPIMES/2014) Considerando a pressão arterial, leia as frases abaixo e a seguir e assinale a alternativa correta.

I- Em indivíduo adulto, a pressão arterial é considerada normal quando está inferior a 140 x 90mmHg.

II- Os locais mais comuns para verificação da pressão arterial são: artéria braquial nos membros superiores e artéria poplítea nos membros inferiores.

III- O manguito deve ser colocado sobre o braço nu, 2 a 2,5 cm acima da fossa antecubital.

IV- O diafragma do estetoscópio deve ser colocado embaixo do manguito.

a) As frases II e III estão corretas

b) As frases II, III e IV estão corretas

c) As frases I e III estão corretas

d) As frases I, II e III estão corretas

COMENTÁRIOS:

Vejamos os itens errados.

Item I. Devemos gravar a classificação da pressão arterial, pois as questões de prova exploram detalhes desta classificação.

Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).
Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Ora, em indivíduo adulto, a **pressão arterial** é considerada **normal** quando está **inferior a 130 x 85 mmHg**. Abaixo de 140 x 90 mmHg é limítrofe.

Item IV. O diafragma do estetoscópio deve ser colocado na artéria braquial, na região da fossa antecubital, e não embaixo do manguito.

Nesses termos, o gabarito é a **letra A** (itens II e III corretos).

44. (HU-UFS/EBSERH/IAOCP/2014) Sobre a Hipertensão arterial, assinale a alternativa correta.

a) Nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos.

b) O uso de antiagregantes plaquetários é contraindicado para pacientes que apresentem hipertensão e doença cardiovascular manifesta.

c) O tratamento não-farmacológico é uma medida ineficaz para controle da hipertensão arterial, sendo, portanto, pouco recomendado.

d) Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial diastólica maior ou igual a 130 mmHg e uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 90 mmHg.

e) Recomenda-se que a medida da pressão arterial em gestante seja feita na posição supina. A determinação da pressão diastólica deve ser realizada na fase IV de Korotkoff.

COMENTÁRIOS:

Vejamos os itens incorretos:

Item B. O uso de antiagregantes plaquetários é **indicado** para pacientes que apresentem hipertensão e doença Cardiovascular manifesta, pois reduze o risco cardiovascular.

Item C. O tratamento não-farmacológico é uma medida **eficaz** para controle da hipertensão arterial, sendo **recomendado** quando não há contraindicação em decorrência de agravamento da doença.

Item D. Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial diastólica maior ou igual a **140 mmHg** e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg.

Item E. Não se recomenda que a medida da pressão arterial em gestante seja feita na posição supina, para não ocasionar a compressão da veia cava. Ademais, a determinação da pressão diastólica deve ser realizada na fase **V** de Korotkoff.

Nessa tela, o gabarito da questão é o **item A**.

45. (Prefeitura de Heliodora-MG/IDECAN/2014) Sobre a hipertensão, assinale a afirmativa correta.

a) A hipertensão do avental branco é considerada como hipertensão secundária.

b) Considera-se hipertensão o valor sustentado de pressão arterial sistólica de ≥ 120 mmHg.

c) A normotensão verdadeira é considerada quando os valores da PA são de ≤ 130 x 85 mmHg, monitorados através do MAPA.

d) O efeito do avental branco é a diferença da pressão obtida após o diagnóstico de uma doença e a pressão antes do diagnóstico.

e) A hipertensão mascarada é caracterizada quando os valores de PA são normais no consultório, porém elevados nas situações de estresses.

COMENTÁRIOS:

Faremos abaixo a análise de cada alternativa:

Itens A e D. A maioria dos indivíduos com hipertensão possui a elevação persistente da pressão arterial como resultado de uma desregulação do mecanismo de controle homeostático da pressão, o que a define como essencial. Já a **HAS secundária possui causa definida**, que é potencialmente tratável e/ou curável, acometendo menos de 3% dos hipertensos. A correta avaliação destes pacientes é fundamental, visto que pode determinar a interrupção dos antihipertensivos.

As causas mais comuns de HAS secundária estão vinculadas aos rins (parenquimatosa, arterial ou obstrutiva).

As causas de HAS secundária podem ser divididas em categorias:

• Causas renais: rim policístico, doenças parenquimatosas.

• Causas renovasculares: coarctação da aorta, estenose da artéria renal.

• Causas endócrinas: feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, hipertireoidismo, hipotireoidismo, acromegalia.

• Causas exógenas: drogas, álcool, tabagismo (especialmente em grandes quantidades), cafeína, intoxicação química por metais pesados.

O **efeito do avental branco** (EAB) é a diferença de pressão obtida entre a medida conseguida no consultório e fora dele, desde que essa **diferença seja igual ou superior a 20 mmHg na pressão sistólica e/ou de 10 mmHg na pressão diastólica**.

Item B. Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica **≥ 140 mmHg** e uma pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg..

Item C. A normotensão verdadeira é considerada quando os valores da PA são de ≤ 130 x 85 mmHg, monitorados através do MAPA.

A pessoa com **PA ótima**, menor que 120/80mmHg deverá **verificar novamente a PA em até dois anos.** As pessoas que apresentarem **PA** entre **130/85mmHg** são consideradas **normotensas** e deverão **realizar a aferição anualmente**. Excetuam-se pacientes portadores de diabetes mellitus, quando a PA deverá ser verificada em todas as consultas de rotina.

Item E. Hipertensão mascarada é definida como a situação clínica caracterizada por valores normais de PA no consultório (< 140/90 mmHg), porém com PA elevada pela MAPA durante o período de vigília ou na MRPA.

Portanto, a hipertensão mascarada é caracterizada quando os valores de PA são normais no consultório, porém elevados em **situações normais fora do consultório.**

Por fim, vejamos os valores abaixo:

Valores de pressão arterial no consultório, Mapa, Ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada

	Consultório	Mapa Vigília	Ampa	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	< 140/90	≤ 130/85	≤ 130/85	≤ 130/85
Hipertensão	≥ 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85
Hipertensão do avental branco	≥ 140/90	< 130/85	< 130/85	< 130/85
Hipertensão mascarada	< 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85

Fonte: : (SBC; SBH; SBN, 2010).
Nota: Mapa = monitorização ambulatorial da PA de 24h; Ampa = automedida da PA; MRPA = monitorização residencial da PA.

Na suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM), sugerida pelas medidas da Ampa, recomenda-se a realização de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (Mapa) ou Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA), para confirmar ou excluir o diagnóstico.

A partir do exposto, constatamos que o gabarito é a **letra C**.

46. (Prefeitura do Paulista– PE/UPE/2014/JM) Um paciente internado na clínica médica é portador de Hipertensão Arterial Sistêmica. Ao mensurar os SSVV, o Técnico de Enfermagem identificou um nível tensional que corrobora a hipertensão arterial moderada. Qual nível arterial foi encontrado?

A) 140 x 90 mmHg

B) 150 x 100 mmHg

C) 180 x 110 mmHg

D) 170 x 100 mmHg

E) 150 x 90 mmHg

COMENTÁRIOS:

O Ministério da Saúde o diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da pressão arterial (PA) maior ou igual a **140/90mmHg**, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as Medidas. Portanto, a constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma

medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

De acordo com a tabela apresentada acima é considerada **hipertensão moderada (estágio 2**) a PA de **160 – 179 mmHg** de sistólica por **100 – 109 mmHg** de diastólica.

Logo, a alternativa correspondente a hipertensão moderada é a **D (170 x 100 mmHg)**.

47. (Hospital Guilherme Álvaro – Santos/CETRO/2013/JM) A hipertensão arterial é um dos fatores de risco mais importantes de mortalidade e morbidade no mundo, atualmente. Sendo assim, assinale a alternativa que compreende a verificação correta da pressão arterial.

(A) Arredondar os valores da pressão arterial para dígitos terminados em zero e cinco.

(B) Pressionar o estetoscópio para auscultar a segunda bulha.

(C) Identificar a pressão sistólica no primeiro som auscultado e a diastólica no desaparecimento do som.

(D) Reavaliar a pressão sistólica antes de terminar a deflação do manguito.

(E) Manter mãos e equipamentos bem frios, alterando a pressão arterial.

COMENTÁRIOS:

Todo profissional deve estar atento à técnica padronizada de aferição de pressão arterial. Vejamos abaixo a técnica padronizada:

- O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio;
- Medir após cinco minutos de repouso;
- Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes;
- A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço;
- Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido;
- Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg);
- A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I);
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V);
- Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85 mmHg);
- A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente;
- Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência).

Sem sombras de dúvidas, alternativa correta **letra C**.

DIABETES MELLITUS (DM)

48. (Rede Sarah/2007) Um paciente de 26 anos, sexo masculino, admitido no serviço de emergência com queixas de náusea, vômitos e dor abdominal. Refere ser portador de Diabetes Mellitus tipo 1 e que há quatro dias reduziu a dose de insulina devido quadro gripai, que provocou diminuição do apetite. Durante a avaliação do paciente, o(a) enfermeiro(a) observou pele com turgor diminuído, mucosas secas e hálito cetônico. Esses sinais indicam:

a) Hipoglicemia.

b) Doença viral.

c) Cetoacidose.

d) Coma hiperglicêmico hiperosmolar não cetótico

COMENTÁRIOS:

Cetoacidose diabética

Os principais fatores precipitantes da cetoacidose diabética são a **infecção**, **má aderência** ao **tratamento** (omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar), uso de medicações hiperglicemiantes e outras intercorrências graves (AVC, IAM ou trauma).

Indivíduos em **mau controle** glicêmico são particularmente vulneráveis a essa complicação.

Os principais sintomas são: polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental. O diagnóstico é realizado por hiperglicemia (glicemia maior de 250 mg/dl), cetonemia (presença de níveis detectáveis de corpos cetônicos no plasma.) e acidose metabólica (pH <7,3 e bicarbonato <15 mEq/l). Esse quadro pode se agravar, levando a complicações como choque, distúrbio hidroeletrolítico, insuficiência renal, pneumonia de aspiração, síndrome de angústia respiratória do adulto e edema cerebral em crianças.

Síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica

A síndrome hiperosmolar não cetótica é um estado de hiperglicemia grave (superior a 600 mg/dl a 800 mg/dL) acompanhada de desidratação e alteração do estado mental, na **ausência** de **cetose**. Ocorre apenas no diabetes tipo 2, em que um mínimo de ação insulínica preservada pode prevenir a cetogênese.

Os sinais descritos na questão são clássicos da cetoacidose, logo o gabarito é a **letra C**.

49. (Prefeitura de Cortês-PE/IDEST/2014) Segundo o Ministério da Saúde, em relação ao tratamento farmacológico no diabetes tipo 2, é incorreto afirmar:

a) Se glicemia de jejum estiver muito alta (acima de 270mg/dl) e ou presença de infecção, provavelmente o paciente necessitará de um tratamento com insulina.

b) Pacientes obesos (IMC >30kg/m2) requerem maior apoio da equipe para perda e manutenção de peso perdido, e a prescrição de metformina já no início pode ajudar o paciente a alcançar as metas terapêuticas.

c) A metfomina é prescrita fracionada em 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.

d) A Glibendamida de 2,5mg a 20mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições ou 2,5mg a 20mg, 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.

e) Insulina regular é utilizada em situação de compensação aguda ou em esquemas de injeções múltiplas.

COMENTÁRIOS:

O **tratamento** do **DM tipo 1**, além da terapia não farmacológica, **exige sempre** a **administração** de **insulina**, a qual deve ser prescrita em **esquema intensivo**, de **três** a **quatro doses** de **insulina**/**dia**, divididas em insulina basal e insulina prandial, cujas doses são ajustadas de acordo com as glicemias capilares, realizadas ao menos três vezes ao dia. **Esse esquema reduz** a **incidência** de **complicações microvasculares** e **macrovasculares** em **comparação** com o **tratamento**

convencional de **duas doses** de **insulina/dia**. Pela maior complexidade no manejo desses pacientes, eles são, em geral, acompanhados pela atenção especializada.

O DM tipo 2, que acomete a grande maioria dos indivíduos com diabetes, exige tratamento não farmacológico, em geral complementado com antidiabético oral e, eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença. Casos que requerem esquemas mais complexos, como aqueles com dose fracionada e com misturas de insulina (duas a quatro injeções ao dia), são em geral acompanhados pela atenção especializada (DUNCAN et al., 2013).

Antidiabéticos orais

Os antidiabéticos orais constituem-se a primeira escolha para o tratamento do DM tipo 2 não responsivo a medidas não farmacológicas isoladas, uma vez que promovem, com controleestrito, redução na incidência de complicações, têm boa aceitação pelos pacientes, simplicidade de prescrição e levam a menor aumento de peso em comparação à insulina (GUSSO; LOPES, 2012).

A escolha do medicamento geralmente segue a sequência apresentada a seguir. No entanto, casos com hiperglicemia severa no diagnóstico (>300 mg/dl) podem se beneficiar de insulina desde o início. Outros fatores que podem nortear a escolha de um medicamento, além do custo, são as preferências pessoais.

Se a pessoa não alcançar a meta glicêmica em até três meses com as medidas não farmacológicas, o tratamento preferencial é acrescentar a **metformina** (Cloridrato de Metformina de 500mg ou 850mg) no plano terapêutico (1ª linha). A introdução mais precoce pode ser considerada em alguns pacientes que não respondem ao tratamento, com ou sem excesso de peso (SAENZ et al., 2005).

As contraindicações para o uso de metformina têm se reduzido com a maior experiência de uso, mas mantém-se a contraindicação em pacientes com insuficiência renal (filtração glomerular <30 ml/min/1,73m2) (DUNCAN et al., 2013).

A associação de um segundo fármaco ocorre com a maioria das pessoas com DM tipo 2, em virtude do caráter progressivo da doença (NATHAN, 2009). Cerca de metade das pessoas que atingiram o controle glicêmico com monoterapia requerem a associação de outra medicação dois anos depois.

O acréscimo do **segundo fármaco** também pode ser feito precocemente, de quatro a oito semanas após o primeiro ter sido iniciado (metformina) e não se ter obtido uma resposta satisfatória.

Se as metas de controle não forem alcançadas após três a seis meses de uso de metformina, pode-se associar uma **sulfonilureia -** 2ª linha (Glibenclamida de 5mg ou Gliclazida de 30mg, 60mg e 80mg).

Se o controle metabólico não for alcançado após o uso de metformina em associação com uma sulfonilureia por três a seis meses, deve ser considerada uma **terceira medicação**. A insulina também é considerada quando os níveis de glicose plasmática estiverem maiores de 300 mg/dL, na primeira avaliação ou no momento do diagnóstico, principalmente se acompanhado de perda de peso, cetonúria e cetonemia (GUSSO; LOPES, 2012). As **classes de medicamentos que podem ser utilizadas nesta etapa (3ª linha) são insulinas de ação intermediária ou longa.**

– Medicamentos de uso oral disponíveis na Rename 2012

Classe farmacológica	Denominação genérica	Concentração	Apresentação	Dose mínima (dose inicial)	Dose máxima (dia)	Tomadas ao dia
Biguanidas	Cloridrato de Metformina	500 mg	Comprimido	500 mg	2.550 mg	3
	Cloridrato de Metformina	850 mg	Comprimido	500 mg	2.550 mg	3
Derivados da ureia, sulfonamidas	Glibenclamida	5 mg	Comprimido	2,5 mg	20 mg	2 – 3
	Gliclazida	30 mg	Comprimido de liberação controlada	30 mg	–	1
	Gliclazida	60mg	Comprimido de liberação controlada	30mg	–	1
	Gliclazida	80 mg	Comprimido	80 mg	320 mg	1 – 2

Fonte: Relação Nacional de Medicamento (Rename) de 2012.

Fonte: CAB nº 36 - Diabetes Mellitus

As insulinas disponíveis no SUS são as de ação rápida (regular) e as de ação intermediária (Neutral Protamine Hagedorn – NPH) (Tabela 4). **A insulina regular está indicada em casos de emergência**, como a cetoacidose, gravidez e trabalho de parto, em combinação com insulinas de ação média ou prolongada, ou em tratamento tipo bolus antes das refeições. A insulina NPH, também chamada de isófana ou de ação intermediária, sendo, portanto, de pH neutro e acrescida de protamina para modificar o tempo de ação, é utilizada em tratamento de manutenção para o controle glicêmico basal. (Fonte: CAB nº 36 - Diabetes Mellitus)

A alternativa incorreta é a **letra E**, pois a insulina regular é utilizada em situação de **Des**compensação aguda.

50. (CNEN/IDECAN/2014) Acerca dos sinais e sintomas de hiperglicemia, analise.

I. Polidpsia, xerostomia e hálito cetônico.

II. Poliúria, visão turva e ganho de peso.

III. Sonolência, prostração e fadiga.

IV. Xerostomia, púrpura e fadiga.

Estão corretas as alternativas

a) I, II, III e IV

b) I e III, apenas

c) II e IV, apenas

d) I, II e III, apenas

e) I, III e IV, apenas

COMENTÁRIOS:

Primeiramente, vejamos alguns conceitos:

Púrpura é a presença de sangue fora dos vasos sangüíneos na pele ou nas mucosas. Como a camada cutânea é levemente transparente, este sangue é então visto como uma mancha roxa.

Xerostomia é a sensação subjetiva de boca seca que, geralmente, mas não necessariamente, está associada com a diminuição da quantidade de saliva.

Polidipsia é o sintoma caracterizado por excessiva sensação de sede.

Agora, vamos responder a questão, que explorou o termo hiperglicemia de forma genérica, não diferenciando os termos cetoacidose diabética e síndrome hiperglicêmica não cetótica.

O gabarito é a **letra B**, pois os **itens II (perda** de peso que é sinal de hiperglicemia) e **IV** (púrpura não é sinal de hiperglicemia) estão **errados.**

51. (MPE-RS/MPE-RS/2014) Muitas pessoas adultas com diabetes melito do tipo 2 desenvolvem a síndrome metabólica, que constitui um importante fator de risco para a doença cardiovascular. Um paciente com síndrome metabólica pode apresentar

a) hipotensão.

b) perda de peso.

c) HDL maior de 40 mg/dl.

d) triglicerídeos abaixo de 150 mg/dl.

e) resistência à insulina.

COMENTÁRIOS:

A Síndrome Metabólica corresponde a um conjunto de doenças cuja base é a resistência insulínica. Pela dificuldade de ação da insulina, decorrem as manifestações que podem fazer parte da síndrome. Não existe um único critério aceito universalmente para definir a Síndrome. Segundo os critérios brasileiros , a Síndrome Metabólica ocorre quando estão presentes três dos cinco critérios abaixo:

• Obesidade central - circunferência da cintura superior a 88 cm na mulher e 102 cm no homem;

• Hipertensão Arterial - pressão arterial sistólica ≥ 130 e/ou pressão arterial diatólica ≥ 85 mmHg;

• Glicemia alterada (glicemia ≥ 110 mg/dl) ou diagnóstico de Diabetes;

• Triglicerídeos ≥ 150 mg/dl;

• HDL colesterol < 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres;

Questão facilmente resolvida por eliminação:

a) hipertensão e não hipotensão.

b) ganho e não perda de peso.

c) HDL menor e não maior de 40 mg/dl.

d) triglicerídeos acima e não abaixo de 150 mg/dl.

Dessa forma, o gabarito é a **letra E**.

52. (HU-UFS/EBSERH/IAOCP/2014) Sobre o Diabetes e suas complicações, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) A síndrome hiperosmolar é um estado de hipoglicemia grave, é mais comum em jovens com Diabetes tipo I.

( ) A síndrome hiperosmolar é um estado de hiperglicemia grave (> 600 a 800 mg/dL), desidratação e alteração do estado mental – na ausência de cetose.

( ) A retinopatia diabética é a principal forma de cegueira irreversível no Brasil. Ela é assintomática nas suas fases iniciais, mas evolui ao longo do tempo, acometendo a maioria dos portadores de diabetes após 20 anos de doença.

( ) Hipoglicemia é a diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – para valores abaixo de 80 a 90 mg/dL. Muitas vezes leva ao quadro de cetoacidose que ocorre principalmente em pacientes com diabetes tipo II.

a) V – F – V – F.

b) F – F – V – V.

c) V – F – F – V.

d) F – V – V – F.

e) V – V – F – F.

COMENTÁRIOS:

Vejamos os itens errados da questão:

1º Item. A síndrome hiperosmolar é um estado de **HIPER**glicemia grave, sendo mais comum em pessoas com diabetes tipo **II**.

4º Item. Hipoglicemia é a diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – para valores abaixo de **70** mg/dL. **Não leva** ao quadro de **cetoacidose** que ocorre principalmente em pacientes com diabetes tipo I.

Nesses termos, o gabarito é a **letra D**.

53. (Fundação Hospital Getúlio Vargas – FHGV/FUNDATEC/2014) O diabetes é comum e de incidência crescente. Apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. De acordo com Cadernos de Atenção Básica - Diabetes (BRASIL, 2006), considere as seguintes afirmativas:

I. Podemos considerar como fatores de risco para Diabetes tipo 2: excesso de peso e história familiar de DM tipo 2.

II. A cetoacidose ocorre particularmente em pacientes com Diabetes tipo 2, sendo algumas vezes a primeira manifestação da doença. O diabetes tipo 1 raramente desenvolve essa complicação.

III. Os principais sintomas da cetoacidose são: polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental.

IV. O Diabetes tipo 1 indica destruição da célula beta, que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

Quais estão corretas?

a) Apenas I e II

b) Apenas I e III

c) Apenas I, III e IV

d) Apenas III e IV

e) I, II, III e IV

COMENTÁRIOS:

De acordo com o Caderno de Atenção Básica – Diabetes (2006), responderemos a questão analisando cada item:

Item I (Correto): Podemos considerar como fatores de risco para Diabetes tipo 2: excesso de peso e história familiar de DM tipo 2.

Fatores indicativos de maior risco para Diabetes tipo 2:

- Idade >45 anos.

- **Sobrepeso** (Índice de Massa Corporal IMC >25).

- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).

- **Antecedente familiar** (mãe ou pai) de diabetes.

- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).

- Colesterol HDL d”35 mg/dL e/ou triglicerídeos e”150 mg/dL.

- História de macrossomia ou diabetes gestacional.

- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.

- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Item II (Errado): A cetoacidose ocorre particularmente em pacientes com Diabetes tipo **1**, sendo algumas vezes a primeira manifestação da doença. O diabetes tipo **2** raramente desenvolve essa complicação.

Item III (Correto): Os principais sintomas da cetoacidose são: polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva,

náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental.

Item IV (Correto): O Diabetes tipo 1 indica destruição da célula beta, que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

Nobre concurseiro (a), agora ficou fácil, o gabarito **letra C**.

54. (Prefeitura de Vila Velha-ES/FUNCAB/2012) O diabetes melito é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis aumentados de glicose no sangue e tem sido classificado de diversas maneiras. Em relação às principais características de cada tipo, marque a alternativa correta.

a) O diabetes tipo 1 é cerca de oito a dez vezes mais comum que o tipo 2 e sua incidência é maior após os 40 anos.

b) O diabetes secundário à doença pancreática ocorre com maior frequência em jovens de países tropicais com baixa ingestão proteica.

c) O pré-diabetes ocorre, predominantemente, em pessoas com antecedentes familiares do diabetes tipo 2.

d) Odiabetes tipo 2 possui um fator hereditário maior que o tipo 1, além disso tem uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo.

e) No diabetes gestacional, a produção de insulina está aumentada, porém com ação ineficaz por causa da diminuição dos receptores celulares, ou por defeito deles.

COMENTÁRIOS:

Vamos analisar cada assertiva para melhor entendimento do assunto.

Item A. **Incorreto**. O DM tipo **2** abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo

1, que responde por aproximadamente 8%28. A incidência do DM tipo 2 é maior após os 40 anos.

Item B. **Incorreto**. Existem outros tipos de diabetes além do Tipo 1, Tipo 2 e Gestacional, mas esses ocorrem com menor frequência. Dentre eles, temos o **diabetes secundário à doença pancreática**, que ocorre mais freqüentemente naqueles com antecedentes familiares de DM tipo 2. As principais doenças pancreáticas são as seguintes:

- Retirada cirúrgica de 75% do pâncreas;
- Pancreatite crôúnica (inflamação geralmente causada pelo alcoolismo crônico);
- Destruição pancreática por depósito de ferro denominado hemocromatose (extremamente rara).

Por outro lado, o **diabetes associado à desnutrição e fibrocalculoso** ocorre em jovens de países tropicais com baixa ingestão protéica, frequentemente associado a alimentos que contêm cianetos, como a mandioca amarga.

Item C. **Incorreto**. Pessoas com **hiperglicemia intermediária** (glicemia de jejum entre 110 mg/dl e 125 mg/dl, e duas horas pós-carga de 140 mg/dl a 199 mg/dl e HbA1c entre 5,7% e 6,4%), **também denominadas** de casos de **pré-diabetes**, pelo seu maior risco de desenvolver a doença, **deverão** ser **orientadas** para **prevenção** do diabetes, o que inclui orientações sobre alimentação saudável e hábitos ativos de vida, bem como reavaliação anual com glicemia de jejum30.

O pré-diabetes ocorre, predominantemente, em pessoas com os seguintes fatres de risco: idade acima de 45 anos, excesso de peso, sedentarismo; hipertensão arterial, alterações nas taxas de colesterol e triglicérides sanguíneos e história familiar de diabetes. Vejam que são muitos os fatores, e não apenas os antecedentes familiares de diabetes tipo 2, que desencadeiam a pré-diabetes, bem como a diabetes.

Item D. **Correto**. O diabetes tipo 2 possui um fator hereditário maior que o tipo 1, além disso tem uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo.

Item E. **Incorreto**. No diabetes gestacional, associa-se a **diminuição** da produção de insulina (diminuição da função das células betas do pâncreas) como o aumento da resistência à insulina (diminuição dos receptores celulares, ou por defeito deles).

Nessa tela, o gabarito da questão, é a **letra D**.

55. (Hospital Guilherme Álvaro – Santos/CETRO/2013/JM) O diabetes é uma doença caracterizada por glicemia elevada e insulina inadequada ou ineficaz. A informação é uma ferramenta essencial para promoção à saúde. Sendo assim, assinale a alternativa que apresenta o fator de risco que não está relacionado ao Diabetes mellitus.

(A) Hipotensão arterial.

(B) Histórico familiar.

(C) Sedentarismo.

(D) Macrossomia ou histórico de abortos.

(E) Uso de medicações hiperglicemiantes.

COMENTÁRIOS:

A probabilidade de um indivíduo apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia vai depender da presença de fatores de risco. De acordo com Associação Americana de Diabetes o publico alvo para o rastreamento do diabetes corresponde aos que apresentam os fatores de risco mencionados na tabela abaixo.

Tabela 1: Critérios para rastreamento do diabetes em adultos assintomáticos.

Excesso de peso (IMC > 25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:
• **Historia de pai ou mãe com diabetes;** • **Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);** • **História de diabetes gestacional (diabetes na gestação pode provocar o aborto) ou de recém-nascido com mais de 4 kg (macrossomia);** • **Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);** • **Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;** • **Obesidade severa, *acanthosis nigricans*;** • **Síndrome de ovários policísticos;** • **História de doença cardiovascular;** • **Inatividade física;**
Ou **Idade ≥ 45 anos**
Ou **Risco cardiovascular moderado**

É considerado também um fator de risco o uso prolongado de hiperglicemiantes.

Sendo assim, a única alternativa que não condiz com um fator de risco é a **letra A**.

56. (Prefeitura do Paulista– PE/UPE/2014/JM) O Técnico de Enfermagem recebe um paciente em uma unidade de assistência à saúde com infecção urinária e história de Diabetes mellitus. Para avaliar a disfunção metabólica desse paciente qual composto bioquímico deve avaliar?

A) Glicose.

B) Creatinina.

C) Triglicerói̇s.

D) HDL colesterol.

E) Colesterol.

COMENTÁRIOS:

O **Diabetes mellitus** é uma doença metabólica caracterizada por níveis aumentados de **GLICOSE** no sangue (hiperglicemia) resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambas. Os sintomas clássicos incluem poliúria, polidipsia e polifagia.

Portanto, a alternativa correta é a **letra A**.

57. (HUB/EBSERH/IBFC/2013/JM) O pé diabético merece toda atenção médica e de enfermagem, pois devido à insensibilidade e à dificuldade circulatória, as lesões podem progredir evoluindo para necrose, amputação do membro, artropatia de joelhos e tornozelos, levando ao edema e deformidade.

Considerando os principais cuidados de enfermagem com o pé diabético, assinale a alternativa incorreta.

a) Utilizar sapatos, fechados e com palmilhas especiais (macias e com bico largo).

b) Higienizar os pés diariamente com água morna e sabão neutro, aproveitando a oportunidade para massageá-los e examiná-los minuciosamente, observando rachaduras, bolhas e mudanças na coloração da pele.

c) Cortar as unhas em forma arredondada, buscando extrair todas as cutículas e cantos das unhas.

d) Secar os pés adequadamente com atenção nos espaços interdigitais.

COMENTÁRIOS:

As **ulceras de pés** (pé diabético) e a amputação de extremidades estão entre as **complicações** crônicas do **diabetes mellitus** (DM) mais graves e de maior impacto socioeconômico.

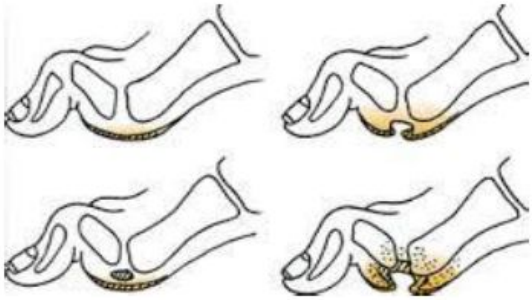
As úlceras podem ter um componente **isquêmico**, **neuropático** ou **misto**.

Pé isquêmico: caracteriza-se por dor em repouso que piora com exercício ou elevação do membro inferior. Ao exame físico o pé se

apresenta frio, com ausência dos pulsos tibial posterior e pedioso dorsal.

Neuropatia diabética: é a complicação mais comum do diabetes e compreende um conjunto de síndromes clinicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico de forma isolada ou difusa.. Ao exame físico o pé pode se apresentar com temperatura elevada por aumento do fluxo sanguíneo, mas o achado mais importante é a diminuição da sensibilidade. Além disso, é possível observar atrofia da musculatura interóssea, aumento do arco plantar, dedos em “garra” e calos em áreas de aumento de pressão.

Figura 5: Neuropatia diabética.



Fonte: Google imagens.

Por todos os motivos apresentados a cima, é importante a abordagem educativa de pessoas com DM para prevenção de ulcerações nos pés e para estabelecer cuidado diário adequado dos membros inferiores.

Os cuidados estão listados no quadro abaixo:

A) Todas as pessoas com DM e baixo risco de desenvolver úlceras.	**Abordar:** – Cuidados pessoais e orientação para o autoexame do pé; – Exame diário do pé para identificação de modificações (mudança de cor, edema, dor, parestesias, rachaduras na pele); – Sapatos (reforçar importância do sapato adequado, que deve se adaptar ao pé, evitar pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas); – Higiene (lavar e secar cuidadosamente, especialmente nos espaços interdigitais) e hidratação diária dos pés com cremes (especialmente se possui pele seca); – Cuidados com as unhas e os riscos associados com a remoção de pele e cutículas; – Cuidado com traumas externos (animais, pregos, pedras nos sapatos etc.); – Orientar a procurar um profissional de Saúde se perceber alteração de cor, edema ou rachaduras na pele, dor ou perda de sensibilidade.
B) Pessoas com DM e alto risco de desenvolver úlceras nos pés.	**Abordar, além dos pontos listados no item (A), os seguintes:** – Evitar caminhar descalço; – Procurar ajuda profissional para manejo de calos, ceratose e ruptura de continuidade da pele; – Não utilizar produtos para calos e unhas sem a orientação de um profissional de Saúde; – Lembrar o potencial de queimadura dos pés dormentes, portanto sempre verificar a temperatura da água em banhos, evitar aquecedores dos pés (bolsa-d'água quente, cobertores elétricos, fogueiras ou lareiras); – Não utilizar sapatos novos por períodos prolongados e amaciar os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-lo rotineiramente; – Usar protetor solar nos pés; – Recomendações para situações especiais (feriados, passeios longos, ocasiões sociais como casamentos e formaturas) e inclusão na programação de períodos de repouso para os pés.
C) Pessoas com DM e presença de úlceras (Categoria 3)	**Abordar, além dos itens (A) e (B), também os seguintes:** – Lembrar que infecções podem ocorrer e progredir rapidamente; – A detecção e o tratamento precoce de lesões aumentam as chances de um bom desfecho; – Repouso apropriado do pé/perna doente é fundamental no processo de cura; – Sinais e sintomas que devem ser observados e comunicados aos profissionais de Saúde envolvidos no cuidado da pessoa: alterações no tamanho da ulceração e cor da pele (vermelhidão) ao redor da úlcera; marcas azuladas tipo hematomas e/ou escurecimento da pele, observar tipo de secreção (purulenta ou úmida onde antes era seca), surgimento de novas ulceras ou bolhas nos pés; – Se dor (úlcera fica dolorosa ou desconfortável ou pé lateja) retornar à UBS; – Procurar a UBS imediatamente se perceber mudança no odor dos pés ou da lesão ou se ocorrer edema e/ou sensação de mal-estar (febre, sintomas tipo resfriado, ou sintomas do diabetes mal controlado).

Alternativa (c): Cortar as unhas em forma arredondada, buscando **extrair todas as cutículas** e **cantos das unhas** não é uma recomendação, pois esse procedimento pode ocasionar alguma lesão.

Gabarito **letra C**.

TUBERCULOSE

Meus amigos, em praticamente toda prova de concurso de enfermagem é abordada uma questão sobre a Tuberculose. Devido à importância deste assunto, vamos nos debruçar sobre ele de forma aprofundada.

58. (UFRJ-RJ/2013/RP) De acordo com *Cadernos de Atenção Básica* - nº 21 (MS, 2008) a tuberculose pulmonar é definida como positiva quando o paciente apresentar:

a) uma baciloscopia direta negativa e imagem radiológica sugestiva de tuberculose.

b) uma baciloscopia direta positiva e cultura negativa.

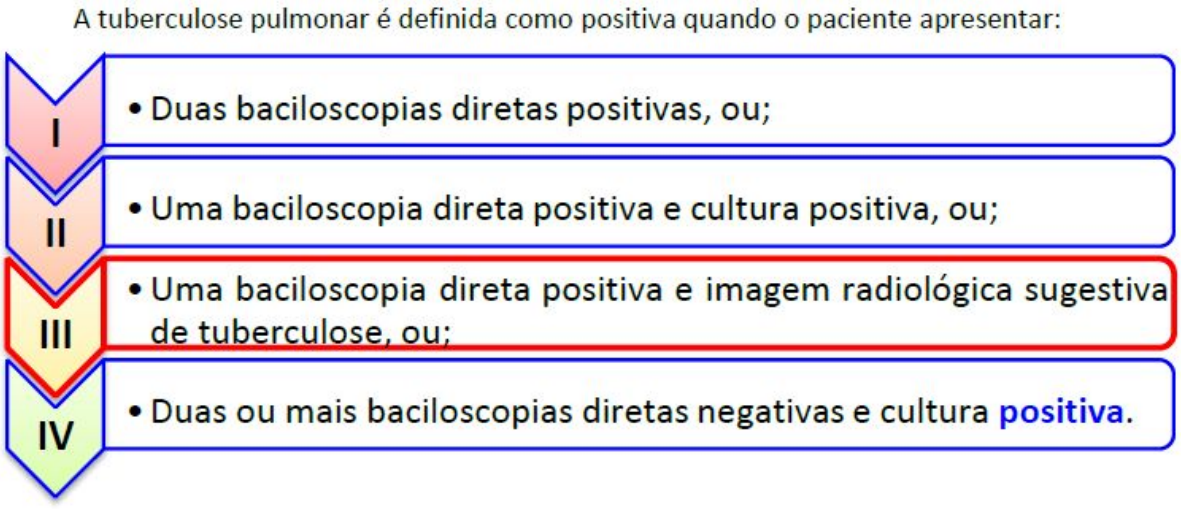
c) uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose.

d) uma baciloscopia direta negativa e cultura positiva.

e) duas ou mais baciloscopias diretas negativas e cultura negativa.

COMENTÁRIOS:

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de koch (bk). O termo tuberculose se origina no fato da doença causar lesões chamadas tubérculos.



Nesses termos, o gabarito da questão é a **letra C**.

59. (Assembleia Legislativa do Amazonas-AM/2013/FGV/RP) A prova tuberculínica é indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose e sua leitura deve ser realizada entre 72 e 96 horas após a aplicação, medindo–se com régua milimetrada o maior diâmetro transverso da área de endurecimento palpável. No que se refere ao resultado, registrado em milímetros, analise as afirmativas abaixo:

I. 0 a 4 mm - não reator - indivíduo não infectado pelo *M. tuberculosis* ou com hipersensibilidade reduzida.

II. 5 a 9 mm - reator fraco - indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras microbactérias.

III. 10 mm ou mais - reator forte - indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis*, que pode estar ou não doente, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos.

Assinale:

Se somente a afirmativa I estiver correta

a) Se somente a afirmativa II estiver correta

b) Se somente as afirmativas I e II estiverem corretas

c) Se somente as afirmativas I e III estiverem corretas

d) Se todas as afirmativas estiverem corretas.

COMENTÁRIOS:

A **prova tuberculínica** (PT) consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune celular a estes antígenos. É utilizada, em adultos e crianças, para o diagnóstico de infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB). Na criança também é muito importante como método coadjuvante para o diagnóstico da tuberculose (TB).

De acordo com Manual de Tuberculose do Ministério da Saúde34 (2011), o resultado da PT deve ser registrado em milímetros. A **classificação isolada** da **PT**, em não reator, reator fraco e reator forte, **não está** mais **recomendada**, pois a interpretação do teste e

seus valores de corte podem variar de acordo com a população e o risco de adoecimento.

Vejam que a questão de 2013 da FGV está desatualizada. Levando em consideração as regras antigas, todos os itens estão corretos e o gabarito é a **letra E**.

60. (HGA-SP/CETRO/2013/RP) A prova tuberculínica cutânea está indicada como método auxiliar, no diagnóstico da tuberculose, em pessoas não vacinadas com BCG. Sobre o assunto, assinale a alternativa correta.

a) A prova tuberculínica cutânea tem por base a reação celular desenvolvida após a inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis*, e o resultado positivo evidencia o estadiamento da doença.

b) No Brasil, a tuberculina utilizada é o PPD RT23, aplicada por via intradérmica, no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 1ml, equivalente a 2UT (Unidades de Tuberculina).

c) A tuberculina deve ser conservada entre 2°C e 8°C, entretanto, mantém-se ativa após congelada.

d) A leitura da prova tuberculínica é realizada entre 36 a 48 horas após a aplicação, medindose com régua milimetrada o maior diâmetro transverso da área de endurecimento palpável.

e) Um indivíduo que apresenta prova tuberculínica de 8mm é classificado como reator fraco, significando que este indivíduo foi vacinado com BCG ou infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras micobactérias.

COMENTÁRIOS:

Item A. **Incorreto.** Item desconexo.

Item B. **Incorreto**. No Brasil, a tuberculina utilizada é o PPD RT23, aplicada por via intradérmica, no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de **0,1ml**, equivalente a 2UT (Unidades de Tuberculina).

Item C. **Incorreto**. A solução da tuberculina deve ser conservada em temperatura entre 2ºC e 8ºC e não deve ser exposta a luz solar direta. A técnica de aplicação, de leitura e o material utilizado são padronizados pela OMS. Portanto, **não dever ser congelada** para não perder sua eficácia e características.

Item D. **Incorreto**. A aplicação e a leitura da prova tuberculínica devem ser realizadas por profissionais treinados. Ainda assim entre leitores experientes pode haver divergências.

A leitura deve ser realizada **48 a 72 horas** após a aplicação, podendo ser estendido para 96 horas, caso o paciente falte à leitura na data agendada.

O maior diâmetro transverso da área do endurado palpável deve ser medido com régua milimetrada transparente e o resultado, registrado em milímetros.

Item E. **Correto**. O resultado da PT deve ser registrado em milímetros. A classificação isolada da PT em: não reator, reator fraco e reator forte não está mais recomendada, pois a interpretação do teste e seus valores de corte podem variar de acordo com a população e o risco de adoecimento.

Todavia, as bancas ainda estão explorando essa classificação em provas recentes. Por isso, temos que compreendê-la.

De acordo com a regra antiga, no que se refere ao resultado da prova tuberculínica (PT), registrado em milímetros, temos a seguinte classificação:

0 a 4 mm - não reator	• indivíduo não infectado pelo *M. tuberculosis* ou com hipersensibilidade reduzida.
5 a 9 mm - reator fraco	• indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras microbactérias.
10 mm ou mais – Reator forte	• indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis*, que pode estar ou não doente, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos.

Portanto, um indivíduo que apresenta prova tuberculínica de 8mm é classificado como reator fraco, significando que este indivíduo foi vacinado com BCG ou infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras micobactérias.

Nessa tela, o gabarito da questão é a **letra E.**

61. (HU-UFPI/EBSERH/IADES/2013/RP) Assinale a alternativa que apresenta os medicamentos que devem ser ministrados no esquema básico I, indicado nos casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar.

a) Rifampicina, pirazinamida e etambutol.

b) Rifampicina, isoniazida e etambutol.

c) Rifampicina, isoniazida e pirazinamida.

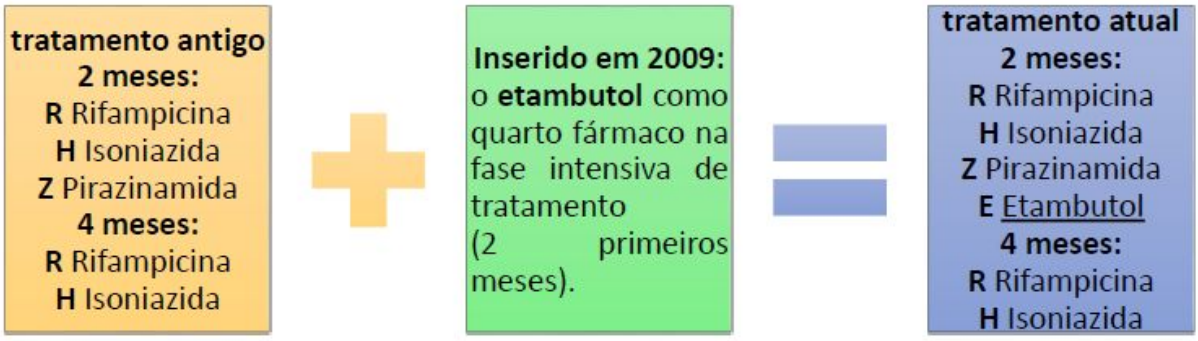
d) Rifampicina, etambutol e estreplomicina.

e) Pirazinamida e isoniazida.

COMENTÁRIOS:

Em 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, juntamente com o seu comitê técnico assessor, reviu o sistema de **tratamento** da **TB** no Brasil. Com base nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos antiTB, que mostrou aumento da resistência primaria a isoniazida (de 4,4% para 6,0%), **introduz** o **etambutol como quarto fármaco** na **fase intensiva** de **tratamento** (dois primeiros meses) do esquema básico.

Esquema Básico do Tratamento da Tuberculose:



A apresentação farmacológica da fase intensiva (dois primeiros meses) passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (**R** - Rifampicina, **H** - Isoniazida, **Z** - Pirazinamida, **E** - Etambutol), na seguinte dosagem: R 150mg, H 75mg, Z 400mg e E 275mg.

A segunda etapa do esquema básico do tratamento da tuberculose (4 meses) continua sendo composta de comprimidos de doses fixas pela administração da Rifampicina e Isoniazida (RH). Todavia, esses medicamentos passaram ser administrados **em associação** na seguinte dosagem: **R** 300mg e **H** 200mg **ou R** 150mg e **H** 100mg.

Atenção! Na fase intensiva de tratamento da doença (dois primeiros meses), o esquema básico é composto por apenas um comprimido com a associação dos 4 medicamentos na seguinte dosagem: R 150mg, H 75mg, Z 400mg e E 275mg.

Esquema Básico para o Tratamento da TB em Adultos e Adolescentes				
Regime	**Fármacos**	**Faixa de peso**	**Unidade/dose**	**Meses**
Fase intensiva 2 RHZE	**R** 150mg, **H** 75mg, **Z** 400mg e **E** 275mg comprimido em dose fixa combinada.	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36kg a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
Fase de manutenção 4 RH	**R** 300mg, **H** 200mg **ou** **R** 150mg, **H** 100mg.	20 a 35kg	1 comprimido ou cápsula **R** 300, **H** 200mg	4
		36kg a 50kg	1 comprimido ou cápsula **R** 300, **H** 200mg + 1 comprimido ou cápsulas **R** 150, **H** 100mg	
		> 50kg	2 comprimidos ou cápsulas **R** 300, **H** 200mg	

Vejamos alguns exemplos para fixarmos o assunto, que é recorrente em provas de

concurso:

Ex.: 1 - Um portador de TB com 30 Kg, maior de 10 anos, deve receber durante os primeiros dois meses, uma dose diária de **2** comprimidos da associação de RHZE. Após essa primeira etapa do tratamento, deverá receber, durante quatro meses, uma dose diária de **1** comprimido ou cápsula da associação de RH (**R** 300 e **H** 200mg).

Ex.: 2 - Um portador de TB com 40 Kg, maior de 10 anos, deve receber durante os primeiros dois meses, uma dose diária de **3** comprimidos da associação de RHZE. Após essa primeira etapa do tratamento, deverá receber, durante quatro meses, uma dose diária de **2** comprimidos ou cápsulas da associação de RH na seguinte proporção (**1** comprimido ou cápsula de **R** 300 e **H** 200mg + **1** comprimido ou cápsula de **R** 150 e **H** 100mg).

Ex.: 3 - Um portador de TB com 85 Kg, maior de 10 anos, deve receber durante os primeiros dois meses, uma dose diária de **4** comprimidos da associação de RHZE. Após essa primeira etapa do tratamento, deverá receber, durante quatro meses, uma dose diária de **2** comprimidos ou cápsulas da associação de RH na seguinte proporção (**2** comprimidos ou cápsulas de **R** 300 e **H** 200mg).

Essa recomendação e a apresentação farmacológica são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e utilizadas na maioria dos países, para adultos e adolescentes.

Mas, **o esquema básico de tratamento da tuberculose (2RHZ/4RH) é indicado para quais grupos?**

- Casos novos adultos e adolescentes (> 10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefalica), infectados ou não por HIV; e
- retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episodio) ou retorno após abandono com doença ativa em adultos e adolescentes (> 10 anos), exceto a forma meningoencefalica.

Gravem isso: Em todos os esquemas de tratamento da tuberculose, a medicação é deuso diário e deverá ser administrada

em uma única tomada.

Dito isto, vamos resolver a questão em tela. Fiquei muito decepcionado com o IADES, pois essa questão, apesar de ser de 2013, explora o tratamento da TB antigo (anterior a 2009).

O gabarito apontado pela banca foi a **letra C**. Todavia, as alternativas A e B também estão corretas, já que o etambutol foi inserido no esquema básico de tratamento da TB em 2009. Ademais, a letra E também não se encontra errada. O maior absurdo foi o fato dessa questão não ter sido anulada. Que vergonha, "senhor IADES"!

62. (Prefeitura de Campinas-SP/CAIPIMES/2013/RP) Considerando que a Tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, é correto afirmar:

a) O agravo atinge a todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15 a 54 anos) e do sexo masculino.

b) A prova tuberculínica quando positiva, isoladamente, indica a presença de infecção, sendo suficiente para o diagnóstico da Tuberculose doença.

c) Para adultos e adolescentes (> 10 anos de idade) recomenda-se a utilização de 3 fármacos na primeira fase, ou seja, Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida e 2 fármacos na segunda fase, ou seja, Rifampicina e Pirazinamida.

d) A Tuberculose é transmitida de pessoa a pessoa, principalmente, por meio do ar. Recomenda-se a adoção de precauções para transmissão por gotículas para o portador dessa doença.

COMENTÁRIOS:

Em relação à Tuberculose, vamos analisar os itens da questão:

Item A. **Correto**. O agravo atinge a todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15 a 54 anos) e do sexo masculino.

Item B. Incorreto. A prova tuberculínica quando positiva, isoladamente, indica a presença de infecção, **mas não** é suficiente para o diagnóstico da Tuberculose, já que muitas pessoas com prova tuberculínica positiva podem não desenvolver a doença.

Item C. Incorreto. Para adultos e adolescentes (> 10 anos de idade) recomenda-se a utilização de **4** fármacos na primeira fase (durante 2 meses), ou seja, Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e **Etambutol** e 2 fármacos na segunda fase (durante 2 meses), ou seja, Rifampicina e **Isoniazida (2RHZE/4RH)**.

Item D. Incorreto. A Tuberculose é transmitida de pessoa a pessoa, principalmente, por meio do ar. Recomenda-se a adoção de precauções para transmissão por **aerosóis** para o portador dessa doença.

Deste modo, o gabarito é a **letra A**.

63. (Prefeitura de São Caetano do SUL-SP/CAIPIMES/2011/RP) Leia o texto e as afirmativas abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que contém a resposta correta. “Na detecção de casos de tuberculose considera-se ideal: quanto maior o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de profissionais capacitados desenvolvendo ações de controle da tuberculose, mais abrangente será a busca, maior será a detecção de casos, mais rápido o início do tratamento e mais eficiente a supervisão do tratamento, o que favorece a cura e a quebra da cadeia de transmissão”. A busca ativa de casos deve ser feita principalmente entre:

I - Sintomas respiratórios, isto é, portadores de tosse com expectoração há pelo menos três semanas.

II - Usuários de drogas e moradores de rua.

III - Portadores que apresentam sintomatologia compatível com tuberculose: além da tosse com expectoração, febre matutina, ganho de peso, escarro sanguíneo e/ou dor abdominal.

IV - Imunodeprimidos por infecções, como o HIV.

V - Trabalhadores da área de saúde.

a) Apenas as afirmativas I e II estão corretas.

b) Apenas as afirmativas I, II, III e IV estão corretas.

c) Apenas a afirmativa III está incorreta.

d) Apenas as afirmativas I e V estão incorretas.

COMENTÁRIOS:

De acordo com o Ministério da Saúde, quanto maior o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de profissionais capacitados desenvolvendo ações de controle da tuberculose, mais abrangente será a busca, maior será a detecção de casos, mais rápido o início do tratamento e mais eficiente a supervisão do tratamento, o que favorece a cura e a quebra da cadeia de transmissão. A busca de casos deve ser feita principalmente entre:

- Sintomáticos respiratórios, isto é, portadores de tosse com expectoração há pelo menos três semanas.
- Portadores que apresentem sintomatologia compatível com tuberculose: além da tosse com expectoração, febre **vespertina**, suores noturnos, **perda** de **peso**, escarro sanguíneo (hemoptóico) e/ou dor **torácica**.
- Pacientes com história de tratamento anterior para tuberculose;
- Contatos de casos de tuberculose (pessoas parentes ou não que coabitam com um paciente de tuberculose);
- Populações de risco: pessoas privadas de liberdade, asilos, instituições psiquiátricas, abrigos;
- Portadores de doenças debilitantes (diabetes, neoplasias);
- Imunodeprimidos por uso de medicamentos;
- Imunodeprimidos por infecções, como o HIV;
- Usuários de drogas;
- Moradores de rua;
- Trabalhadores da área de saúde.

A partir do exposto, verificamos que apenas o item III está incorreto. É obvio que o portador de tuberculose apresenta **emagrecimento**, **febre vespertina** e **dor torácica.**

Assim, o gabarito é a **letra C**.

64. (Prefeitura de São Caetano do SUL-SP/CAIPIMES/2011/RP) Leia o texto e as afirmativas abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que contém a resposta correta.

“A infecção por Tuberculose pode ocorrer em qualquer idade, mas no Brasil, geralmente acontece na infância. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo da tuberculose se infectam, assim como nem todas as pessoas infectadas desenvolvem a doença”. A probabilidade de que a Tuberculose seja transmitida depende de alguns fatores:

I - O potencial de contágio do caso índice: o doente bacilífero, isto é, com baciloscopia direta positiva, é a principal fonte de infecção.

II - A concentração de bacilos no ar contaminado: determinada pelo tipo de ambiente em que a exposição ocorreu: ambientes abertos, escuros e com bastante ventilação.

III - Duração da exposição: o tempo que o doente e seus contatos respiram nesse ambiente.

IV - A suscetibilidade genética ou predisposição dos contatos.

a) Apenas as afirmativas I, III e V estão corretas.

b) As afirmativas I, II, III e IV estão corretas.

c) Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

d) Apenas as afirmativas II e IV estão corretas.

COMENTÁRIOS:

Meus amigos, as questões da CAIPIMES são bem previsíveis. Não há necessidade de vocês decorarem todo o assunto, pois a compreensão dos temas é suficiente para acertarmos as questões, utilizando sempre o critério da eliminação dos itens evidentemente falsos e o bom senso.

Não precisa ser nenhum especialista em vigilância em saúde para saber que **ambientes abertos** e **com bastante ventilação não são fatores predisponentes** para a **transmissão** de **tuberculose**. Pelo

contrário, esses fatores diminuem a quantidade de bacilo da TB no ambiente, reduzindo a transmissão da doença.

Na verdade, são fatores que aumentam a probabilidade da transmissão da tuberculose:

• O potencial de contágio do caso índice: o doente bacilífero, isto é, com baciloscopia direta positiva, é a principal fonte de infecção.

• A concentração de bacilos no ar contaminado: determinada pelo tipo de ambiente em que a exposição ocorreu: ambientes **fechados**, escuros e com **pouca** ventilação.

• Duração da exposição: o tempo que o doente e seus contatos respiram nesse ambiente.

• A suscetibilidade genética ou predisposição dos contatos.

De cara, eliminamos as alternativas B, C e D, pois o item II está incorreto. Logo, o gabarito da questão só pode ser a **letra A**.

HANSENÍASE

Passemos agora ao estudo a Hanseníase, que também é "queridinha" das bancas de concursos.

65. (Prefeitura de Estância Hidromineral de Poá-SP/VUNESP/2013/RP) Assinale a alternativa correta no que diz respeito à hanseníase.

a) A gravidez e o aleitamento contraindicam o tratamento poliquimioterápico (PQT) para a doença.

b) O paciente de hanseníase deverá ser agendado para a tomada da dose supervisionada a cada sete dias.

c) Entre os principais sinais e sintomas da doença pode ser citada a diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente em sobrancelhas.

d) Deve ser considerado como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos seis meses.

e) Os pacientes que não comparecerem à dose supervisionada por mais de 60 dias deverão ser visitados em seus domicílios para pesquisar e intervir nas possíveis causas de falta e orientálos

COMENTÁRIOS:

Item A. Incorreto. A gravidez e o aleitamento **não** contraindicam o tratamento poliquimioterápico (PQT) para a hanseníase.

Item B. Incorreto. O paciente de hanseníase deverá ser agendado para a tomada da dose supervisionada a cada **30** dias.

Item C. Correto. Entre os principais sinais e sintomas da doença pode ser citada a **diminuição ou queda** de **pelos**, localizada ou difusa, especialmente em sobrancelhas.

Item D. Incorreto. A investigação epidemiológica de contato tem por finalidade a descoberta de casos entre os contatos intradomiciliares.

Para fins operacionais considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos **cinco anos**, e não seis meses.

A investigação consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos detectados. Deverá ser feita a orientação quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas precoces da hanseníase. Deve-se ter especial atenção na investigação dos contatos de menores de 15 anos, já que esta situação de adoecimento mostra que há transmissão recente e ativa que deve ser controlada.

Após a avaliação, se o contato for considerado indene (não doente), avaliar cicatriz vacinal de BCG e seguir a recomendação às novas condutas preconizadas, que não mais deve fazer aprazamento do contato para a segunda dose.

Avaliação da cicatriz vacinal de BCG em contato intradomiciliar	Orientação
Sem cicatriz de BCG	Prescrever uma dose de BCG ID
Com uma cicatriz de BCG	Prescrever uma dose de BCG ID
Com duas cicatrizes de BCG	Não prescrever nenhuma dose de BCG

Item E. Incorreto. Em relação ao seguimento dos portadores de hanseníase, os pacientes devem ser agendados de rotina a cada 28 dias para receberem, além das orientações e avaliações, a administração da dose supervisionada e nova cartela com os medicamentos para doses auto-administradas no domicilio. Nessa consulta, deve-se orientar o paciente sobre a importância do exame dos contatos; convocá-los, agendá-los e proceder conforme disposições da investigação de contatos intra-domiciliares.

Os procedimentos devem ser registrados em prontuários e formulários específicos. No ato do comparecimento à unidade de saúde para receber a medicação específica preconizada, supervisionada, o paciente deve ser submetido à revisão sistemática por médico e ou enfermeiro responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico, objetivando identificação de estados reacionais, efeitos colaterais ou adversos aos medicamentos em uso e surgimento de dano neural.

Os pacientes que não comparecerem à dose supervisionada por mais de **30** dias deverão ser visitados em seus domicílios para pesquisar e intervir nas possíveis causas de falta e orientá-los.

Nessa tela, o gabarito da questão é a **letra C**.

66. (Prefeitura do Rio-RJ/2013/IABAS-BIORIO/RP) O exame neurológico na hanseníase é de extrema importância e compreende inspeção, palpação/percussão, avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos. A partir dele, podemos classificar o grau de incapacidade física. O exame deve ser feito na sequência crânio-caudal, isso ajuda o profissional a sistematizar uma rotina de exame e registro. Sobre esse exame neurológico avalie as afirmativas a seguir:

I. Os principais troncos nervosos periféricos acometidos na hanseníase são: Face – Trigêmeo e Facial: podem causar alterações na face, nos olhos e no nariz; Radial, e Mediano: podem causar alterações nos braços e nas mãos; Ulnar e Tibial: podem causar alterações nas pernas e nos pés.

II. A avaliação neurológica deverá ser realizada: no inicio do tratamento; mensalmente, quando possível, ou no mínimo de seis em seis meses; com maior frequência durante neurites e reações, ou quando houver suspeita dessas, durante ou após o tratamento; na apresentação de queixas; no ato da alta.

III. A avaliação neurológica inclui: história; ocupação e a Atividades diárias; queixas do paciente; inspeção; palpação dos nervos; teste de força muscular; teste de sensibilidade.

Está correto o que se afirma em:

a) I, apenas;

b) I e II, apenas;

c) I e III, apenas;

d) II e III, apenas;

e) I, II e III.

COMENTÁRIOS:

Vamos analisar cada item para melhor entendimento da questão:

Item I. Incorreto. Os principais troncos nervosos periféricos acometidos na hanseníase

são:

- **Face** – Trigêmeo e Facial: podem causar alterações na face, nos olhos e no nariz.
- **Braços** – Radial, **Ulnar** e Mediano: podem causar alterações nos braços e nas mãos.
- **Pernas** – **Fibular** e Tibial: podem causar alterações nas pernas e nos pés.

Vejam que o nervo ulnar está relacionado às alterações nos braços e nas mãos, e não nas pernas e nos pés.

Item II. Correto. A avaliação neurológica deverá ser realizada:

- No inicio do tratamento;
- Mensalmente, quando possível, ou no mínimo de seis em seis meses;
- Com maior frequência durante neurites e reações, ou quando houver suspeita destas, durante ou após o tratamento;
- Na apresentação de queixas;
- No ato da alta;

Item III. Correto. A avaliação neurológica inclui:

- História;
- Ocupação e atividades diárias;
- Queixas do paciente;
- Inspeção;
- Palpação dos nervos;
- Teste de força muscular;
- Teste de sensibilidade.

Nesses termos, o gabarito é a **letra D**.

67. (Prefeitura do Rio-RJ/2013/IABAS-BIORIO/RP) Assinale a alternativa que relaciona de maneira correta a Classificação do Grau de Incapacidade da hanseníase.

a) Grau 2 - Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos;

b) Grau 2 - Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés (não sente 2g ou toque da caneta);

c) Grau 2 - Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m;

d) Grau 1 - Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída.

e) Grau 1 - Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

COMENTÁRIOS:

Vamos ver quais são os graus de incapacidade da hanseníase:

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos **olhos**. Diminuição ou perda da sensibilidade nas **mãos** e/ou **pés**. (não sente 2g ou toque da caneta)
2	**Olhos:** lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m. **Mãos:** lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. **Pés:** lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Isto posto, vamos resolver a questão:

Item A. Incorreto. Grau **1** - Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos;

Item B. Incorreto. Grau **1** - Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés (não sente 2g ou toque da caneta);

Item C. Correto. Grau 2 - Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não

conta dedos a 6m;

Item D. Incorreto. Grau **2** - Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída.

Item E. Incorreto. Grau **2** - Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

O gabarito, portanto, é a **letra C**.

68. (HU-UFPI/EBSERH/IADES/2013/RP) As formas de manifestação clínica da hanseníase são quatro: indeterminada, tuberculoide, virchowiana e dimorfa. Assinale a alternativa que caracteriza corretamente a forma virchowiana da doença.

a) Caracteriza-se clinicamente por manchas esbranquiçadas na pele (manchas hipocrônicas), únicas ou múltiplas, de limites imprecisos e com alteração de sensibilidade.

b) Caracteriza-se clinicamente pela disseminação de lesões de pele, que podem ser eritematosas, infiltrativas, de limites imprecisos, brilhantes e de distribuição simétrica.

c) Caracteriza-se clinicamente por lesões em placa na pele, com bordas bem delimitadas, eritematosas, ou por manchas hipocrômicas nítidas, bem definida.

d) Clinicamente oscila entre as manifestações da forma tuberculoide e as da forma indeterminada. Pode apresentar lesões de pele, bem delimitadas, com pouco ou nenhum bacilo, e lesões infiltrativas mal delimitadas, com muitos bacilos.

e) Caracteriza-se por lesões bem delimitadas hipercoradas, geralmente localizadas nas extremidades.

COMENTÁRIOS:

Vamos estudar no quadro abaixo as 4 formas de manifestação clínica da hanseníase, conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, 7ª edição:

Classificação das Formas Clínicas da Hanseníase			
Formas clínicas	**Características**	**Baciloscópicas**	**Classificação operacionalvigente para a rede pública**
Indeterminada (HI)	**Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemohipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pêlos.**	**Negativa**	**Paucibacilar (PB)**
Tuberculóide (HT)	**Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, até 5 lesões de pele bem delimitadas, hipo ou anestésicas, podendo ocorrer comprometimento de nervos.**	**Negativa**	
Dimorfa (HD)	**Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade.**	**Positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou negativa.**	**Multibacilar (MB) mais de 5 lesões**
Virchowiana (HV)	**Eritema e infiltração difusos, placas eritematosas de pele, infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade.**	**Positiva (bacilos abundantes e globias).**	

Passemos agora par análise das alternativas:

Item A. Forma indeterminada – caracteriza-se clinicamente por manchas esbranquiçadas na pele (manchas hipocrônicas), únicas ou múltiplas, de limites imprecisos e com alteração de sensibilidade. Pode ocorrer alteração apenas da sensibilidade térmica com preservação das sensibilidades dolorosa e tátil. Não há comprometimento de troncos nervosos e, por isso, não ocorrem alterações motoras ou sensitivas que possam causar incapacidades. A baciloscopia de raspado intradérmico é quase sempre negativa.

Item B. Forma virchoviana – caracteriza-se clinicamente pela disseminação de lesões de pele que podem ser eritematosas, **infiltrativas**, de limites imprecisos, brilhantes e de **distribuição simétrica**. Nos locais em que a infiltração for mais acentuada **podem** se **formar pápulas**, **tubérculos**, **nódulos** e **placas** chamadas genericamente de hansenomas. **Pode haver infiltração difusa** da face e de pavilhões auriculares com perda de cílios e

supercílios. **Esta forma constitui** uma **doença sistêmica** com **manifestações viscerais** importantes, especialmente nos episódios reacionais, onde olhos, testículos e rins, entre outras estruturas, podem ser afetados. Existem alterações de sensibilidade das lesões de pele e acometimento dos troncos nervosos, porém, não tão precoces e marcantes como na forma tuberculóide. A baciloscopia de raspado intradérmico é positiva com grande número de bacilos.

Item C. Forma tuberculóide – caracteriza-se clinicamente por lesões em placa na pele, com bordas bem delimitadas, eritematosas, ou por manchas hipocrômicas nítidas, bem definidas. Apresenta queda de pelos e alteração das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil. As lesões de pele apresentam-se em número reduzido, podendo, também ocorrer cura espontânea.

O comprometimento de troncos nervosos ocorre, geralmente, de forma assimétrica, sendo, algumas vezes, a única manifestação clínica da doença. A baciloscopia de raspado intradérmico é negativa.

Item D. Forma dimorfa - clinicamente oscila entre as manifestações da forma tuberculóide e as da forma virchoviana. Pode apresentar lesões de pele, bem delimitadas, com pouco ou nenhum bacilo, e lesões infiltrativas mal delimitadas, com muitos bacilos. Uma mesma lesão pode apresentar borda interna nítida e externa difusa. O comprometimento neurológico troncular e os episódios reacionais são frequentes, podendo esses pacientes desenvolver incapacidades e deformidades físicas. A baciloscopia de raspado intradérmico pode ser positiva ou negativa.

Item E. Não descreveu uma forma clínica da hanseníase.

A partir do exposto, o gabarito é a **letra B.**

69. (ILSL-BAURU-SP/IBFC/2012/RP) Geralmente a Hanseníase manifesta-se por meio de lesões de pele com diminuição ou ausência de sensibilidade ou lesões dormentes, em decorrência do acometimento dos ramos periféricos cutâneos. Correlacione as

lesões com as respectivas características, enumerando-as de cima para baixo, e a seguir assinale a sequência correta:

(1) Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas

(2) Pápulas Infiltrações

(3) Tubérculos

(4) Nódulos
( ) alteração na espessura da pele, de forma difusa.
( ) alteração na cor da pele, sem relevo.
( ) lesão sólida, elevada (caroços externos).
( ) lesão sólida, com elevação superficial e circunscrita.
( ) lesão sólida, mais palpável que visível (caroços internos).

a) 1,2,3,4,5.

b) 1,2,5,4,3.

c) 4,1,5,2,3.

d) 3,1,4,2,5.

COMENTÁRIOS:

Vamos fazer as devidas associações:

3 - **Infiltrações** - alteração na espessura da pele, de forma difusa.

1 - **Manchas** esbranquiçadas ou avermelhadas - alteração na cor da pele, sem relevo.

4 - **Tubérculos** - lesão sólida, elevada (caroços externos).

2 - **Pápulas** - lesão sólida, com elevação superficial e circunscrita.

5 - **Nódulos** - lesão sólida, mais palpável que visível (caroços internos).

Para visualização de imagens dessas lesões e aprofundamento do assunto, acessem o Caderno de Atenção Básica nº 21 – Vigilância em Saúde.

Nesses termos, o gabarito da questão é a **letra D**.

70. (HU-UNB-DF/IBFC/2013/RP) A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos. Considerando os sinais e sintomas dermatológicos mais comuns e suas características, correlacione as colunas, enumerando-as de cima para baixo, e a seguir assinale a alternativa correta.

(1) Mancha pigmentar ou discrômica.

(2) Placa

(3) Infiltração

(4) Nódulo

( ) aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se às vezes, de eritema discreto. Pela vitropressão, surge fundo de cor café com leite.
( ) lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho. É processo
patológico que localiza-se na epiderme, derme e/ou hipoderme. Pode ser lesão mais palpável que visível.
( ) é lesão que se estende em superfície por vários centímetros. Pode ser individual ou constituir aglomerado de lesões.

( ) resulta da ausência, diminuição, ou aumento de melanina ou depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele.

a) 3, 4, 2, 1.

b) 1, 2, 3, 4.

c) 4, 3, 2, 1.

d) 1, 2, 4, 3.

COMENTÁRIOS:

Vamos fazer as devidas associações:

3 - **Infiltração** - aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se às vezes, de eritema discreto. Pela vitropressão, surge fundo de cor café com leite;

4 - **Nódulo** - lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho. É processo patológico que localiza-se na epiderme, derme e/ou hipoderme. **Pode** ser **lesão mais palpável que visível**;

2 - **Placa** - é lesão que se estende em superfície por vários centímetros. Pode ser individual ou constituir aglomerado de lesões;

1 - **Mancha pigmentar ou discrômica** - resulta da ausência, diminuição, ou aumento de melanina ou depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele.

Meus amigos, esse tipo de questão é resolvido mais facilmente por eliminação. Vejam que a letra A é única em que o item 4 (nódulo) está na segunda coluna.

Nesses termos, o gabarito da questão é a **letra A**.

71. (Prefeitura de São Caetano do SUL-SP/CAIPIMES/2011/RP) A Hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública, pois tem alto poder incapacitante. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa e seu poder imunogênico. Sobre a classificação da doença Hanseníase é correto afirmar que:

a) Multibacilar (MB) – é quando o paciente apresenta menos de 5 lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso acometido.

b) Paucibacilar (PB) – é quando o paciente apresenta mais de 5 lesões de pele e dois troncos nervosos acometidos.

c) Paucibacilar (PB) – é quando o paciente apresenta menos de 5 lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso acometido.

d) Multibacilar (MB) – é quando o paciente apresenta mais de 15 lesões de pele e apenas um tronco nervoso acometido.

COMENTÁRIOS:

De acordo com o Ministério da Saúde, visando o tratamento com o esquema PQT/OMS (poliquimioterapia), a classificação operacional do caso de hanseníase é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

- Paucibacilar (PB) – casos com até 5 lesões de pele;
- Multibacilar (MB) – casos com mais de 5 lesões de pele.

Antigamente, a classificação proposta pelo Ministério da Saúde era a seguinte:

- **Paucibacilares (PB):** casos com até 5 lesões de pele e **ou apenas** um **tronco nervoso acometido**;
- **Multibacilares (MB):** casos com mais de 5 lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido.

Independentemente da classificação, a única alternativa correta é a **letra C**.

72. (Prefeitura de Paulista-PE/IPAD/2013/RP) Sobre Hanseníase, é incorreto afirmar:

a) Doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae;*

b) O Reservatório é o homem, reconhecido como única fonte de infecção, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados;

c) O bacilo causador tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade);

d) O principal modo de transmissão se dá pela via aérea superior, sendo o trato respiratório a mais provável via de entrada do *M.*

leprae no corpo;

e) O Ministério da Saúde recomenda o tratamento à base de Rifampicina e Cloroquina;

COMENTÁRIOS:

O **tratamento** da **hanseníase** é a Poliquimioterapia (PQT/OMS), sendo constituída por **rifampicina**, **dapsona** e **clofazimina** acondicionados em quatro (quatro) tipos de cartelas, com a composição de acordo com a classificação operacional de cada caso: Paucibacilar Adulto, Paucibacilar Infantil, Multibacilar Adulto e Multibacilar Infantil.

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados de acordo com a classificação operacional.

Esquema terapêutico para casos PAUCIBACILARES: 6 cartelas	
Adulto	• Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada na unidade de saúde; • Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada na unidade de saúde e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	• Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada; • Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.
Duração: 6 doses. **Seguimento dos casos:** comparecimento mensal na unidade de saúde para dose supervisionada. **Critério de alta:** o tratamento estará concluído com 6 doses supervisionadas em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.	

Passemos agora para o esquema terapêutico dos casos MULTIBACILARES (12 cartelas).

Esquema terapêutico para casos MULTIBACILARES: 12 cartelas	
Adulto	• Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada na unidade de saúde; • Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada na unidade de saúde e dose diária de 100 mg autoadministrada; • Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada na unidade de saúde e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.
Criança	• Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada na unidade de saúde; • Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada na unidade de saúde e dose diária de 50 mg autoadministrada. • Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada na unidade de saúde e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Duração: 12 doses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com 12 doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso.

Dito isto, verificamos claramente que o gabarito da questão é a **letra E**.

73. (Prefeitura de Cachoeirinha-RS/Fundatec/2011/RP) Em relação à prevenção de incapacidades e reabilitação da Hanseníase, uma das formas de medir a presença de sensibilidade cutânea é a prática do teste de avaliação de sensibilidade com estensiômetro, usando os monofilamentos de nylon, registrando o resultado e colorindo os pontos específicos com a cor correspondente ao primeiro monofilamento que o paciente sentir. Quando se utiliza o fio 4,0 g, que corresponde à perda da sensibilidade protetora na mão e, às vezes, no pé, bem como à

perda da discriminação de textura e da capacidade de discriminar formas e temperatura, a cor utilizada é:

a) Vermelho circular.

b) Verde.

c) Violeta.

d) Vermelho fechado.

e) Preto.

COMENTÁRIOS:

Essa questão da Fundatec evidencia como a maioria das bancas da área da saúde exploram questões decorebas. Tenho certeza que você não esquecerá jamais esse assunto, pois aprenderá a partir da resolução de questão (isso ativa a área cerebral da atenção). A fixação será maior do que a simples leitura do assunto no manual do Ministério da Saúde.

A técnica de avaliação da sensibilidade com estesiômetro é feita da seguinte forma:

- Antes de iniciar o teste, retire os monofilamentos do tubo e encaixe-os cuidadosamente no furo lateral do cabo. Disponha-os em ordem crescente do mais fino para o mais grosso;
- Segure o cabo do instrumento de modo que o filamento de nylon fique perpendicular à superfície da pele, a uma distância de aproximadamente dois cm. A pressão na pele deve ser feita até obter a curvatura do filamento sem permitir que o mesmo deslize sobre a pele (figura);
- O teste começa com o monofilamento mais fino - 0,05g (verde). Se o paciente não sente o monofilamento, utilize o 0,2g (azul) e assim sucessivamente;
- Aplique os filamentos de 0,05g (verde) e 0,2 (azul) com três toques seguidos sobre a pele testada; nos demais monofilamentos, teste somente com um toque;
- Repita o teste, em caso de dúvida;
- Aplique o teste nos pontos específicos correspondentes aos nervos da mão e do pé.

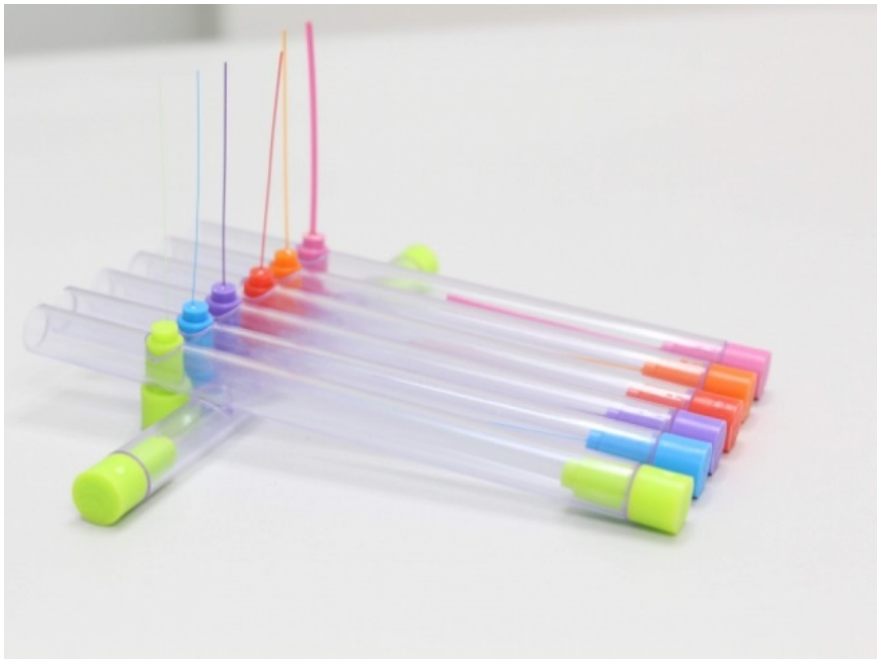


Figura 1 - Conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein

Vamos apresentar no quadro abaixo as características do uso do monofilamento na avaliação da sensibilidade:

Legenda	Cada filamento corresponde a um nível funcional representado por uma cor.	
Verde	●	0,05g - sensibilidade normal na mão e no pé
Azul	●	0,2g - sensibilidade diminuída na mão e normal no pé Dificuldade para discriminar textura (tato leve)
Violeta	●	2,0g - sensibilidade protetora diminuída na mão Incapacidade de discriminar textura Dificuldade para discriminar formas e temperatura
Vermelho (fechado)	●	4,0g - perda da sensibilidade protetora da mão e às vezes no pé Perda da discriminação de textura Incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (marcar com x)	⊗	10g - perda da sensibilidade protetora no pé Perda da discriminação de textura Incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (circular)	○	300g - permanece apenas a sensação de pressão profunda na mão e no pé
Preto	●	sem resposta. Perda da sensação de pressão profunda na mão e no pé

Conforme classificação da tabela acima, verificamos que o gabarito da questão só pode ser a **letra D**.

74. (Prefeitura de Cuiabá – MT/ FUNCAB /2013/JM) A tuberculose é uma doença transmitida de pessoa a pessoa, principalmente, através do ar. A fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente de tuberculose pulmonar bacilífera lançam no ar gotículas, de tamanhos variados, contendo no seu interior o bacilo. Após a infecção pelo, o período de incubação da doença transcorre, em média, de:

A) 4 a 12 semanas.

B) 3 a 7 semanas.

C) 6 meses após a infecção inicial.

D) 3 a 6 semanas.

E) 11 meses após a detecção de lesões primárias.

COMENTÁRIOS5:

A **tuberculose** é causada pelo ***M. tuberculosis***, também conhecido como bacilo de Koch (BK). O principal reservatório da doença é o homem. A transmissão se dá de pessoa a pessoa, principalmente através do ar. Após a infecção pelo M. tuberculosis, transcorrem em media, **4 a 12 semanas** (período de incubação) para detecção das lesões primarias.

A transmissibilidade se dá enquanto o doente estiver eliminando bacilos e não houver iniciado o tratamento. O tratamento da tuberculose deve ser feito em regime ambulatorial, supervisionado, no serviço de saúde mais próximo a residência do doente. As principais drogas utilizadas são: **Isoniazida (H)**, **Rifampicina (R)**, **Pirazinamida (Z)** e **Etambutol (E)**.

Esquema básico de tratamento do adulto.

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE **Fase intensiva**	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos	2
4RH **Fase de manutenção**	RH 300/200 ou 150/100 cápsula	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	1 cápsula 300/200 1 cáps 300/200 + 1 cáp 150/ 100 2 cápsulas 300/200	4

Esquema para tratamento de tuberculose meningoencefálica para adultos e adolescentes (a partir de 10 anos de idade).

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE **Fase intensiva**	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos	2
7RH **Fase de manutenção**	RH 300/200 ou 150/100 cápsula	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	1 cápsula 300/200 1 cáps 300/200 + 1 cáp 150/100 2 cápsulas 300/200	7

Gabarito letra **A**.

DENGUE

Meus amigos, vamos tratar agora de outro tema muito prevalente nas provas de enfermagem.

75. (UFRJ-RJ/2013/RP) Assinale a alternativa que apresenta apenas os sinais de alarme do quadro clínico da dengue:

a) dor abdominal intensa e contínua; vômitos persistentes; diminuição da diurese; cefaleia.

b) hipotensão postural e/ou lipotímia; hepatomegalia dolorosa; exantema.

c) sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena); dor retroorbitária.

d) aumento repentino do hematócrito; queda abrupta de plaquetas; desconforto respiratório, diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia.

e) prostração, mialgias, artralgias, sonolência e/ou irritabilidade.

COMENTÁRIOS:

A infecção pelo vírus da dengue causa uma doença de amplo espectro clínico, incluindo desde formas oligossintomaticas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito.

Na **apresentação clássica** (dengue clássica), a primeira manifestação é a febre, geralmente alta (39ºC a 40ºC), de início abrupto, associada à **cefaléia**, adinamia, mialgias, artralgias, dor retro-orbitária (dor ao redor dos olhos). O **exantema** clássico, presente em 50% dos casos, e predominantemente do tipo máculo-papular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva, não poupando plantas de pés e mãos, podendo apresentar-se sob outras formas com ou sem prurido, frequentemente no desaparecimento da febre.

Anorexia, náuseas e vômitos podem estar presentes. Segundo Brito (2007), a diarreia, presente em 48% dos casos, habitualmente não e volumosa, cursando apenas com fezes pastosas numa frequência

de três a quatro evacuações por dia, o que facilita o diagnóstico diferencial com gastroenterites de outras causas.

Para compreensão geral do assunto, vejamos abaixo as diferenças entre Dengue clássico (DC), Febre hemorrágica da dengue (FHD) e Síndrome do choque da dengue (SCD):

Dengue clássico (DC): a febre é o primeiro sintoma, sendo geralmente alta (39º a 40°C), com início abrupto, associada à cefaléia, prostação, mialgia, artralgia, dor retroorbitária, exantema maculo papular e acompanhado ou não de prurido. Também pode haver quadros diarréicos, vômitos, náuseas e anorexia. A doença tem duração média de 5 a 7 dias; o período de convalescença pode se estender de poucos dias a várias semanas, dependendo do grau de debilidade física causada pela doença.

Febre hemorrágica da dengue (FHD): os sintomas iniciais da FHD são semelhantes aos do DC, até o momento em que ocorre a defervescência da febre, o que ocorre geralmente entre o 3° e o 7° dias de evolução da doença, com posterior agravamento do quadro, aparecimento de manifestações hemorrágicas espontâneas ou provocadas, trombocitopenia (plaquetas <100.000/mm3) e perda de plasma.

Síndrome do choque da dengue (SCD): nos casos graves de FHD, o choque ocorre geralmente entre o 3° e o 7° dias de doença, frequentemente precedido por dor abdominal. O choque ocorre devido ao aumento da permeabilidade vascular, seguida de hemoconcentração e falência circulatória. A sua duração é curta e pode levar a óbito em 12 a 24 horas ou à recuperação rápida frente terapia antichoque oportuna e apropriada. Caracteriza-se essa síndrome por pulso rápido e fraco, com diminuição da pressão de pulso e arterial, extremidades frias, pele pegajosa e agitação.

De acordo com o Ministério da Saúde, são **sinais de alarme** na dengue:

a) dor abdominal intensa e contínua;

b) vômitos persistentes;

c) hipotensão postural e/ou lipotímia;

d) hepatomegalia dolorosa;

e) sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou

melena);

f) sonolência e/ou irritabilidade;

g) diminuição da diurese;

h) diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia;

i) aumento repentino do hematócrito;

j) queda abrupta de plaquetas;

k) desconforto respiratório.

Vamos às alternativas. Representam sinais de alarme para DENGUE:

Item A. **Incorreto**. Dor abdominal intensa e contínua; vômitos persistentes; diminuição da diurese, **exceto** a **cefaleia** que é um sinal clássico da doença.

Item B. Incorreto. Hipotensão postural e/ou lipotímia; hepatomegalia dolorosa; **exceto** o **exantema** que é um sinal clássico da doença.

Item C. Incorreto. Sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena); **exceto** a **dor retroorbitária** que é um sinal clássico da doença.

Item D. Correto. Aumento repentino do hematócrito; queda abrupta de plaquetas; desconforto respiratório, diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia.

Item E. Incorreto. Sonolência e/ou irritabilidade, **exceto** a prostração, mialgias, artralgias que são sinais clássicos da doença.

Deste modo, o gabarito é **letra D**.

76. (Prefeitura de Indaiatuba-SP/IBC/2013/RP) São casos suspeitos de DENGUE: Todo paciente que apresente doença febril aguda com duração de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sintomas, como cefaléia, dor retroorbitária, mialgias, artralgias, prostração ou exantema, associados ou não à presença de hemorragias. Além de ter estado, nos últimos 15 dias, em área

onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de Aedes aegypti. A presença de sinais de alarme, relacionados a seguir, indica a possibilidade de gravidade do quadro clínico e de evolução para dengue hemorrágica e/ou síndrome do choque da dengue. Assinale a alternativa que representa sinais de alarme para DENGUE:

a) dor abdominal intensa e contínua e hipertensão postural

b) hepatomegalia dolorosa e insônia

c) aumento expressivo da diurese e hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena)

d) diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia e desconforto respiratório

COMENTÁRIOS:

Meus amigos, percebam como essa questão é querida pelas bancas. De acordo com o Ministério da Saúde, são sinais de alarme na dengue:

a) dor abdominal intensa e contínua;

b) vômitos persistentes;

c) hipotensão postural e/ou lipotímia;

d) hepatomegalia dolorosa;

e) sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena); f) sonolência e/ou irritabilidade;

g) diminuição da diurese;

h) diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia;

i) aumento repentino do hematócrito;

j) queda abrupta de plaquetas;

k) desconforto respiratório.

Vamos às assertivas. Representam sinais de alarme para DENGUE:

Item A. Incorreto. Dor abdominal intensa e contínua e **hipotensão** (hipertensão) postural. No choque, temos a hipotensão, e não a hipertensão.

Item B. Incorreto. Hepatomegalia dolorosa e **sonolência** (insônia).

Item C. Incorreto. Diminuição (aumento expressivo) da diurese e hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena).

Item D. Correto. Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia e desconforto respiratório.

Verificamos claramente que o gabarito é a **letra D**.

77. (Prefeitura de Indaiatuba-SP/IBC/2013/RP) Em relação a DENGUE: Cabe ao profissional de enfermagem coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente. Esses dados são necessários para o planejamento e a execução dos serviços de assistência de enfermagem. No roteiro de atendimento começando pelo histórico de enfermagem, alguns aspectos precisam ser observados, entre eles estão:

I - Verificar pressão arterial, pulso, enchimento capilar, frequência respiratória, temperatura.

II - No segmento abdominal: pesquisar dor, hepatomegalia, ascite, timpanismo, macicez.

III - Questionar e anotar no prontuário a data do início dos sintomas.

a) I, II e II estão corretas

b) II e III estão corretas

c) I e III estão corretas

d) I e II estão corretas

COMENTÁRIOS:

As ações descritas estão de acordo diretrizes do Ministério da Saúde. São evidentemente corretas. Logo, o gabarito é a **letra A**.

78. (Prefeitura de Paulista-PE/IPAD/2013/RP) Faz parte do atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de dengue. Assinale (V) para as afirmativas Verdadeiras e (F) para as alternativas Falsas. E em seguida, assinale a alternativa com a sequência correta:

( ) Verificar pressão arterial, pulso, enchimento capilar, frequência respiratória e temperatura;

( ) Pesquisar sinais de alarme (dor abdominal, vômitos persistentes, Hipotensão postural e/ou lipotímia e hepatomegalia dolorosa);

( ) Realizar medidas antropométricas (peso, altura, índice de massa corporal (IMC).

( ) Realizar prova do laço na ausência de manifestações hemorrágicas

( ) Realizar a notificação e investigação do caso;

a) V – V – V – V –V

b) F – F – F – F – F

c) V – F – F – F – V

d) V – F – V– F – V

e) F – V – V – V – F

COMENTÁRIOS:

Essa questão é clara e direta. Todos os itens estão corretos e o gabarito é a **letra A**.

79. (IBC-RJ/AOCP/2013/RP) Sobre a Dengue, é correto afirmar que

a) o macho do Aedes aegypti costuma picar as pessoas durante a noite, para viabilizar a maturação dos ovos.

b) uma das formas de transmissão é pelo contato de um doente ou suas secreções com uma pessoa sadia.

c) a transmissão do ser humano para o mosquito ocorre enquanto houver presença de vírus no sangue do ser humano, chamado período de viremia.

d) o período de transmissibilidade da doença compreende dois ciclos: um extrínseco, que ocorre no ser humano, e outro intrínseco, que ocorre no vetor.

e) a dengue é uma doença benigna que não evolui para quadros mais graves, por isso o tratamento é sintomático com analgésicos e antitérmicos.

COMENTÁRIOS:

Para melhor compreensão do assunto, vamos analisar cada assertiva:

Item A. **Incorreto**. A **fêmea**, e não o macho, do *Aedes aegypti* costuma picar as pessoas durante o **dia**, para viabilizar a maturação dos ovos.

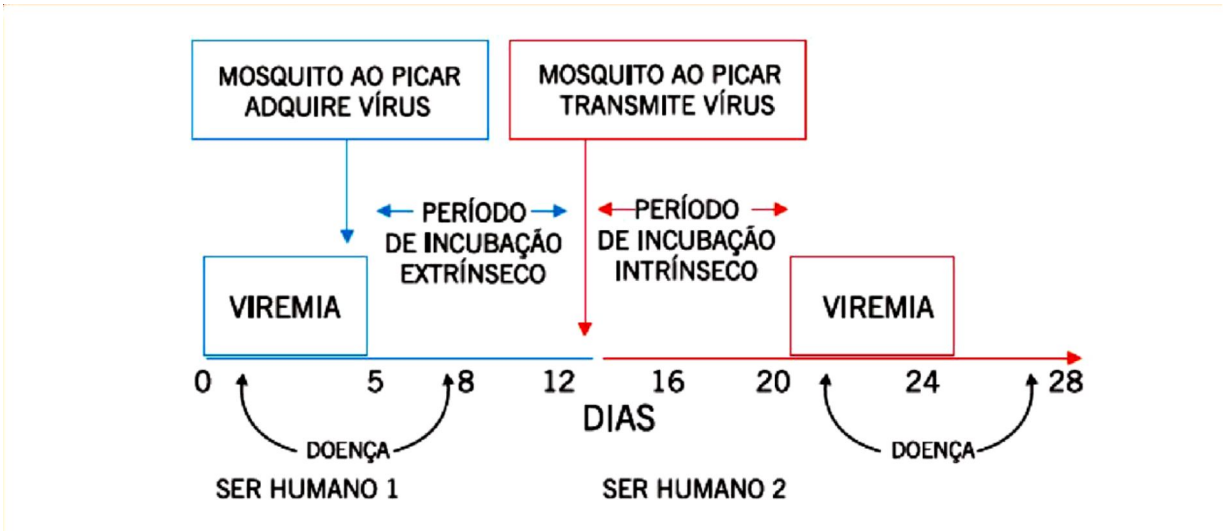
Item B. **Incorreto**. **Não** há **transmissão** pelo contato de um doente ou suas secreções com uma pessoa sadia, nem em fontes de água ou alimento.

Item C. **Correto**. O período de transmissibilidade da doença compreende dois ciclos: um intrínseco, que ocorre no ser humano, e outro extrínseco, que ocorre no vetor.

A transmissão do ser humano para o mosquito ocorre enquanto houver presença de vírus no sangue do ser humano, chamado período de viremia.

O homem está apto a infectar o mosquito a partir de 1º dia antes do aparecimento dos sintomas até o 6º dia da doença.

Vejam, no esquema abaixo, o modo de transmissão da dengue:



Portanto, é correto afirmar que a transmissão do ser humano para o mosquito ocorre enquanto houver presença de vírus no sangue do ser humano, chamado período de viremia.

Item D. Incorreto. O período de transmissibilidade da doença compreende dois ciclos: um **intrínseco**, que ocorre no **ser humano**, e outro **extrínseco**, que ocorre **no vetor (***Aedes aegypti***)**.

- **Intrínseco ->** ocorre no **ser humano;**
- **Extrínseco ->** ocorre **no vetor (***Aedes aegypti***)**.

Item E. Incorreto. A dengue é uma doença que **pode** evoluir para quadros mais graves (febre hemorrágica da dengue e síndrome do choque da dengue), sendo fatal em boa parte deles.

Nesses termos, o gabarito é a **letra C**.

80. (IF-GO/UFG/201/RP) A síndrome do choque da dengue (SCD) caracteriza-se por sinais de insuficiência circulatória evidenciada por:

a) aumento da pressão de pulso, confusão e agitação.

b) perfusão capilar prolongada (> 2 seg), pele fria, úmida e mosqueada.

c) bradipneia, oligúria e sonolência.

d) hipertermia, frequência respiratória maior que 40 rpm e torpor.

COMENTÁRIOS:

Síndrome do choque da dengue (SCD): nos **casos graves** de febre hemorrágica da dengue (**FHD**, o choque ocorre geralmente entre o 3° e o 7° dias de doença, **frequentemente precedido** por **dor abdominal**. O **choque ocorre** devido ao **aumento** da **permeabilidade vascular (**extravasamento de plasma dos vasos sanguíneos**)**, **seguida** de **hemoconcentração** (aumento do hematócrito) e **falência circulatória**. A sua duração é curta e pode levar a óbito em 12 a 24 horas ou à recuperação rápida frente terapia antichoque oportuna e apropriada.

Caracteriza-se essa síndrome por **pulso rápido** e **fraco**, com **diminuição** da **pressão** de **pulso** e **arterial**, **extremidades frias**, pele **pegajosa** e **agitação**.

A SCD caracteriza-se por sinais de insuficiência circulatória demonstrada por:

- pulso rápido e fraco;

- diminuição da pressão de pulso (menor ou igual a 20 mmHg) ou hipotensão para a idade;
- perfusão capilar prolongada (>2 seg.), pele fria e úmida, mosqueada;
- ausência de febre;
- taquicardia/bradicardia;
- taquipneia;
- oliguria;
- agitação ou torpor.

Agora, vamos às nossas alternativas. A SCD caracteriza-se por sinais de insuficiência circulatória evidenciada por:

Item A. **Diminuição** (aumento) da pressão de pulso, confusão e agitação.

Item B. perfusão capilar prolongada (> 2 seg), pele fria, úmida e mosqueada.

Item C. Taquipneia (bradipneia), oligúria e sonolência.

Item D. Ausência de febre hipertermia, **taquipneia** e torpor.

Nesses termos, o gabarito é a **letra B.**

81. (HGA-SP/CETRO/2013/RP) Analise as assertivas abaixo sobre a assistência de enfermagem a pacientes com suspeita de dengue.

I. A prova do laço deverá ser realizada, obrigatoriamente, em todos os casos suspeitos de dengue durante o exame físico, sendo importante para a detecção da fragilidade capilar presente na febre hemorrágica da dengue.

II. O exame de sorologia para dengue deve ser realizado a partir do sexto dia do início dos sintomas, devendo ser solicitado para todos os casos suspeitos, em período não epidêmico.

III. A notificação deve ser feita para todos os casos que apresentarem confirmação laboratorial, imediatamente após a liberação do resultado da sorologia.

IV. O hemograma indicando aumento abrupto do número de plaquetas é indicativo de quadros de dengue clássica. É correto o que se afirma em

a) I e II, apenas.

b) I, II e IV, apenas.

c) II, III e IV, apenas.

d) I e III, apenas.

e) II e IV, apenas.

COMENTÁRIOS:

Item I. **Correto**. A Prova do laço (PL) positiva é uma manifestação frequente nos casos de dengue, principalmente nas formas graves, e apesar de não ser específica, serve como alerta, devendo ser utilizado rotineiramente na prática clínica como um dos elementos de triagem na dengue, e na presença da mesma, alertar ao médico que o paciente necessita de um monitoramento clínico e laboratorial mais estreito. A prova do laço positiva também reforça o diagnóstico de dengue.

A Prova do laço deve ser realizada na triagem, **obrigatoriamente**, em **todo paciente** com **suspeita** de **dengue** e **que não apresente sangramento espontâneo**. A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

Vejamos abaixo, como deve ser realizada a prova do laço:

- Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula (PAS + PAD)/2; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então 100+60=160, 160/2=80; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg.
- Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante **cinco** minutos nos adultos e **três** minutos em crianças.
- Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele; a prova será positiva se houver **20** ou mais petéquias em adultos e **10** ou mais em crianças; atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.
- Se a prova do laço apresentar-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, a mesma pode ser interrompida.

- A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.

Portanto, a prova do laço deverá ser realizada, obrigatoriamente, em todos os casos suspeitos de dengue durante o exame físico, sendo importante para a detecção da fragilidade capilar presente na febre hemorrágica da dengue.

Item II. **Correto**. Isolamento viral/sorologia – a solicitação do isolamento viral/sorologia será orientada de acordo com a situação epidemiológica:

- em períodos não epidêmicos, solicitar o exame de todos os casos suspeitos;
- em períodos epidêmicos, solicitar o exame em todo paciente grave e grupos especiais e/ou risco social ou com dúvidas no diagnóstico, além de seguir as orientações da

Vigilância Epidemiológica de cada região.

Então, em regra, o exame de sorologia para dengue deve ser realizado a partir do sexto dia do início dos sintomas, devendo ser solicitado para todos os casos suspeitos, em período não epidêmico.

Item III. **Incorreto**. Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado a Vigilância Epidemiológica, sendo imediata a notificação das formas graves da doença.

Vejam que não há necessidade de a notificação da dengue ser feita somente após a confirmação laboratorial. Ademais, em períodos epidêmicos, não é necessária a realização de exames laboratoriais. A notificação utiliza critérios clínicos e epidemiológicos.

Item IV. **Incorreto**. Nos pacientes do Grupo A (dengue clássica) não há hemoconcentração nem queda abrupta de plaquetas. Na FHD/SCD, ocorre a plaquetopenia.

Em nenhum caso da dengue, há aumento de plaquetas.

De acordo com o Ministério da Saúde, são sinais de alarme na dengue:

a) dor abdominal intensa e contínua;

b) vômitos persistentes;

c) hipotensão postural e/ou lipotímia;

d) hepatomegalia dolorosa;

e) sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena);

f) sonolência e/ou irritabilidade;

g) diminuição da diurese;

h) diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia;

i) aumento repentino do hematócrito;

j) queda abrupta de plaquetas;

k) desconforto respiratório.

O hemograma indicando aumento abrupto do número de plaquetas é indicativo de quadros **graves** da dengue.

Diante do exposto, o gabarito só pode ser a **letra A**.

82. (Prefeitura de Campinas-SP/CAIPIMES/2013/RP) A prova do laço deverá ser realizada obrigatoriamente em todos os casos suspeitos de dengue durante o exame físico. A partir disso é correto afirmar que:

a) a prova do laço será considerada positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais petéquias em crianças.

b) a prova do laço será considerada positiva se houver 40 ou mais petéquias em adultos e 20 ou mais petéquias em crianças.

c) após verificar a pressão arterial, deve-se insuflar novamente o manguito até o valor da pressão arterial máxima e manter por 10 minutos em adultos e 5 minutos em crianças.

d) após verificar a pressão arterial, deve-se insuflar novamente o manguito até o valor da pressão arterial mínima e manter por 10 minutos em adultos e 5 minutos em crianças.

COMENTÁRIOS:

A Prova do laço (PL) positiva é uma manifestação frequente nos casos de dengue, principalmente nas formas graves, e apesar de não ser específica, serve como alerta, devendo ser utilizado rotineiramente na prática clínica como um dos elementos de triagem

na dengue, e na presença da mesma, alertar ao médico que o paciente necessita de um monitoramento clínico e laboratorial mais estreito. A prova do laço positiva também reforça o diagnóstico de dengue.

A Prova do laço deve ser realizada na triagem, **obrigatoriamente**, em **todo paciente** com **suspeita** de **dengue** e **que não apresente sangramento espontâneo**. A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

Vejamos abaixo, como deve ser realizada a prova do laço:

- Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula (PAS + PAD)/2; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então 100+60=160, 160/2=80; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg;
- Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças;
- Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele; a prova será positiva se houver **20** ou mais petéquias em **adultos** e **10** ou mais em **crianças**; atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos;
- Se a prova do laço apresentar-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, a mesma pode ser interrompida;

A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.

Itens A e B. A prova do laço será considerada positiva se houver **20** ou mais **petéquias** em **adultos** e **10** ou **mais petéquias** em **crianças**.

Itens C e D. Após verificar a pressão arterial, deve-se insuflar novamente o manguito até o valor da pressão arterial **média** e manter por **5** minutos em **adultos** e **3** minutos em **crianças**.

Dito isto, o gabarito da questão é a **letra A**.

83. (UFPR-2013/RP) A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que a dengue é a doença tropical que se espalha mais rapidamente no mundo e representa uma "ameaça de pandemia". Em 2012, a dengue foi classificada como a doença viral transmitida por vetor de mais rápida propagação, com um potencial de epidemia no mundo, registrando um aumento de 30 vezes na incidência da doença nos últimos 50 anos. A dengue faz parte da lista de doenças transmissíveis do Ministério da Saúde e todo caso suspeito deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica, sendo imediata a notificação das formas graves da doença. Com relação à prevenção e controle dessa doença, considere as seguintes afirmativas:

1. O tratamento da dengue é de suporte, ou seja, alívio dos sintomas, reposição de líquidos perdidos e manutenção da atividade sanguínea. A pessoa com suspeita de dengue deve manter-se em repouso, aumentar a ingesta líquida (inclusive soro caseiro) e só usar medicamentos prescritos pelo médico.

2. A prova do laço (PL) positiva é uma manifestação frequente nos casos de dengue, principalmente nas formas graves, e apesar de não ser específica, serve como alerta, devendo o enfermeiro utilizá-la rotineiramente na prática clínica como um dos elementos de triagem na dengue.

3. A transmissão se faz pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti*, no ciclo homem–*Aedes aegypti*–homem. Os transmissores proliferam-se dentro ou nas proximidades de habitações (casas, apartamentos, hotéis), em recipientes onde se acumula água (vasos de plantas, pneus velhos, cisternas etc.). Portanto, para matar os ovos e dessa maneira controlar a transmissão da doença, a orientação é secar os reservatórios de água parada, impedindo assim a reprodução do mosquito.

4. De acordo com o manual “Dengue Manual de Enfermagem – Adulto e Criança” do Ministério da Saúde, o manejo adequado do paciente com dengue depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, que são: presença de dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hipertensão, hepatomegalia dolorosa, sinais de hemorragia (hematêmese e/ou melena), aumento da diurese, hipertermia, diminuição do hematócrito,

aumento de plaquetas e desconforto respitatório. Assinale a alternativa correta.

a) Somente a afirmativa 4 é verdadeira.

b) Somente as afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.

c) Somente as afirmativas 1, 3 e 4 são verdadeiras.

d) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.

e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

COMENTÁRIOS:

De acordo com o manual “Dengue Manual de Enfermagem – Adulto e Criança” do Ministério da Saúde, o manejo adequado do paciente com dengue depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, que são: presença de dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, **hipotensão** (hipertensão), hepatomegalia dolorosa, sinais de sangramento de **mucosa** ou hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena), **diminuição** (aumento) da diurese, **hipotermia** (hipertermia), **aumento repentino do** (diminuição) do hematócrito, **queda abrupta de** (aumento) de plaquetas e desconforto respitatório.

Dito isso, verificamos que apenas a afirmativa nº 4 apresenta-se incorreta. Por conseguinte, o gabarito da questão é a **letra B**.

84. (Assembleia Legislativa do Amazonas-AM/2013/FGV/RP) O Ministério da Saúde instituiu, em 2002, o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) que visa reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti,* a incidência da dengue e a letalidade por febre hemorrágica de dengue. Dentre os indicadores propostos para o acompanhamento do PNCD está o de proporção de municípios com quantitativo adequado de agentes de controle de endemias.

Essa proporção deve ser de:

a) um agente para cada 800 a 1.000 imóveis.

b) dois agentes para cada 800 a 1.000 imóveis.

c) um agente para cada 1000 a 1.500 imóveis.

d) dois agentes para cada 1000 a 1.500 imóveis.

e) um agente para cada 1500 a 2.000 imóveis.

COMENTÁRIOS:

De acordo com o Ministério da Saúde, dentre os indicadores de acompanhamento do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), recomenda-se um agente para cada 800 a 1.0 imóveis. Neste sentido, o gabarito é a **letra A**.

85. (Prefeitura de Cuiabá – MT/ FUNCAB /2013/JM) Doença infecciosa febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresente. A primeira manifestação é a febre, geralmente alta (39 °C a 40 °C), de início abrupto, associada à cefaleia, adinamia, mialgias, artralgias, dor retro-orbitária, com presença ou não de exantema e/ou prurido. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia podem ser observados por 2 a 6 dias. As

manifestações hemorrágicas, como epistaxe, petéquias, gengivorragia, metrorragia, hematêmese, melena, hematúria e outras, bem como a plaquetopenia, podem ser observadas em todas as apresentações clínicas. O texto refere-se a qual doença?

A) Cólera.

B) Brucelose.

C) Doenças diarreicas agudas.

D) Dengue.

E) Doença meningocócica.

COMENTÁRIOS5:

Doença infecciosa **febril aguda**, que pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresente. A **primeira manifestação** é a **febre**, geralmente alta (39 °C a 40 °C), de início abrupto, associada à **cefaleia**, **adinamia**, **mialgias**, **artralgias**, **dor retro orbitária**, com presença ou não de **exantema** e/ou **prurido**. **Anorexia**, **náuseas**, **vômitos** e **diarreia** podem ser observados por 2 a 6 dias. As **manifestações hemorrágicas**, como **epistaxe**, **petéquias**, **gengivorragia**, **metrorragia**, **hematêmese**, **melena**, **hematúria** e outras, bem como a **plaquetopenia**, podem ser observadas em todas as apresentações clínicas de **DENGUE**.

Alternativa correta **letra D**.

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

86. (HU-UFPE/EBSERH/IDECAN/2014) “Critério para seleção de doenças e agravos prioritários à vigilância epidemiológica que se expressa pela transmissibilidade da doença; possibilidade da sua propagação por vetores e demais fontes de infecção, colocando sob risco outros indivíduos ou coletividades.” Trata-se de

A) magnitude.
B) severidade.
C) vulnerabilidade.
D) transcendência.
E) potencial de disseminação.

COMENTÁRIOS:

Quais são os critérios para seleção de doenças e agravos prioritários à vigilância epidemiológica?

Os parâmetros para inclusão de doenças e agravos na lista de notificação compulsória devem obedecer aos critérios a seguir:

Magnitude – aplicável a doenças de elevada frequência, que afetam grandes contingentes populacionais e se traduzem por **altas** taxas de **incidência**, **prevalência**, **mortalidade** e anos potenciais de vida perdidos.

Potencial de disseminação – representado pelo **elevado poder** de **transmissão** da doença, através de vetores ou outras fontes de infecção, colocando sob risco a saúde coletiva.

Transcendência – expressa-se por características subsidiárias que conferem relevância especial à doença ou agravo, destacando-se:

1 - severidade, medida por taxas de letalidade, de hospitalização e de sequelas;

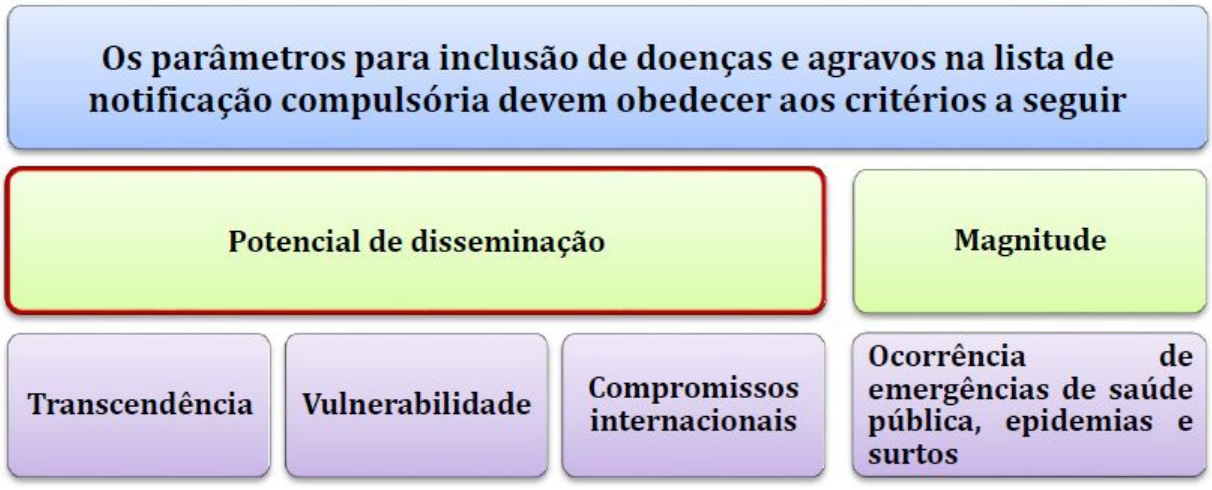
2 - relevância social, avaliada, subjetivamente, pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença, e que se manifesta pela sensação de medo, de repulsa ou de indignação; e

3- relevância econômica, avaliada por prejuízos decorrentes de restrições comerciais, redução da força de trabalho, absenteísmo escolar e laboral, custos assistenciais e previdenciários, entre outros.

Vulnerabilidade – medida pela disponibilidade concreta de instrumentos específicos de prevenção e controle da doença, propiciando a atuação efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos e coletividades.

Compromissos internacionais – relativos ao cumprimento de metas continentais ou mundiais de controle, de eliminação ou de erradicação de doenças, previstas em acordos firmados pelo governo brasileiro com organismos internacionais. O atual Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005) estabelece que sejam notificados todos os eventos considerados de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Ocorrência de emergências de saúde pública, epidemias e surtos – são situações que impõe notificação imediata de todos os eventos de saúde que impliquem risco de disseminação de doenças, com o objetivo de delimitar a área de ocorrência, elucidar o diagnóstico e deflagrar medidas de controle aplicáveis. Mecanismos próprios de notificação devem ser instituídos, com base na apresentação clínica e epidemiológica do evento.



Nessa tela, o gabarito da questão é a **letra E.**

87. (Fiocruz/FGV/2010) Com relação aos critérios para a inclusão de doenças e agravos na lista de notificação compulsória, analise as afirmativas a seguir:

I. O potencial de disseminação é representado pelo elevado poder de transmissão da doença, através de vetores ou outras fontes de

infecção, colocando sob risco a saúde coletiva.

II. A relevância econômica de uma doença ou agravo é avaliada por prejuízos decorrentes de restrições comerciais, redução da força de trabalho, absenteísmo escolar e laboral, custos assistenciais e previdenciários, entre outros.

III. A vulnerabilidade de uma doença ou agravo é medida pela disponibilidade concreta de instrumentos específicos de prevenção e controle do evento, propiciando a atuação efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos e coletividades.

Assinale:

a) se somente a afirmativa I estiver correta.

b) se somente a afirmativa II estiver correta.

c) se somente a afirmativa III estiver corretas.

d) se somente as afirmativas I e II estiverem corretas.

e) se todas as afirmativas estiverem corretas.

COMENTÁRIOS:

Vejamos as definições dos conceitos apresentados na questão:

Potencial de disseminação – representado pelo **elevado poder** de **transmissão** da doença, através de vetores ou outras fontes de infecção, colocando sob risco a saúde coletiva.

Transcendência – expressa-se por características subsidiárias que conferem relevância especial à doença ou agravo, destacando-se:

1 - severidade, medida por taxas de letalidade, de hospitalização e de sequelas;

2 - relevância social, avaliada, subjetivamente, pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença, e que se manifesta pela sensação de medo, de repulsa ou de indignação; e

3 - relevância econômica*, avaliada por prejuízos decorrentes de restrições comerciais, redução da força de trabalho, absenteísmo escolar e laboral, custos assistenciais e previdenciários, entre outros.*

Vulnerabilidade – medida pela disponibilidade concreta de instrumentos específicos de prevenção e controle da doença,

propiciando a atuação efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos e coletividades.

O gabarito da questão é a **letra E**, pois todos os itens da questão estão corretos.

88. (Prefeitura de Carangola-MG/IDECAN/2012) Sobre o sistema de notificação, analise.

I. A simples suspeita de uma doença é motivo suficiente para notificá-la.

II. A notificação é sigilosa, só sendo divulgada fora do âmbito médico sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato do paciente.

III. O meio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

a) I

b) II

c) I, II

d) II, III

e) I, II, III

COMENTÁRIOS:

A **notificação compulsória** é **obrigatória** para os **médicos**, outros **profissionais** de **saúde** ou **responsáveis pelos** serviços **públicos** e **privados** de **saúde**, que prestam assistência ao paciente.

A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também

será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

A **comunicação** de **doença**, **agravo** ou **evento** de **saúde pública** de **notificação compulsória** pode ser **realizada** à autoridade de saúde **por qualquer cidadão** que deles tenha conhecimento.

Mesmo assim, sabe-se que a notificação nem sempre é realizada, o que ocorre por desconhecimento de sua importância e, também, por descrédito nas ações que dela devem resultar. A experiência tem mostrado que o funcionamento de um sistema de notificação é diretamente proporcional à capacidade de se demonstrar o uso adequado das informações recebidas, de forma a conquistar a confiança dos notificantes.

O sistema de notificação deve estar permanentemente voltado para a sensibilização dos profissionais e das comunidades, visando melhorar a quantidade e a qualidade dos dados coletados, mediante o fortalecimento e a ampliação da rede. Todas as unidades de saúde (públicas, privadas e filantrópicas) devem fazer parte do sistema, como, também, todos os profissionais de saúde e mesmo a população em geral.

Aspectos que devem ser considerados na notificação:

- Notificar a simples **suspeita** da doença ou evento. Não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente.
- A notificação tem de ser **sigilosa**, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos.
- O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina **notificação negativa**, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações.

Além da notificação compulsória, o Sistema de Vigilância Epidemiológica pode definir doenças e agravos como de notificação

simples. O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) é o principal instrumento de coleta dos dados de notificação compulsória.

Dito isto, vamos analisar cada item da questão:

Item I. Correto. A simples suspeita de uma doença é motivo suficiente para notificá-la. Não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente.

Item II. Correto. A notificação é sigilosa, só sendo divulgada fora do âmbito médico sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato do paciente.

Item III. Correto. O meio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações. São as notificações negativas.

O gabarito da questão é a **letra E**, pois todas as afirmativas estão corretas.

89. (Prefeitura de Paulo Jacinto-AL/2011/IDECAN) Analise abaixo as justificativas que discorrem sobre a importância da notificação de doenças:

I. Oferece dados que ajudam descobrir as fontes de infecção.

II. Ajuda estabelecer níveis endêmicos.

III. Colabora na descoberta de casos não conhecidos, associados àqueles notificados.

IV. Proporciona o conhecimento aleatório das doenças.

Estão corretas apenas as alternativas:

a) I, III, IV

b) I, II, III

c) II, III, IV

d) I, II, III, IV

e) II, IV

COMENTÁRIOS:

A notificação de doenças:

I - oferece dados que ajudam descobrir as fontes de infecção;

II - ajuda estabelecer níveis endêmicos;

III - colabora na descoberta de casos não conhecidos, associados àqueles notificados;

IV - proporciona o conhecimento **organizado** das doenças.

O gabarito da questão é a **letra B**, já que apenas o item IV está errado.

90. (HU-UFPE/EBSERH/IDECAN/2014) São doenças de notificação compulsória que constam na listagem nacional e, mesmo em casos isolados, devem ser notificadas, EXCETO:

A) Cólera. D) Sífilis adquirida.

B) Hantavirose. E) Criptosporidíase.

C) Tuberculose.

COMENTÁRIOS:

Vamos responder essa questão, conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 1.271/2014, publicada no dia 06/06/2014, revogando a Portaria nº 104/2011.

A Portaria nº 1.271/2014 que define a **Lista Nacional de Notificação Compulsória** de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Este dispositivo modificou fluxos de notificação e alterou a organização da Lista de Doenças de Notificação Compulsória em duas partes (simplificou e alterou algumas classificações):

- Lista de doenças e agravos de notificação em < 24 horas (imediata);
- Lista de doenças e agravos doenças e agravos de notificação semanal.

Vejamos as principais disposições da referida portaria.

Para fins de notificação compulsória de importância nacional, destacamos, dentre outros, os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

III - notificação compulsória: **comunicação obrigatória** à **autoridade** de **saúde**, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, **podendo** ser **imediata** ou **semanal**;

Atenção! A notificação compulsória pode ser imediata ou semanal.

IV - notificação compulsória imediata (**NCI**): **notificação compulsória realizada** em **até 24 horas**, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

V - notificação compulsória semanal (**NCS**): **notificação** compulsória **realizada** em **até 7** dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

VI - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

A **notificação compulsória** é **obrigatória** para os **médicos**, outros **profissionais** de **saúde** ou **responsáveis pelos** serviços **públicos** e **privados** de **saúde**, que prestam assistência ao paciente.

A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

A **comunicação** de **doença**, **agravo** ou **evento** de **saúde pública** de **notificação compulsória** pode ser **realizada** à autoridade de saúde **por qualquer cidadão** que deles tenha conhecimento.

A **notificação compulsória imediata** deve ser **realizada** pelo **profissional** de **saúde** ou **responsável** pelo **serviço assistencial** que prestar o **primeiro atendimento** ao paciente, em **até 24 horas** desse atendimento, pelo **meio** mais **rápido** disponível.

A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informala, em até 24 horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS.

A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade.

As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Após exposição inicial do tema, vamos analisar a questão, conforme disposições da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.271/201438.

A) Cólera - notificação compulsória imediata para todas as esferas (SMS, SES, MS).

B) Hantavirose - notificação compulsória imediata para as esferas municipais e estaduais (SMS e SES).

C) Tuberculose - notificação compulsória semanal

D) Sífilis adquirida - notificação compulsória semanal.

E) Criptosporidíase - não consta na listagem nacional de Doenças de Notificação Compulsória (DNC).

Logo, o gabarito da questão é a **letra E**.

91. (Prefeitura de Porto Velho-RO/Consulplan/2012) São doenças de notificação compulsória em todo o território nacional, EXCETO:

a) Botulismo.

b) Mononucleose.

c) Febre amarela.

d) Rubeola.

e) Tétano.

COMENTÁRIOS:

São doenças de notificação compulsória em todo o território nacional:

A) Botulismo - notificação compulsória imediata para todas as esferas (SMS, SES, MS).

B) Mononucleose - não consta na listagem nacional de Doenças de Notificação Compulsória

C) Febre amarela - notificação compulsória imediata para todas as esferas (SMS, SES, MS).

D) Rubéola - notificação compulsória imediata para todas as esferas (SMS, SES, MS).

E) Tétano - notificação compulsória semanal.

A partir do exposto, constatamos que o gabarito da questão é a **letra B**.

QUESTÕES ADICIONAIS DIVERSAS

DIABETES MELLITUS

92. (UFBA - IADES) Considere hipoteticamente que João, 70 anos de idade, diabético, insulinodependente há 18 anos, procurou a unidade de saúde mais próxima de sua residência com as seguintes queixas: sensação de queimação, choques e formigamentos no pé direito. Relatou sentir dor no membro, mesmo quando não lhe é aplicado um estímulo doloroso e que, recentemente, percebeu que esse pé estava ferido em decorrência de uma queimadura que, segundo ele, não se lembra de ter acontecido. A enfermeira, durante a consulta de enfermagem, analisou os dados coletados e suspeitou que o quadro apresentado pelo paciente.

Poderia ser de:

a) Nefropatia diabética.

b) Retinopatia diabética.

c) Tracoma.

d) Neuropatia diabética.

e) Cetoacidose diabética.

COMENTARIO:

A neuropatia diabética apresenta um quadro variado, com múltiplos sinais e sintomas, dependentes de sua localização em fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas. A neuropatia pode variar de assintomática até fisicamente incapacitante.

Alternativa A: INCORRETA. Nesta consequência, observa-se o aumento da excreção urinária de albumina ou redução isolada da taxa de filtração glomerular. A doença renal do diabetes, ou nefropatia diabética, acomete cerca de 35% dos pacientes diabéticos e é a principal causa de insuficiência renal crônica.

Alternativa B: INCORRETA. A retinopatia diabética é umas das principais complicações relacionadas ao diabetes mellitus, na qual, principalmente devido ao edema macular, a acuidade visual é comprometida.

Alternativa C: INCORRETA. É uma ceratoconjuntivite crônica recidivante, afecção inflamatória ocular de começo insidioso ou súbito, cujo agente etiológico é a bactéria *Chlamydia trachomatis*.5,6

Alternativa D: CORRETA. Complicação mais comum, compreendendo um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, de forma isolada ou difusa, nos segmentos proximal ou distal, de instalação aguda ou crônica, de caráter reversível ou irreversível, manifestando-se silenciosamente ou com quadros sintomáticos dramáticos. Pode se manifestar por sensação de queimação, choques, formigamentos, alteração de sensibilidade, entre outros.

Alternativa E: INCORRETA. Complicação aguda grave. A redução na concentração efetiva de insulina circulante associada à liberação excessiva de hormônios contrarreguladores fundamentam o quadro clínico, de evolução lenta e progressiva, de diabetes descompensado: poliúria; polidipsia; perda de peso; náuseas; êmese; enurese; hálito cetônico; fadiga; visão turva; desidratação; hiperventilação; sonolência; torpor e coma.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS

93. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/PE - IAUPE) Sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), analise as afirmativas abaixo:

I. A HAS é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e atinge prevalências alarmantes em todo o mundo. Apesar de o diagnóstico da HAS ser simples e de alcance da grande maioria da população, apenas 40% da população sabidamente hipertensa realizam algum tipo de tratamento.

II. A HAS primária corresponde, apenas, a 30% dos casos do adulto, sendo os fatores externos os principais fatores desencadeantes. Na HAS secundária, os fatores genéticos são os determinantes da doença.

III. São exames laboratoriais solicitados para uma avaliação inicial do paciente hipertenso: urina, potássio plasmático, creatinina plasmática, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicérides e ácido úrico.

IV. A PA= 160x100 mmHg em paciente maior que 18 anos é classificada de hipertensão estágio 3.

Estão CORRETAS:

a) I, II e III, apenas.

b) I e IV, apenas.

c) II, III e IV, apenas.

d) I e III, apenas.

e) I, II, III e IV.

Assertiva I: CORRETA. Informações corretas.

Assertiva II: INCORRETA. A hipertensão arterial sistêmica primária resulta de uma desregulação do mecanismo de controle homeostático da pressão, o que a define como essencial. Já a secundária possui causa definida, que é potencialmente tratável e/ou curável, acometendo de 3% a 5% dos hipertensos; os fatores genéticos não são os determinantes.

Assertiva III: CORRETA. Tais exames laboratoriais devem ser solicitados na avaliação inicial do paciente. Sugere-se uma periodicidade anual desses exames.

Assertiva IV: INCORRETA. A pressão arterial sistólica de 160 a 179 mmHg e a diastólica de 100 a 109 mmHg caracteriza a hipertensão estágio 2.

Resposta **letra D**.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

94. (FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETÚLIO VARGAS - FUNDATEC)
A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPO é, conforme Cadernos de Atenção Básica no 25 - Doenças Respiratórias Crônicas (BRASIL, 2010), uma doença com repercussões sistêmicas, prevenível e tratável, caracterizada por limitação do fluxo aéreo pulmonar, parcialmente reversível e geralmente progressiva. Essa limitação é causada por uma associação entre doença de pequenos brônquios (bronquite crônica obstrutiva) e destruição de parênquima (enfisema).

Baseado nessa referência, analise as afirmativas a seguir, assinalando V, se forem verdadeiras, ou F, se forem falsas:

( ) Entre os fatores de risco para desenvolvimento de DPOC, pode-se considerar tabagismo, poluição domiciliar e desnutrição na infância.

( ) A gravidade de um paciente com DPOC depende do grau de obstrução ao fluxo de ar, bem como da intensidade dos sintomas (falta de ar e diminuição de capacidade para a realização das atividades diárias).

( ) Pacientes com DPOC não devem realizar atividade física.

( ) Os principais indicadores para diagnóstico de DPOC são: dispneia, tosse crônica (produtiva ou não), expectoração crônica e história de exposição crônica a fatores de risco.

A correta ordem de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

a) V, V, F, V.
b) F, V, V, V.
c) V, V, F, F.
d) F, V, F, V.
e) V, F, V, F.

COMENTARIO: A bronquite crônica é definida clinicamente pela presença de tosse e expectoração na maioria dos dias – por no

mínimo três meses por ano durante dois anos consecutivos. O enfisema pulmonar é definido anatomicamente como aumento dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, com destruição das paredes alveolares.

Assertiva 1: VERDADEIRA. O tabagismo, responsável por 80 a 90% das causas determináveis da DPOC; poluição domiciliar, a exemplo de fumaça de lenha, e desnutrição na infância estão entre os fatores de risco da DPOC, bem como exposição ocupacional a poeiras e produtos químicos ocupacionais, infecções respiratórias recorrentes na infância, susceptibilidade individual e deficiência genética.

Afirmativa 2: VERDADEIRA. As informações estão em conformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Afirmativa 3: FALSA. Um dos objetivos do tratamento da DPOC é melhorar a tolerância do paciente a exercícios físicos.

Afirmativa 4: VERDADEIRA. O diagnóstico, que é clínico, é baseado nos critérios como sinais, sintomas e história do paciente.

Resposta **Letra A**.

TERAPIA COM HEMOCOMPONENTES

95 (IBFC – FUNDAÇÃO HEMOMINAS) Considerando os cuidados com a transfusão de hemocomponentes, leia as frases abaixo e a seguir assinale a alternativa que corresponde à resposta correta.

FRASE 1: *"A conferência dos dados contidos no rótulo da bolsa e no prontuário do paciente, além da identificação positiva do receptor devem ser obrigatoriamente realizadas antes da instalação de uma transfusão, a fim de prevenir, entre outros riscos, a sua instalação indevida".*

FRASE 2: *"O tempo de infusão de cada bolsa deve ser indicado pelo médico, entretanto, nunca deve exceder a 6 horas".*

FRASE 3: *"É imprescindível a verificação dos sinais vitais do paciente para orientar os cuidados pré e pós-transfusionais. Durante todo período de transfusão, o paciente deve ser rigorosamente observado e, pelo menos nos primeiros 10 minutos da transfusão, um profissional preparado deverá permanecer ao seu lado observando-o".*

a) Apenas a frase III está correta.

b) As frases I, II e III estão corretas.

c) As frases I e III estão corretas.

d) Apenas a frase II está correta.

COMENTARIO:

Para realizar a transfusão de sangue e/ou seus componentes é necessário que o profissional tenha conhecimento dos procedimentos realizados e as complicações, que possam ocorrer.

Assertiva 1: FALSA. A conferência dos dados contidos na bolsa e no prontuário do paciente, devem ser conferidos em todo o processo; antes, durante e depois.

Assertiva 2: VERDADEIRA.

Assertiva 3: FALSA. A avaliação do cliente, deve ocorrer também durante todo o procedimento e não só no pré e pós transfusão.

A resposta da Questão é **letra D**.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ, TRANS E PÓS

96. (UFG) Atualmente, a segurança do paciente tem recebido atenção especial em âmbito global da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde, visando conscientizar os profissionais de saúde e incentivar políticas públicas para melhoria da qualidade da assistência cirúrgica. Em 2007, o programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas propôs a execução de qual estratégia para prevenção de eventos adversos em sala operatória?

a) Checklist Cirurgia Segura.

b) Conferência eletrônica de compressas.

c) Prontuário eletrônico.

d) Pulseira de identificação nos pacientes.

COMENTARIO:

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde12 é uma estratégia que visa melhorar a segurança do paciente nas cirurgias e reduzir a mortalidade e complicações dos procedimentos. É dividido em “Identificação”, “Confirmação” e “Registro”, para serem verificados, respectivamente, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala de cirurgia.

Alternativa A: CORRETA. Preencher uma lista de verificação de segurança cirúrgica foi uma das estratégias para prevenção de eventos adversos em sala operatória, incentivada pela Organização Mundial de Saúde, a partir de 2007. Esse checklist é uma ferramenta simples e útil que alcança todos os períodos do perioperatório, visando à segurança do paciente através da verificação de que as etapas do pré, intra e pós-operatório sejam cumpridas.

Alternativa B: INCORRETA. A conferência das compressas pode ocorrer de forma manual ou eletrônica. A conferência eletrônica de compressas já está sendo utilizada em algumas instituições, o que torna o custo do procedimento cirúrgico mais oneroso.12 A lista de

verificação de segurança cirúrgica tem como objetivo que compressas ou instrumentos sejam retidos inadvertidamente nas feridas cirúrgicas.

Alternativa C: INCORRETA. O prontuário do paciente deve estar completo, independe de ser eletrônico ou físico, deve conter os exames físico e complementares, histórico de saúde, avaliação pré-anestésica, entre outras informações.

Alternativa D: INCORRETA. A identificação do paciente, se possível, deve ser obtida verbalmente com perguntas ao paciente antes da indução anestésica.12 As pulseiras de identificação podem ser úteis nesse reconhecimento, porém não se destacam como a estratégia para prevenção de efeitos adversos.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – PROTOCOLO MANCHESTER (APLICAÇÕES)

97. (PREF. MUNICIPAL DE CRICIÚMA/SC - FEPESE) Com relação à classificação de risco conforme o Sistema de Triagem de Manchester, assinale a alternativa correta:

a) Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, visando selecionar os que possuem maior prioridade. A cor laranja classifica o atendimento como urgente.
b) Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas e diagnóstico médico para selecionar os pacientes com maior prioridade. A cor laranja classifica o atendimento como urgente.
c) Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, visando selecionar os que possuem maior prioridade. A cor amarela classifica o atendimento como urgente.
d) Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, visando selecionar os que possuem maior prioridade. A cor azul classifica o atendimento como pouco urgente.
e) Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas e diagnóstico médico para selecionar os pacientes com maior prioridade. A cor vermelha classifica o atendimento como muito urgente.

COMENTARIO:

O sistema Manchester de Classificação de Risco foi criado para permitir ao profissional médico e enfermeiro, habilidade para a atribuição rápida de uma prioridade clínica do doente em situação aguda. O protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas e contêm 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente. Cada fluxograma contêm discriminadores que orientarão a coleta e análise de informações para a definição da

prioridade clínica do paciente. A fim de garantir a uniformidade de compreensão e aplicação dos conceitos, todos os discriminadores encontram-se previamente definidos. O paciente é classificado em uma das cinco prioridades identificadas por número, nome, cor e tempo-alvo para a observação médica inicial:

	Prioridade	Cor	Tempo
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco urgente	Verde	120 minutos
5	Não urgente	Azul	240 minutos

Alternativa A: INCORRETA. Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sinto-mas apresentados pelos pacientes, visando selecionar os que possuem maior prioridade. A cor laranja classifica o atendimento como muito urgente e não como urgente. A cor amarela que classifica o paciente como urgente.

Alternativa B: INCORRETA. Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas, não pelo diagnóstico médico para selecionar os pacientes com maior prioridade. A cor laranja classifica o atendimento como muito urgente e não como urgente. A cor amarela que classifica o paciente como urgente.

Alternativa C: CORRETA. Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, visando selecionar os que possuem maior prioridade. A cor amarela classifica o atendimento como urgente.

Alternativa D: INCORRETA. Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, visando selecionar os que possuem maior prioridade. A cor azul classifica o atendimento como não urgente e não como

pouco urgente. A cor verde que classifica o paciente como pouco urgente.

Alternativa E: INCORRETA. Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sinto-mas e não pelo diagnóstico médico para selecionar os pacientes com maior prioridade. A cor vermelha classifica o atendimento como emergente e não como muito urgente. A cor laranja que classifica o paciente como muito urgente.

HANSENÍASE

98. (TRT 2ª REGIÃO - FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS) O Mycobacterium leprae, ou bacilo de Hansen, tem alta infectividade e baixa patogenicidade. A interpretação para essa afirmativa é que o agente etiológico:

a) multiplica-se rapidamente no meio ambiente e o aparecimento da doença ocorre após um curto período de incubação.

b) tem alto poder de provocar a doença na pessoa infectada, de forma gradual.

c) tem alto poder de provocar a doença na pessoa infectada e baixa letalidade.

d) infecta muitas pessoas, muitas adoecem e poucas falecem.

e) infecta muitas pessoas, no entanto, só poucas adoecem.

COMENTÁRIO:

No estudo da epidemiologia, há cinco conceitos básicos importantes para compreensão do processo de doença e do agente causal, são eles: infectividade, patogenicidade, letalidade, virulência e imunogenicidade. A imunogenicidade é a habilidade desse agente induzir imunidade específica; a letalidade é a capacidade do agente infeccioso de produzir casos fatais; a virulência é a capacidade do agente infeccioso de produzir casos graves e fatais.

Alternativa A: INCORRETA. O conceito de infectividade é a capacidade do agente infeccioso infectar e multiplicar-se dentro de um hospedeiro.

Alternativa B: INCORRETA. O conceito de patogenicidade é a capacidade de um agente infeccioso produzir doença em pessoas infectadas, e a hanseníase possui baixa patogenicidade, ou seja, não possui alto poder de provocar a doença na pessoa infectada.

Alternativa C: INCORRETA. O bacilo de Hansen possui alto poder de provocar a doença na pessoa infectada, que corresponde à infectividade, porém quanto à letalidade, realmente é considerada

baixa na hanseníase, mas não corresponde ao conceito de baixa patogenicidade.

Alternativa D: INCORRETA. Baixa patogenicidade é a baixa capacidade de desenvolver a doença no indivíduo.

Alternativa E: CORRETA. A expressão “infecta muitas pessoas” corresponde à infectividade e “só poucas adoecem” corresponde à patogenicidade.

TUBERCULOSE

99. (EBSERH - AOCP) Sobre a Tuberculose (TB), informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

( ) Para fins de busca ativa, Sintomáticos Respiratórios (SR) são considerados os indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a uma semana.

( ) O local indicado para identificar os Sintomáticos Respiratórios (SR) é a Estratégia Saúde da Família, por isso, não é necessário a busca ativa de casos em Hospitais Gerais.

( ) Somente para os casos de tuberculose multirresistente ou não pulmonar deve se realizar o tratamento diretamente observado.

( ) O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão.

a) F, V, F, V.

b) V, V, F, F.

c) F, F, V, V.

d) F, F, F, V.

e) V, F, V, F.

COMENTÁRIO:

A supervisão do tratamento deve ser realizada em todos os casos, e o enfermeiro desempenha papel essencial na efetividade desse tratamento. O controle da tuberculose deve ser direcionado para a busca de sintomáticos respiratórios em locais estratégicos, onde o risco da transmissão ocorrer é maior.

Assertiva 1: FALSA. Considera-se como sintomático respiratório pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas.

Assertiva 2: FALSA. A busca por casos é recomenda da para todos os serviços de saúde, e devem ser incluídos ainda a organização de ações voltadas para os grupos ou locais com maior probabilidade de adoecer por tuberculose: presídios; creches; manicômios; abrigos e asilos; pessoas em situação de rua; assim como em pessoas

etilistas; usuários de drogas; mendigos; imunodeprimidos por uso de medicamentos ou doenças imunossupressoras (aids, diabetes) e ainda os trabalhadores da saúde e outros grupos em situações especiais em que haja contato próximo com paciente portador de tuberculose pulmonar bacilífera.

Assertiva 3: FALSA. O tratamento diretamente observado consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente todos os dias, ou seja, de segunda a sexta-feira, na fase de ataque e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção do tratamento, administrado por profissionais de saúde ou eventualmente por outra pessoa, desde que devidamente capacitada e sob monitoramento do enfermeiro. Deve ser realizada em todos os casos. Pessoas que recebem esse tratamento supervisionado têm maior probabilidade de curar a tuberculose ou de não apresentar a tuberculose multirresistente do que aquelas que não têm acesso a essa estratégia.

Assertiva 4: VERDADEIRA. A afirmativa é verdadeira.

Resposta **Letra D**.

100. Falsa contraindicação é a situação em que o profissional de saúde diante de situações ou ocorrências que não têm sustentação técnica ou científica decide por não administrar a vacina, muitas vezes por receio, insegurança ou desconhecimento. São exemplos de situações que caracterizam a ocorrência de falsas contraindicações, ou seja, situações em que as pessoas podem receber qualquer vacina, exceto:

a) vigência de enfermidade aguda benigna, a exemplo de processo catarral ou diarréia quando a criança é sadia, ou infecção simples das vias respiratórias superiores (resfriado comum, coriza, catarro), sem febre;

b) criança prematura, com exceção daquelas com peso inferior a 2,5 kg;

c) ocorrência de reação a uma dose anterior da vacina, a exemplo da reação local (dor, vermelhidão ou inflamação no lugar da injeção)

ou febre inferior a 40,5 ºC, registrada após a administração da vacina tetravalente;

d) uso de antibiótico ou antiviral, uma vez que esses medicamentos não interferem na resposta imune às vacinas;

e) vigência de desnutrição, uma vez que mesmo nessas situações a resposta às vacinas é adequada e não há aumento dos eventos adversos.

COMENTÁRIOS:

São exemplos de **situações** que caracterizam a **ocorrência** de **falsas contraindicações**, ou seja, situações em que as pessoas podem receber qualquer vacina:

- vigência de enfermidade aguda benigna, a exemplo de processo catarral ou diarréia quando a criança é sadia, ou infecção simples das vias respiratórias superiores (resfriado comum, coriza, catarro), sem febre;
- criança prematura, com exceção daquelas com peso inferior a **2** kg;
- ocorrência de reação a uma dose anterior da vacina, a exemplo da reação local (dor, vermelhidão ou inflamação no lugar da injeção) ou febre inferior a 40,5 ºC, registrada após a administração da vacina tetravalente;
- uso de antibiótico ou antiviral, uma vez que esses medicamentos não interferem na resposta imune às vacinas;
- vigência de desnutrição, uma vez que mesmo nessas situações a resposta às vacinas é adequada e não há aumento dos eventos adversos;
- diagnóstico clínico prévio de doença, relacionada a vacina a ser administrada;
- vigência de doença neurológica estável;
- história familiar de convulsões relacionadas à vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis ou à vacina sarampo, caxumba, rubéola;
- história familiar da síndrome de morte súbita do lactente relacionada à vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis;
- história de alergia aos antibióticos contidos nas vacinas (neomicina, estreptomicina ou polimixima B), salvo se a reação

alérgica que se apresentou tenha sido do tipo anafilática;

- vigência de tratamento com corticosteróides em dias alternados, em dose inferior a 2mg/kg/dia de prednisona ou equivalente, no caso de criança, ou em dose inferior a 20mg/kg/dia em criança maior ou adulto, pois nessas situações essa pessoa não é considerada imunodeprimida;
- uso de corticosteróides inalatório ou tópico ou com dose de manutenção fisiológica;
- quando a pessoa é contato domiciliar de mulher grávida, ou seja, quando convive com gestante, uma vez que os vacinados não transmitem os vírus vacinais do sarampo, caxumba ou da rubéola;
- quando a mulher está no período de amamentação pode ser vacinada;

  Nota*: atualmente, a exceção, no caso da mulher que está amamentando, refere-se à vacina febre amarela (atenuada), cuja administração deve ser adiada até que a criança complete seis meses de idade, pela possibilidade de transmissão do vírus vacinal pelo leite materno.*

- quando a pessoa está fazendo tratamento antirrábico;
- quando a pessoa relatar história remota de diagnóstico clínico da doença objeto de prevenção da vacina que está sendo administrada ela pode ser vacinada.

  Nota: *nas situações de surto quando a pessoa relatar diagnóstico clínico da doença objeto da vacinação (medida de controle) é indicado o adiamento da vacinação.*

A **letra B** é a incorreta, pois é uma falsa contraindicação para a administração de imunobiológicos (vacinas) a criança ser prematura, com exceção daquelas com peso inferior a 2 Kg, e não 2,5 kg.