

Eletrônico



Estratégia
CONCURSOS

Aula

Conteúdos Específicos (parte II) of STM - Técnico de Enfermagem - Pós-edital

Professor: Poly Aparecida

**AULA 00: Noções básicas sobre as principais doenças de
interesse para a saúde pública**

SUMÁRIO	PÁGINA
1. Introdução	03
2. Influenza	06
3. Doença Meningocócica	22
4. Meningites Virais	26
5. Coqueluche	29
6. Difteria	37
7. Poliomielite	43
8. Sarampo	49
9. Rubéola	56
10. Síndrome da Rubéola Congênita	59
11. Resumo	67
12. Lista de questões	69
13. Gabarito	78
14. Referências	78

Olá amigos e futuros concursados da STJ ;)

Nessa aula de hoje daremos início a parte sobre Doenças transmissíveis. Apesar de serem poucas as questões atualizadas dessa banca eu procurarei sempre apresentá-las nesse curso para que você tenha mais intimidade com a cobrança dessa banca. OK?

Inclusive você sabia que saiu um novo Guia de Vigilância em saúde e que contempla todas essas doenças agora em 2016? Isso mesmo, e é

baseada nessa atualização que iremos aprofundar nas doenças. Preparado? Veja abaixo como eu dividi as aulas sobre as doenças e quais são as Doenças transmissíveis que serão abordadas.

AULA	SUMÁRIO
Aula 00	Doenças Transmissíveis- parte 1 <ul style="list-style-type: none">- Influenza- Doenças Meningocócicas e outras Meningites- Coqueluche- Difteria- Poliomielite- Sarampo- Rubéola
Aula 01	Doenças Transmissíveis- parte 2 <ul style="list-style-type: none">- Varicela- Tétano- Febre amarela- Dengue- Febre chikungunya- Hanseníase- Tuberculose
Aula 02	Doenças Transmissíveis- parte 3 <ul style="list-style-type: none">- Botulismo- Cólera- Leshimaniose- Malária- Esquistossomose- Leptospirose- Hantavirose- Acidentes por animais peçonhentos
Aula Extra 01	Doenças sexualmente transmissíveis e Hepatites Virais <ul style="list-style-type: none">- Infecção pelo HIV e AIDs- Hepatites Virais- Sífilis-- HPV
Aula Extra 02	Doenças de notificação compulsória

INTRODUÇÃO

A primeira coisa que vamos fazer vai ser entender a diferença entre as terminologias “Doença transmissível” e “Doenças infecciosas e parasitárias”, ou será que é a mesma coisa?

A expressão “doença transmissível” é termo técnico de uso generalizado e definido pela organização Pan-americana de saúde:

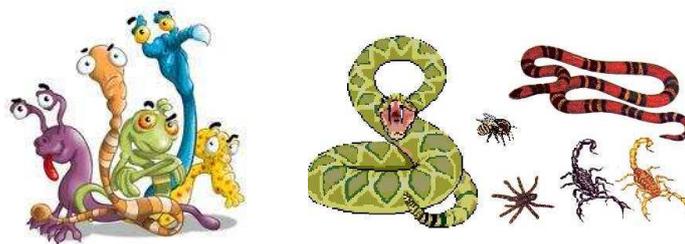
“É qualquer doença causada por um **agente infeccioso específico**, ou seus **produtos tóxicos**, que se manifesta pela **transmissão** deste agente ou de seus produtos, de uma pessoa ou animal infectado ou de um reservatório a um hospedeiro suscetível, **direta ou indiretamente** por meio de um hospedeiro intermediário, de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou do meio ambiente inanimado”.

Vamos analisar esse conceito?

Doença transmissível é, então

Qualquer doença causada por:

Agente infeccioso específico ou
Produtos tóxicos de um agente infeccioso



Se manifesta:

Pela transmissão deste agente ou de seus produtos, de:

Uma **pessoa** ou **animal infectado**

Um **reservatório** a um **hospedeiro suscetível**



Nesse último caso do reservatório ao hospedeiro suscetível essa transmissão pode ser:

Direta ou **indiretamente** por meio de um
hospedeiro intermediário,

De natureza **vegetal** ou **animal**

De um **vetor** ou do **meio ambiente inanimado**

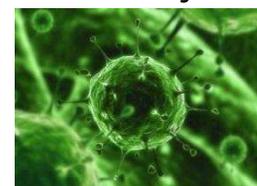
Ou seja, a expressão doença transmissível pode ser sintetizada como doença cujo agente etiológico é vivo e é transmissível. São doenças transmissíveis aquelas em que o organismo parasitante pode migrar do parasitado para o sadio, havendo ou não uma fase intermediária de desenvolvimento no ambiente. Por isso também é muito usada a terminologia de “Doenças infecciosas e parasitárias”

Por isso aquela quantidade de doenças e situações na nossa descrição do curso! Todas elas são doenças transmissíveis, que se adequam a esse conceito e são de interesse da saúde pública.

Vamos dar uma breve parada e lembrar rapidamente alguns conceitos para continuarmos bem:

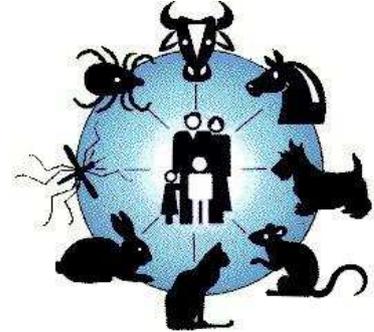
AGENTE INFECCIOSO: agente biológico capaz de produzir infecção ou doença infecciosa.

Por exemplo: O agente infeccioso da dengue é um vírus (arbovírus) ele possui 4 formas diferentes, se constitui



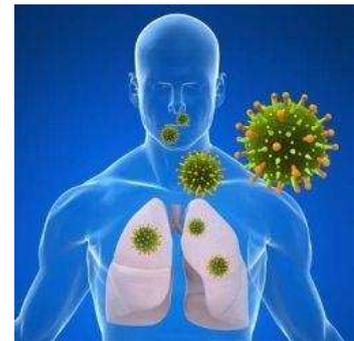
de RNA envelopado, da família *flaviviridae* e gênero *flavivirus*: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4

RESERVATÓRIO DE AGENTES INFECCIOSOS (Fonte Primária de Infecção): qualquer ser humano, animal, artrópodo, planta, solo, matéria ou uma combinação deles, no qual normalmente vive e se multiplica um agente infeccioso, dela depende para sua sobrevivência, reproduzindo-se onde se reproduz de maneira que pode ser transmitido a um hospedeiro suscetível.



Por exemplo: O reservatório vertebrado da dengue é o ser humano. Foi descrito na Ásia e na África um ciclo selvagem envolvendo macacos.

HOSPEDEIRO: Hospedeiro é um organismo que serve de habitat para outro que nele se instala encontrando as condições de sobrevivência. O hospedeiro pode ou não servir como fonte de alimento para a parasita.).

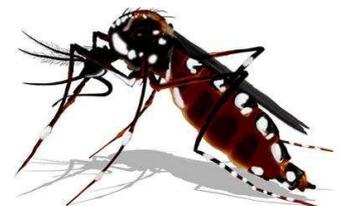


HOSPEDEIRO DEFINITIVO: é o que apresenta o parasita em fase de maturidade ou em fase de atividade sexual.

HOSPEDEIRO INTERMEDIÁRIO: é o que apresenta o parasita em fase larvária ou assexuada.

Por exemplo: A dengue tem como hospedeiros vertebrados o ser humano e outros primatas, mas somente o primeiro apresenta manifestação clínica da infecção e período de viremia de aproximadamente sete dias

VETOR: Vector ou Vetor é todo ser vivo invertebrado capaz de transmitir de forma ativa (estando ele mesmo infectado) ou passiva um agente infectante (parasita, protozoário, bactéria ou vírus).



Por exemplo: O vetor da dengue São mosquitos do gênero Aedes. A espécie Aedes aegypti é a mais importante na transmissão da doença e também pode ser transmissora da febre amarela urbana. O Aedes albopictus, já presente nas Américas, com ampla dispersão nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, é o vetor de manutenção da dengue na Ásia, mas até o momento não foi associado à transmissão da dengue nas Américas.

Entendido essa parte vamos agora sem mais delongas para as Doenças Transmissíveis de maior relevância à saúde pública.

INFLUENZA

Descrição

Infecção **VIRAL** aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global. Um indivíduo pode contraí-la várias vezes ao longo da vida. Em geral, tem **evolução autolimitada**, podendo, contudo, apresentar-se de forma grave.

Sinonímia: Gripe e influenza humana.

Atenção às palavras chave:

Viral

Aguda

Evolução autolimitada

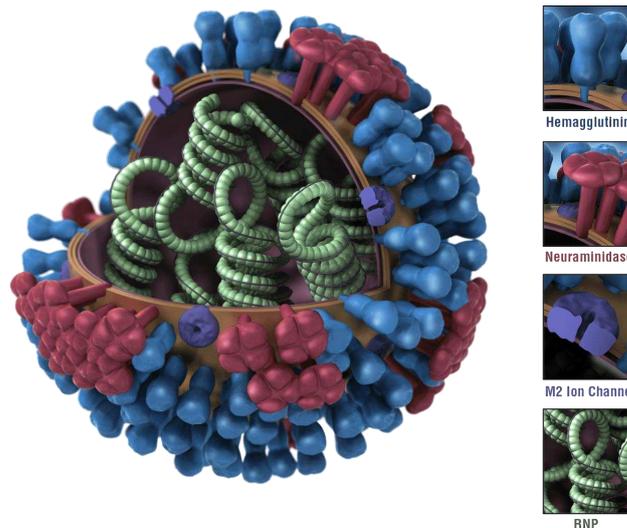
Agente etiológico

O vírus influenza, pertencente à família Ortomixiviridae, possui RNA de hélice única e se subdivide em três tipos antigenicamente distintos: A, B e C.

O vírus tipo A é mais suscetível às variações antigênicas, e periodicamente sofre alterações em sua estrutura genômica, o que contribui para a existência de diversos subtipos.

São responsáveis pela ocorrência da maioria das epidemias de influenza e classificados de acordo com os tipos de proteínas que se localizam em sua

superfície, chamadas de hemaglutinina (H) e neuraminidase (N). A proteína H está associada à infecção das células do trato respiratório superior, onde o vírus se multiplica, enquanto a proteína N facilita a saída das partículas virais do interior das células infectadas.



Dessas proteínas que surgem os termos "H1N1" "H3N2". Entendeu?

O vírus influenza tipo A infecta o homem, suínos, cavalos, mamíferos marinhos e aves; o tipo B infecta exclusivamente humanos; e o tipo C, humanos e suínos. O vírus tipo B sofre menos variações antigênicas e, por isso, está associado com epidemias mais localizadas. O vírus tipo C é antigenicamente estável, provoca doença subclínica e não ocasiona epidemias, motivo pelo qual merece menos destaque em saúde pública.

Vejamos essas diferenças no quadro abaixo:

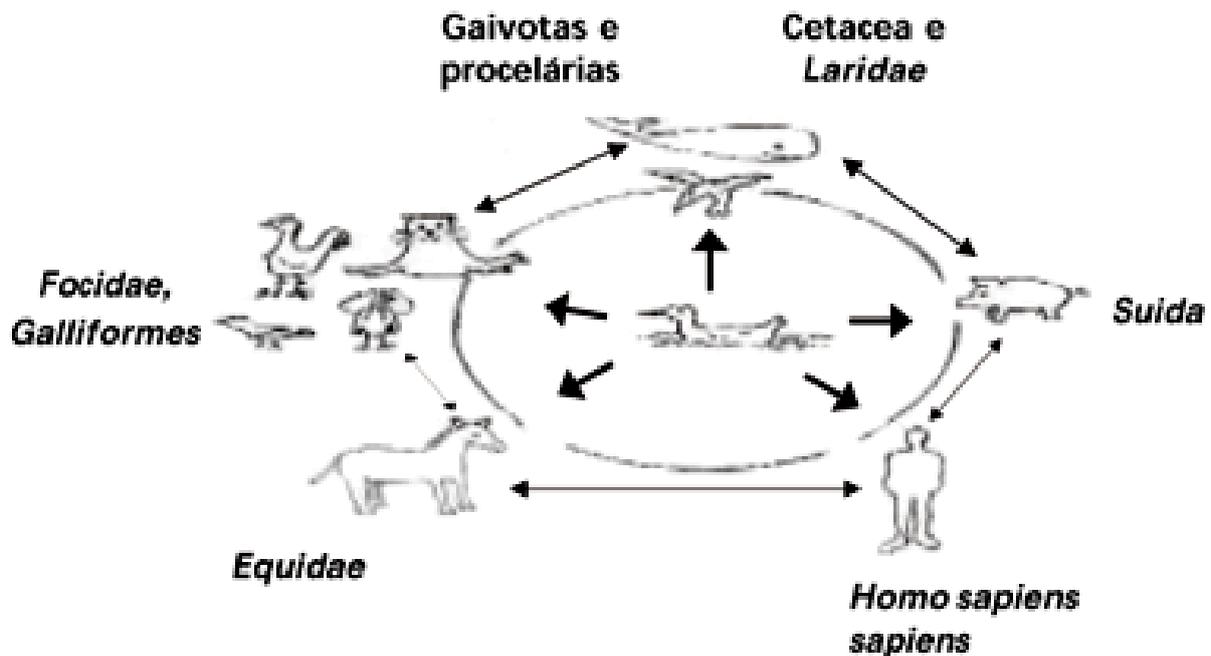
Influenza Tipo A	Influenza Tipo B	Influenza Tipo C
<ul style="list-style-type: none">• Infecta o homem, suínos, cavalos, mamíferos marinhos e aves• Subtipos:<ul style="list-style-type: none">• H1N1 e H3N2• H7N9	<ul style="list-style-type: none">• Infecta exclusivamente humanos• Sofre menos variações antigênicas	<ul style="list-style-type: none">• Infecta o homem e suínos• Antigenicamente estável, provoca doença subclínica e não ocasiona epidemias

Existem, portanto, 3 tipos de vírus influenza: A, B e C. O vírus influenza C causa apenas infecções respiratórias brandas, não possui impacto na saúde pública e não está relacionado com epidemias. O vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias. Os vírus influenza A são ainda classificados em subtipos de acordo com as proteínas de superfície, hemaglutinina (HA ou H) e neuraminidase (NA ou N). Dentre os subtipos de vírus influenza A, os subtipos A (H1N1) e A (H3N2) circulam atualmente em humanos. Alguns vírus influenza A de origem aviária também podem infectar humanos causando doença grave, como no caso do A (H7N9).

Reservatório

O homem, suínos, equinos, focas e aves são os principais reservatórios. As aves migratórias, principalmente as aquáticas e as silvestres, desempenham importante papel na disseminação natural da doença entre distintos pontos do globo terrestre.

Figura: Reservatórios naturais do vírus Influenza A



Modo de transmissão

Em geral, a transmissão ocorre dentro da mesma espécie, exceto entre os suínos, cujas células possuem receptores para os vírus humanos e aviários.

A transmissão direta (pessoa a pessoa) é mais comum e ocorre por meio de gotículas, expelidas pelo indivíduo infectado com o vírus influenza, ao falar, espirrar e tossir. Eventualmente, **pode ocorrer transmissão pelo ar, pela inalação de partículas residuais, que podem ser levadas a distâncias maiores que 1 metro (aerossóis)**. Também há evidências de transmissão pelo modo indireto, por meio do contato com as secreções de outros doentes. Nesse caso, as mãos são o principal veículo, ao propiciarem a introdução de partículas virais diretamente nas mucosas oral, nasal e

ocular. A eficiência da transmissão por essas vias depende da carga viral, contaminantes por fatores ambientais, como umidade e temperatura, e do tempo transcorrido entre a contaminação e o contato com a superfície contaminada. A infecciosidade está relacionada com a excreção viral pelo trato respiratório superior, porém a correlação entre a excreção viral nasofaríngea e a transmissão é incerta e pode variar, particularmente em função do nível de imunidade preexistente.

Direta e indireta

Período de incubação e Período de transmissibilidade

Em geral, a incubação é de **1 a 4 dias**.

1 a 4 dias

Período de transmissibilidade:

- Indivíduos adultos saudáveis infectados transmitem o vírus entre 24 e 48 horas antes do início de sintomas, porém em quantidades mais baixas do que durante o período sintomático. Nesse período, o pico da excreção viral ocorre principalmente entre as primeiras 24 até 72 horas do início da doença, e declina até níveis não detectáveis por volta do 5º dia, após o início dos sintomas. Pessoas com alto grau de imunodepressão podem excretar vírus por semanas ou meses. As crianças, comparadas aos adultos, também excretam vírus mais precocemente, com maior carga viral e por longos períodos.

Suscetibilidade e imunidade

A suscetibilidade é geral.

. Assim, um hospedeiro que tenha tido uma infecção com determinada cepa terá pouca ou nenhuma imunidade contra uma nova infecção por uma cepa variante do mesmo vírus. Isso explica, em parte, a grande capacidade

deste vírus em causar frequentes epidemias e a necessidade de atualização constante da composição da vacina com as cepas circulantes

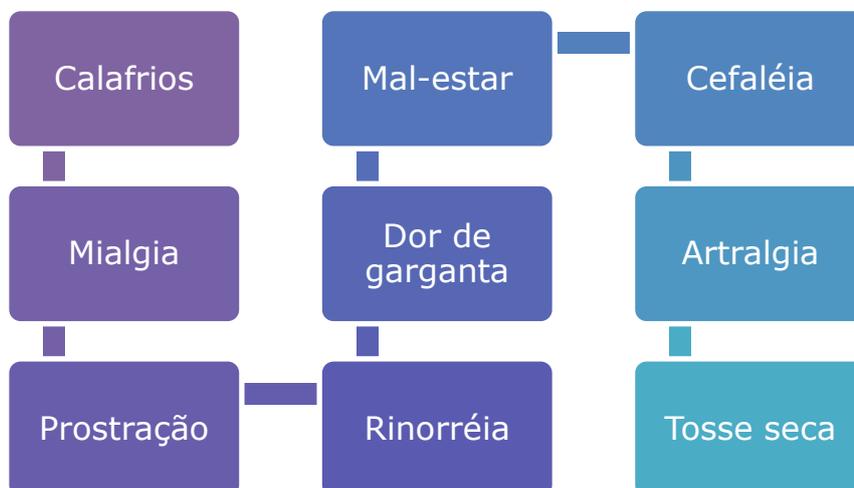
Aspectos epidemiológicos

A influenza ocorre durante todo o ano, mas é mais frequente no outono e no inverno, quando as temperaturas caem, principalmente no Sul e Sudeste do País. Algumas pessoas, como idosos, crianças, gestantes e pessoas com alguma comorbidade, possuem um risco maior de desenvolver complicações devido à influenza.

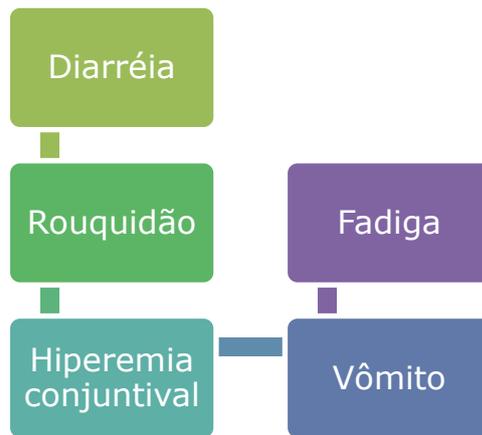
Sinais e sintomas

Infecção aguda das vias aéreas que cursa com quadro febril (temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), com a curva térmica usualmente declinando após dois ou três dias e normalizando em torno do sexto dia de evolução. A febre geralmente é mais acentuada em crianças.

Os demais sinais e sintomas são habitualmente de aparecimento súbito, como:



Podem ainda estar presentes:



As **queixas respiratórias**, com exceção da tosse, tornam-se mais evidentes com a progressão da doença e mantêm-se, em geral, por **três a quatro dias após o desaparecimento da febre**.

A rouquidão e a linfadenopatia cervical são mais comuns em crianças. A tosse, a fadiga e o mal-estar frequentemente persistem pelo período de uma a duas semanas e raramente podem perdurar por mais de seis semanas.

Complicações

A evolução da gripe (influenza) geralmente tem resolução espontânea em sete dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas. Alguns casos podem evoluir com complicações. As complicações mais comuns são:



A Pneumonia primária por influenza, ocorre predominantemente em pessoas com doenças cardiovasculares (especialmente doença reumática com estenose mitral) ou em mulheres grávidas.

São sinais de agravamento (piora do estado clínico):

- Aparecimento de dispneia ou taquipneia ou hipoxemia – SpO2 < 95%.
- Persistência ou aumento da febre por mais de três dias (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana).
- Exacerbação de doença preexistente (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – Dpoc, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica).
- Disfunções orgânicas graves (exemplo: insuficiência renal aguda).
- Miosite comprovada por creatinofosfoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes).
- Alteração do sensório.
- Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças.
- Desidratação.

ALERTA: Deve ser dada atenção especial a essas alterações quando ocorrerem em pacientes que apresentem condições e fatores de risco para complicação por influenza.

Síndrome Gripal X Síndrome Respiratória Aguda Grave

SÍNDROME GRIPAL

Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal:

febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios



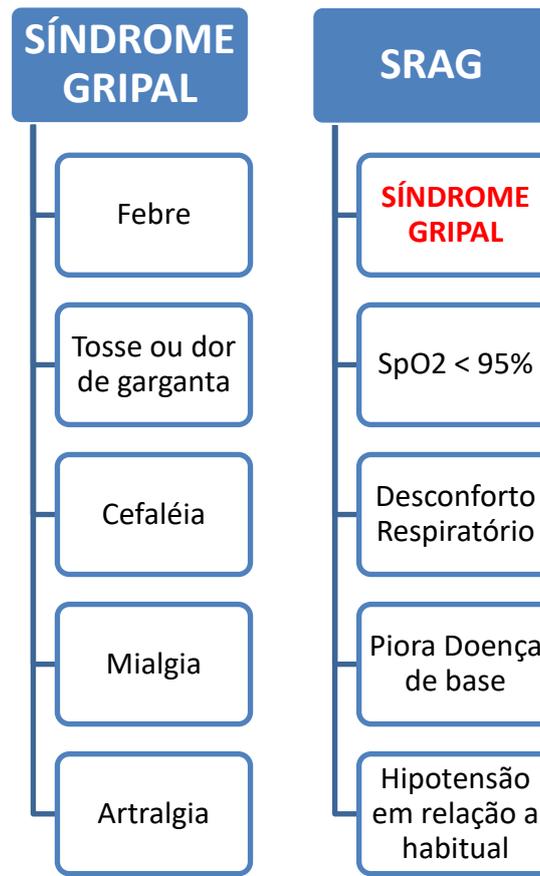
(tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Indivíduo de qualquer idade, **com síndrome gripal** (conforme definição acima) e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de SpO₂ < 95% em ar ambiente.
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade.
- Piora nas condições clínicas de doença de base.
- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.

Ou Indivíduo de qualquer idade com quadro de Insuficiência Respiratória Aguda, durante período sazonal.



Vacina

O controle da influenza requer vigilância qualificada, somada às ações de imunizações anuais, direcionadas especificamente aos grupos de maior vulnerabilidade e com maior risco para desenvolver complicações.



A vacinação anual contra influenza é a principal medida utilizada para se prevenir a doença, porque pode ser administrada antes da exposição ao vírus e é capaz de promover imunidade durante o período de circulação sazonal do vírus influenza reduzindo o agravamento da doença.

É recomendada vacinação anual contra influenza para os grupos-alvos definidos pelo Ministério da Saúde, mesmo que já tenham recebido a vacina na temporada anterior, pois se observa queda progressiva na quantidade de anticorpos protetores. Esta recomendação é válida mesmo quando a vacina indicada contém as mesmas cepas utilizadas no ano anterior.

Notificações

- Todo o caso de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) hospitalizado deve ser notificado (Sinan influenza Web).
- Nos casos de surtos, a vigilância epidemiológica local deverá ser prontamente notificada/informada.
- O Brasil possui uma rede de unidades sentinelas para vigilância da influenza, distribuídas em serviços de saúde, em todas as unidades federadas do País, que monitoram a circulação do vírus influenza através de casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

1. (IESES/2014- IFC-SC- Enfermeiro)- Doença infecciosa aguda, viral, altamente contagiosa, que acomete o sistema respiratório, mais comum no final do outono e em todo o inverno. Os idosos podem sofrer várias complicações, como pneumonia primária viral, pneumonia secundária e outros. Referimo-nos à:

- a) Difteria.
- b) Dupla adulto.
- c) Influenza.
- d) Hepatite.

Comentário:

Nessa questão foi cobrado o entendimento central do conceito de Influenza: Doença **INFECCIOSA, AGUDA, VIRAL, ALTAMENTE CONTAGIOSA**

Também o fato de ser comum no final do outono e em todo o inverno. E os idosos poderem sofrer complicações como Pneumonia! Estamos nos referindo a: Influenza!

Gabarito: Letra C

2. (AOC/2015- EBSERH- Enfermeiro)- Qual das vacinas a seguir é de extrema importância para a saúde da pessoa idosa, pois é uma vacina que previne uma doença que se dissemina rapidamente e apresenta elevada morbimortalidade em grupos de maior vulnerabilidade, principalmente em idosos institucionalizados?

- a) Dupla adulto.
- b) Hepatite B.
- c) BCG.
- d) Rotavírus.
- e) Influenza.

Comentário:

Já vimos que Influenza é uma doença que se dissemina rapidamente e apresenta elevada morbimortalidade em grupos de maior vulnerabilidade, e vimos ainda que a vacina é de extrema importância em grupos vulneráveis, principalmente idosos.

Gabarito: Letra E

3. (BIO-RIO/2015- SPDM- Enfermeiro)- A vacina influenza é indicada para proteger contra o vírus da influenza e contra as complicações da doença, principalmente as pneumonias bacterianas secundárias. Sobre o esquema vacinal para influenza por idade, número de doses, volume por dose e intervalo entre as doses, as seguintes afirmativas estão corretas, EXCETO:

- a) crianças de 6 meses a 2 anos de idade devem receber 2 doses da vacina, com intervalo de 60 dias após receber a 1ª dose.
- b) crianças de 3 a 8 anos de idade devem receber 2 doses da vacina, com intervalo de 30 dias após receber a 1ª dose.

- c) crianças a partir de 9 anos de idade devem receber a vacina em dose única.
- d) adultos devem receber a vacina em dose única.
- e) o volume a ser aplicado por dose nas crianças a partir de 3 anos e nos adultos deve ser de 0,5 ml.

Comentário:

A vacina é administrada anualmente para grupos elegíveis. O número de doses e o volume são estabelecidos de acordo com a faixa etária da primeira vacinação para indivíduos a partir dos 6 meses de idade, conforme mostra o quadro abaixo.

Demonstrativo do esquema vacinal para influenza por idade, número de doses, volume por dose e intervalo entre as doses

Quadro 1 – Demonstrativo do esquema vacinal para *influenza* por idade, número de doses, volume por dose e intervalo entre as doses

Idade	Número de doses	Volume por dose	Intervalo
Crianças de 6 meses a 2 anos de idade	2 doses	0,25 mL	Intervalo mínimo de 3 semanas. Operacionalmente 30 dias após receber a 1ª dose
Crianças de 3 a 8 anos de idade	2 doses	0,5 mL	Intervalo mínimo de 3 semanas. Operacionalmente 30 dias após receber a 1ª dose
Crianças a partir de 9 anos de idade e adultos	Dose única	0,5 mL	–

Fonte: SVS/MS.

O gabarito é a Letra A visto que o enunciado pede o “exceto” e na letra A temos a afirmação de que crianças de 6 meses a 2 anos de idade devem receber 2 doses da vacina, com intervalo de 60 dias após receber a 1ª dose. O intervalo mínimo é de 3 semanas, operacionalmente 30 dias após receber a 1ª dose.

Fique também atento as doses da tabela acima porque elas caem em prova de concurso!

Gabarito: Letra A

4. (VUNESP/2015- HCFMUSP- Enfermeiro)- Em 2009, vivemos a primeira pandemia do século XXI com a influenza H1N1. As precauções necessárias para prestar a assistência a um paciente com influenza H1N1 incluem contato e gotículas. Com base nisso, quais itens são necessários para o prestador de cuidados desse paciente?

- a) Avental de mangas longas, luvas de procedimentos, máscara cirúrgica e quarto privativo com porta fechada.
- b) Avental de mangas longas, luvas de procedimentos, máscara cirúrgica e quarto privativo com porta aberta.
- c) Avental de mangas curtas, luvas de procedimentos, máscara cirúrgica e quarto privativo com porta fechada.
- d) Avental de mangas longas, luvas de procedimentos, máscara cirúrgica e quarto coletivo com porta fechada.
- e) Avental de mangas curtas, luvas de procedimentos, máscara N95 e porta fechada

Comentário:

Como vimos a Precaução para o H1N1 é a Precaução por gotícula e a Precaução Padrão

Precauções para Gotículas



Higienização das mãos



Máscara Cirúrgica
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

■ Indicações: meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.

■ O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.



Protetor ocular (ou facial)

- Quando houver risco de respingo ou contato com sangue, secreções, excreções;

Avental

- Para prevenir a contaminação da pele e roupas do profissional;

Usar luvas de procedimentos não cirúrgicos

- Quando houver risco de tocar em sangue, secreções, excreções, mucosas e pele não íntegra.

Precaução Padrão

Devem ser seguidas para TODOS OS PACIENTES, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das mãos



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa perfuro-cortante





ATENÇÃO!

Em procedimentos com risco de geração de aerossóis (ex: intubação, aspiração, broncoscopia) as medidas de precauções para a Influenza A (H1N1) será:

Precaução para Aerossol



Precaução Padrão

Precauções para Aerossóis



Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

■ Precaução padrão: higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.

■ Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara antes de entrar no quarto.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.

■ O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

ATENÇÃO: Pois nesse caso usa-se a máscara N95!!

Bem, o gabarito dessa questão foi a Letra A. Mas é possível verificar pelas orientações de precaução que a porta pode estar aberta se houver distância do leito para a porta de mais de 1 metro. Como não houve especificação da distância na questão deve-se, portanto, deixar a porta fechada!

Gabarito: Letra A

Após ter dado ênfase a Influenza sigamos nas demais Doenças com mais foco em questões de provas. OK?

DOENÇAS MENINGOCÓCICAS E OUTRAS MENINGITES

Doenças Meningocócicas

Descrição

A doença meningocócica é uma infecção **bacteriana** aguda. Quando se apresenta na forma de doença invasiva, caracteriza-se por uma ou mais síndromes clínicas, sendo a meningite meningocócica a mais frequente delas e a meningococemia a forma mais grave.

Bacteriana

Aguda

Agente etiológico

A *Neisseria meningitidis* (meningococo) é um diplococo gram-negativo, aeróbio, imóvel, pertencente à família Neisseriaceae. A composição antigênica da cápsula polissacarídica permite a classificação do meningococo em 12 diferentes sorogrupos: A, B, C, E, H, I, K, L, W, X, Y e Z. Os sorogrupos A, B, C, Y, W e X são os principais responsáveis pela ocorrência da doença invasiva e, portanto, de epidemias.

Os meningococos são também classificados em sorotipos e sorosubtipos, de acordo com a composição antigênica das proteínas de membrana externa PorB e PorA, respectivamente. A N.



Reservatório

O homem, sendo a nasofaringe o local de colonização do microrganismo. A colonização assintomática da nasofaringe pela *N. meningitidis* caracteriza o estado de portador que ocorre frequentemente, chegando a ser maior que 10% em determinadas faixas etárias nos períodos endêmicos, podendo o indivíduo albergar o meningococo por período prolongado. As taxas de

incidência de portadores são maiores entre adolescentes e adultos jovens e em camadas socioeconômicas menos privilegiadas.

Modo de transmissão

Contato direto pessoa a pessoa, por meio de secreções respiratórias de pessoas infectadas, assintomáticas ou doentes. A transmissão por fômites **não** é importante.

Direto

Secreções Respiratórias

Fômite é qualquer objeto inanimado ou substância capaz de absorver, reter e transportar organismos contagiantes ou infecciosos (de germes a parasitas), de um indivíduo a outro.

Período de incubação

Em média, de 3 a 4 dias, podendo variar de 2 a 10 dias.

2 a 10 dias

Após a colonização da nasofaringe, a probabilidade de desenvolver doença meningocócica invasiva dependerá da virulência da cepa, das condições imunitárias do hospedeiro e da capacidade de eliminação do agente da corrente sanguínea, pela ação de anticorpos séricos com atividade bactericida mediada pela ativação do complemento.

O baço também exerce um importante papel na eliminação da bactéria na corrente sanguínea.

Período de transmissibilidade:

Persiste até que o meningococo desapareça da nasofaringe. Em geral, a bactéria é eliminada da nasofaringe **após 24 horas de antibioticoterapia adequada.**

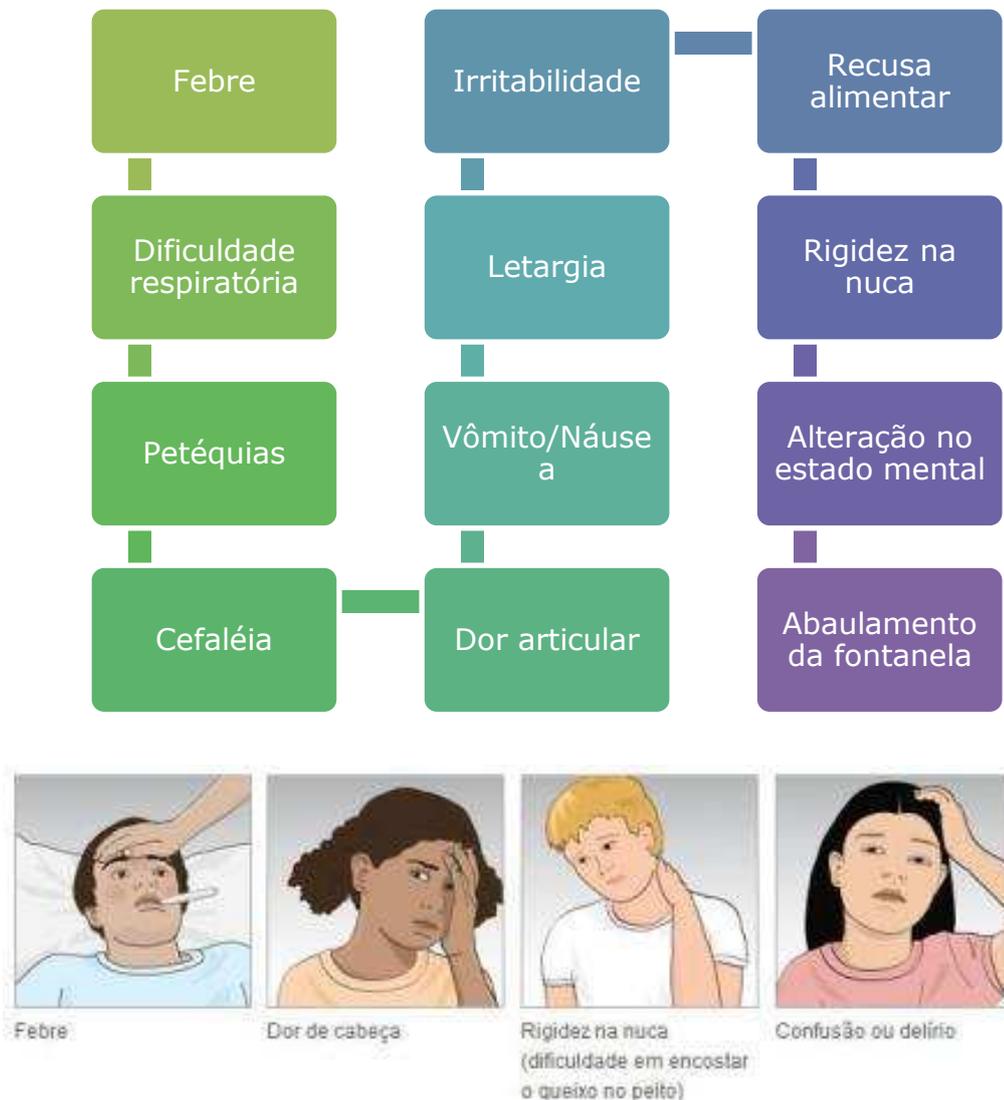
Suscetibilidade, vulnerabilidade e imunidade

A suscetibilidade é geral, entretanto, o grupo etário de maior risco são as crianças menores de 5 anos, principalmente as menores de 1 ano.

Manifestações clínicas

A infecção invasiva pela *N. meningitidis* pode apresentar um amplo espectro clínico, que varia desde febre transitória e bacteremia oculta até formas fulminantes, com a morte do paciente em poucas horas após o início dos sintomas.

Veja abaixo os principais sinais e sintomas da Meningite bacteriana e Meningocócica:



Imunização

A vacinação é considerada a forma mais eficaz na prevenção da doença, e as vacinas contra o meningococo são sorogrupo ou sorosubtipo específicas. São utilizadas na rotina para imunização e também para controle de surtos.

Vacina conjugada contra o meningococo do sorogrupo C está disponível no Calendário Básico de Vacinação da Criança do Programa Nacional de Imunização (PNI/MS).

CALENDÁRIO DE VACINA DE 2016

Meningocócica: Esquema básico com duas doses (aos 3 e 5 meses) e dose de reforço aos 12 meses (podendo ser aplicada até os 4 anos). Crianças não vacinadas anteriormente podem receber dose única dos 12 meses aos 4 anos.



Meningites Virais

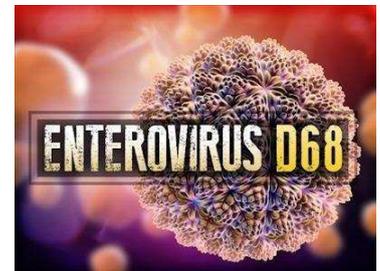
Descrição

Processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, causado por vírus.

Vírus

Agente etiológico

Os principais são os vírus do gênero Enterovírus. Neste grupo estão incluídos os três tipos de poliovírus, 28 tipos antigênicos do vírus echo, 23 tipos do vírus coxsackie A, seis do vírus coxsackie B e cinco outros enterovírus.



Reservatório

O principal é o homem.

Modo de transmissão

Nas infecções por enterovírus predomina a via fecal-oral, podendo ocorrer também por via respiratória.

+ Fecal-oral

Respiratória

Período de incubação

Para os enterovírus, situa-se comumente entre 7 e 14 dias, podendo variar de 2 a 35 dias.

2 a 35 dias

Período de transmissibilidade

No caso dos enterovirus, podem ser eliminados nas fezes por diversas semanas e pelas vias aéreas superiores por períodos que variam de 10 a 15 dias.

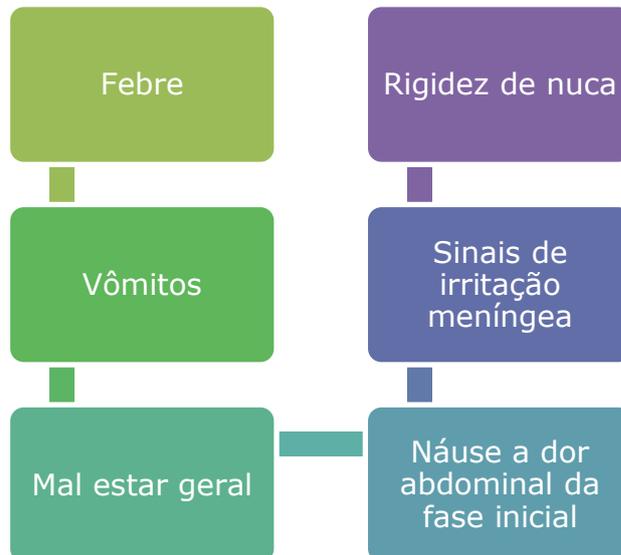
10 a 15 dias

Vulnerabilidade

As crianças constituem o grupo mais vulnerável às infecções causadas pelos enterovírus.

Manifestações clínicas

Quando se trata de enterovirus, as mais frequentes são:



É importante destacar que os sinais e sintomas inespecíficos que mais antecedem e/ ou acompanham o quadro da meningite asséptica por enterovirus são:



Em geral o restabelecimento do paciente é completo, mas em alguns casos pode permanecer alguma debilidade, como:

- Espasmos musculares,
- Insônia e
- Mudanças de personalidade.

A duração do quadro é geralmente inferior a uma semana

Vamos agora juntos fazer uma questão para praticar sobre o que é mais cobrado sobre essa Doença.

5. (AOCF/2015- EBSEH- Enfermeiro)- Quanto à conduta de isolamento a ser adotada pelo enfermeiro para um paciente sob suspeita de Meningite, assinale alternativa correta.

- Quarto privativo por aerossol.
- Não precisa de quarto privativo até confirmação do diagnóstico.
- Precaução respiratória para transmissão por gotícula.
- Precaução respiratória para transmissão por aerossol.
- Precaução por contato.

Comentário:

Veja na figura abaixo

Precauções para Gotículas



Higienização das mãos

■ Indicações: meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.



Máscara Cirúrgica (profissional)



Máscara Cirúrgica (paciente durante o transporte)

■ O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.



Quarto privativo

Ministério da Saúde

Observação:

Essa Precaução é para as **MENINGITES BACTERIANAS**.

Para as Meningites virais, fúngicas, pneumocócica e tuberculosa a Precaução é a Padrão!

Gabarito: Letra C

6. (IBFC/2013- ILSL)- Em um ambiente hospitalar, deve ser utilizada a precaução para transmissão de gotículas nos casos de

- a) Hanseníase na forma Tuberculóide.
- b) Tuberculose Pulmonar.
- c) Meningites bacterianas.
- d) Hanseníase na forma Virchowiana.

Comentário:

Essa ficou fácil e nos reforça o conhecimento de que a Meningite bacteriana possui transmissão de gotículas.

Nos casos de Hanseníase a precaução é padrão e na tuberculose pulmonar a precaução é por Aerossóis!

Gabarito: Letra C

COQUELUCHE

Descrição

Doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, de distribuição universal. Importante causa de morbimortalidade infantil. Compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Em lactentes, pode resultar em um número elevado de complicações e até em morte.

Sinonímia Tosse comprida ou tosse convulsa.

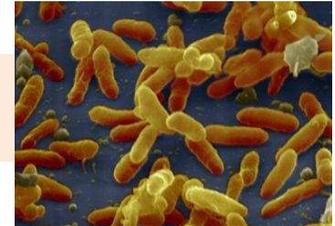
Aguda

Sistema Respiratório

Agente etiológico

Bordetella pertussis, bacilo gram-negativo, aeróbio, não esporulado, imóvel e pequeno, provido de cápsula (formas patogênicas) e de fímbrias.

Bacilo Gram-negativo



Reservatório

O homem é o único reservatório natural. Ainda não foi demonstrada a existência de portadores crônicos, embora possam ocorrer casos oligossintomáticos, com pouca importância na disseminação da doença.

Modo de transmissão

Ocorre, principalmente, pelo contato direto entre a pessoa doente e a pessoa suscetível, por meio de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas durante a fala, a tosse e o espirro. Em alguns casos, pode ocorrer a transmissão por objetos recentemente contaminados com secreções de pessoas doentes, mas isso é pouco frequente, pela dificuldade de o agente sobreviver fora do hospedeiro.

Gotículas



Período de incubação

Em média, de 5 a 10 dias, podendo variar de 4 a 21 dias, e raramente, até 42 dias.

4 a 21 dias

Período de transmissibilidade

Para efeito de controle, considera-se que o período de transmissão se estende do 5º dia após a exposição do doente até a 3ª semana do início

das crises paroxísticas (acessos de tosse típicos da doença). Em lactentes menores de 6 meses, pode prolongar-se por até 4 ou 6 semanas após o início da tosse. A maior transmissibilidade cai de 95% na 1ª semana da doença (fase catarral) para 50% na 3ª semana, sendo praticamente nula na 3ª semana, embora, ocasionalmente, já tenham sido isoladas bactérias na 10ª semana de doença.

Suscetibilidade e imunidade

A suscetibilidade é geral. O indivíduo torna-se imune em duas situações, descritas a seguir.

- Ao adquirir a doença – a imunidade é duradoura, mas não é permanente.
- Vacina –. A imunidade não é permanente; após 5 a 10 anos, em média, da última dose da vacina, a proteção pode ser pouca ou inexistente. É contraindicada a partir dos 7 anos de idade!

CALENDÁRIO DE VACINA DE 2016

Mínimo de 3 doses com a pentavalente (DTP + Hib + Hepatite B) aos 2, 4 e 6 meses, e 2 reforços: um reforço aos 15 meses de idade, e um segundo reforço aos 4 anos de idade com a tríplice bacteriana (DTP)



Manifestações clínicas

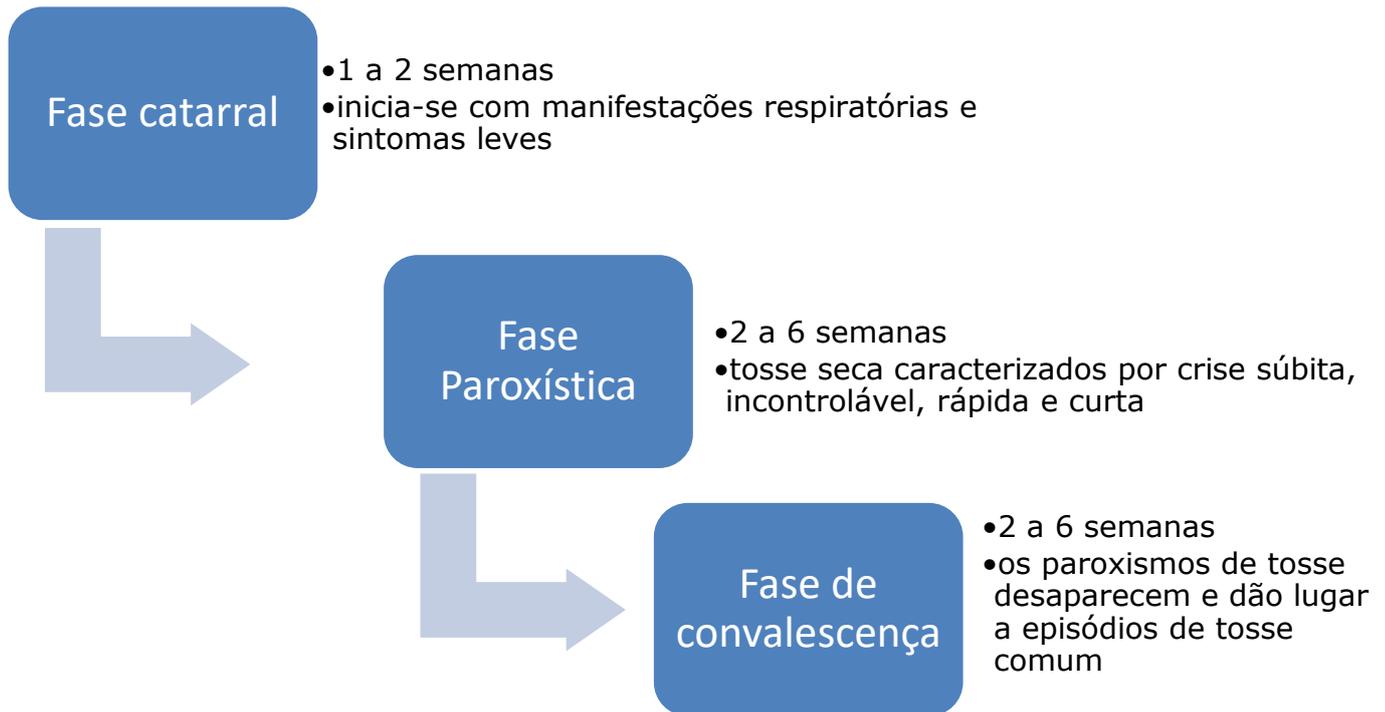
A coqueluche evolui em três fases sucessivas:

- Fase catarral– com duração de **uma a duas semanas**, inicia-se com manifestações respiratórias e sintomas leves (febre pouco intensa, mal

estar geral, coriza e tosse seca), seguidos pela instalação gradual de surtos de tosse, cada vez mais intensos e frequentes, evoluindo para crises de tosses paroxísticas.

- Fase paroxística – geralmente é afebril ou com febre baixa, mas, em alguns casos, ocorrem vários picos de febre no decorrer do dia. Apresenta como manifestação típica os paroxismos de tosse seca caracterizados por crise súbita, incontrolável, rápida e curta, com cerca de cinco a dez tossidas em uma única expiração. Durante os acessos, o paciente não consegue inspirar, apresenta protrusão da língua, congestão facial e, eventualmente, cianose, que pode ser seguida de apneia e vômitos. A seguir, ocorre uma inspiração profunda através da glote estreitada, podendo originar o som denominado de “guincho”. O número de episódios de tosse paroxística pode chegar a 30 em 24 horas, manifestando-se mais frequentemente à noite. A frequência e a intensidade dos episódios de tosse paroxística aumentam nas duas primeiras semanas e, depois, diminuem paulatinamente. Essa fase dura de **duas a 6 semanas**.

- Fase de convalescença – os paroxismos de tosse desaparecem e dão lugar a episódios de tosse comum. Essa fase persiste por **duas a 6 semanas** e, em alguns casos, pode se prolongar por até 3 meses. Infecções respiratórias de outra natureza, que se instalam durante a convalescença da coqueluche, podem provocar o reaparecimento transitório dos paroxismos.



Complicações

- Respiratórias – pneumonia por *B. pertussis*, pneumonias por outras etiologias, ativação de tuberculose latente, atelectasia, bronquiectasia, enfisema, pneumotórax, ruptura de diafragma.
- Neurológicas – encefalopatia aguda, convulsões, coma, hemorragias intracerebrais, hemorragia subdural, estrabismo e surdez.
- Outras – hemorragias subconjuntivais, otite média por *B. pertussis*, epistaxe, edema de face, úlcera do frênulo lingual, hérnias (umbilicais, inguinais e diafragmáticas), conjuntivite, desidratação e/ou desnutrição

7. (TBG/ 2016- Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ)- Constitui doença prevenível mediante vacinação:

- a) leptospirose
- b) coqueluche
- c) toxoplasmose
- d) esquistossomose

Comentário:

Ainda falaremos de algumas das demais doenças citadas, porém já fique com o entendimento de que a Coqueluche é prevenível mediante vacinação, diferente das demais.

Lembre-se que ela é prevenida através das vacinas Pentavalente (doses as 2, 4 e 6 meses) e através de 2 reforços da DTP (aos 15 meses e aos 4 anos).

Gabarito: Letra B

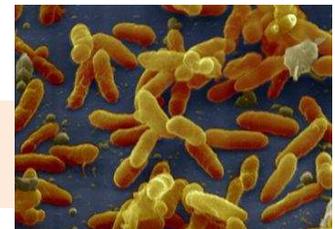
8. (IF-PB/2015- IF/PB)- Coqueluche é causada por uma bactéria denominada:

- a) *Bordetella pertussis*.
- b) *Corynebacterium diphtheriae*.
- c) *Haemophilus influenzae*.
- d) *Clostridium tetani*.
- e) *Schistosoma mansoni*.

Comentário:

Como vimos é a *Bordetella pertussis*, bacilo gram-negativo, aeróbio, não esporulado, imóvel e pequeno, provido de cápsula (formas patogênicas) e de fímbrias.

Bacilo Gram-negativo



Gabarito: Letra A

9. (CEC/2014- Prefeitura de Piraquara – PR)- A respeito da coqueluche, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A coqueluche é uma doença considerada benigna em adultos, mas que pode ser letal em bebês abaixo de 6 meses de idade.
- b) Em indivíduos não adequadamente vacinados ou vacinados há mais de 5 anos, a coqueluche nem sempre se apresenta sob a forma clássica, podendo manifestar-se sob formas atípicas, com tosse persistente, porém sem paroxismos e o guincho característico.

- c) Nos episódios de tosse paroxística, a criança deve ser colocada em lateral ou decúbito de drenagem para evitar a aspiração de vômitos ou de secreção respiratória.
- d) A coqueluche é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional.
- e) A vacinação é a medida mais eficaz e adequada de prevenção e controle da população infantil, iniciando-se a partir de 6 meses até os 13 anos de idade.

Comentário:

O esquema de vacina é o seguinte:

CALENDÁRIO DE VACINA DE 2016

Mínimo de 3 doses com a pentavalente (DTP + Hib + Hepatite B) aos 2, 4 e 6 meses, e 2 reforços: um reforço aos 15 meses de idade, e um segundo reforço aos 4 anos de idade com a tríplice bacteriana (DTP)

E ela é contraindicada a partir dos 7 anos de idade! Por isso,

Gabarito: Letra E

10. (FGV/2015- TJ-PI)- A situação das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Uma doença transmissível com tendência descendente é:

- a) malária;
- b) coqueluche;
- c) tuberculose;
- d) leptospirose;
- e) hepatites virais.

Comentário:

No Guia de bolso das Doenças Infecciosas e parasitárias possui a descrição das Doenças transmissíveis com tendência declinante, as doenças transmissíveis com quadro de persistência e as doenças transmissíveis emergentes e reemergentes. Veja abaixo o resumo que fiz:

Doenças transmissíveis com tendência declinante: Varíola, Poliomielite, Sarampo, Tétano neonatal, Tétano acidental, Raiva Humana, Difteria, **Coqueluche**, Doença de Chagas, Febre Tifóide, Oncocercose, Filariose e a Peste.

Doenças transmissíveis com quadro de persistência: Hepatites Virais (em especial B e C), Tuberculose, Leptospirose, Meningites, Doenças Meningocócicas, Leshimaniose, Esquistossomose, Malária, Febre amarela

Doenças transmissíveis emergentes e reemergentes: AIDS, Cólera, Dengue, Hantavirose, Influenza.

Fique atento as doenças emergentes e reemergentes, pois elas são mais potenciais de cobrança na sua prova!

Como vimos, a única com tendência descendente é a Coqueluche!

Gabarito: Letra B

11. (CETRO/2014- FUNDAÇÃO CASA)- A coqueluche é uma doença infecciosa aguda transmissível e de distribuição universal. A este respeito, assinale a alternativa que apresenta o reservatório natural dessa doença.

- a) Solos e sedimentos de lagos e mares.
- b) Homem.
- c) Animais domésticos.
- d) Animais silvestres.
- e) Gado bovino.

Comentário:

Essa é muito fácil! O homem é o único reservatório natural. Ainda não foi demonstrada a existência de portadores crônicos, embora possam ocorrer

casos oligossintomáticos, com pouca importância na disseminação da doença.

Gabarito: Letra B

12. (FGV/2015- TJ-PI)- Ao orientar sua equipe sobre as indicações de precauções baseadas na forma de transmissão, a enfermeira citou alguns exemplos de doenças para cada tipo de precaução. Uma doença na qual se utiliza precaução para gotículas é:

- a) rubéola;
- b) sarampo;
- c) coqueluche;
- d) tuberculose;
- e) varicela.

Comentário:

Nós temos uma pequena observação nessa questão. Há discussões a respeito da precaução de isolamento da Rubéola, pois diferentes referências trazem tanto a precaução para gotículas quanto a precaução para aerossóis.

O gabarito dessa questão foi a Letra C. Porém fique com essa observação: nessa questão a Rubéola foi considerada como precaução por aerossóis.

Rubéola, Sarampo, Tuberculose e Varicela são precauções respiratórias para aerossóis, tendo que utilizar a máscara N95.

Gabarito: Letra C

DIFTERIA

Descrição

Doença toxi-infecciosa aguda, contagiosa, potencialmente letal, imunoprevenível, causada por bacilo toxigênico, que frequentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada por apresentar placas pseudomembranosas típicas.

Sinonímia Crupe.

Contagiosa

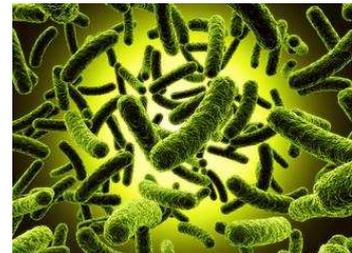
Toxi infecciosa

Potencialmente letal

Agente etiológico

Corynebacterium diphtheriae, bacilo gram-positivo, produtor da toxina diftérica, quando infectado por um fago específico.

Bacilo gram positivo



Reservatório

O principal é o próprio doente ou o portador, sendo esse último mais importante na disseminação do bacilo, pela maior frequência na comunidade e por ser assintomático. A via respiratória superior e a pele são locais habitualmente colonizados pela bactéria.

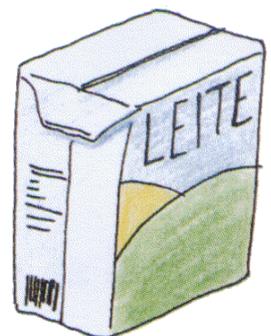
Modo de transmissão

Ocorre pelo contato direto de pessoa doente ou portadores com pessoa suscetível, por meio de gotículas de secreção respiratória, eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. Em casos raros, pode ocorrer a contaminação por fômites. O leite cru pode servir de veículo de transmissão.

Gotículas

Fômites

Leite cru



Período de incubação

Em geral, de 1 a 6 dias, podendo ser mais longo.

1 a 6 dias

Período de transmissibilidade

Em média, até duas semanas após o início dos sintomas. A antibioticoterapia adequada elimina, na maioria dos casos, o bacilo diftérico da orofaringe, 24 a 48 horas após sua introdução. O portador pode eliminar o bacilo por 6 meses ou mais, motivo pelo qual se torna extremamente importante na disseminação da difteria.

Suscetibilidade e imunidade

A suscetibilidade é geral. A imunidade pode ser naturalmente adquirida pela passagem de anticorpos maternos via transplacentária, que protegem o bebê nos primeiros meses de vida, ou através de infecções inaparentes atípicas, que conferem imunidade em diferentes graus, dependendo da maior ou menor exposição dos indivíduos. A imunidade também pode ser adquirida ativamente pela vacinação com toxoide diftérico.

A proteção conferida pelo soro antidiftérico (SAD) é temporária e de curta duração (em média, duas semanas). A doença normalmente não confere imunidade permanente, devendo o doente continuar seu esquema de vacinação após a alta hospitalar.

O esquema de vacinação é o mesmo da coqueluche!

CALENDÁRIO DE VACINA DE 2016

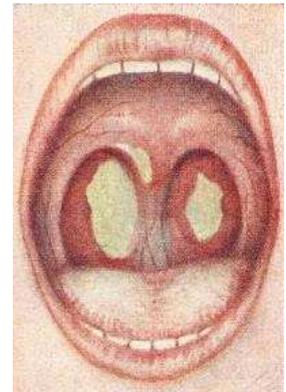
Mínimo de 3 doses com a pentavalente (DTP + Hib + Hepatite B) aos 2, 4 e 6 meses, e 2 reforços: um reforço aos 15 meses de idade, e um segundo reforço aos 4 anos de idade com a tríplice bacteriana (DTP)



A vacinação com o toxoide diftérico é a medida de controle mais importante da difteria. O emprego sistemático dessa vacina, com altas coberturas vacinais ao longo do tempo, além de diminuir a incidência de casos clínicos, determina importante redução do número de portadores, induzindo a chamada "imunidade coletiva".

Manifestações clínicas

A presença de placas pseudomembranosas branco-acinzentadas, aderentes, que se instalam nas amígdalas e invadem estruturas vizinhas, é a manifestação clínica típica. Essas placas podem-se localizar na faringe, laringe e nas fossas nasais, e, com menos frequência, também são observadas na conjuntiva, pele, conduto auditivo, vulva, pênis (pós-circuncisão) e cordão umbilical.



A doença se manifesta clinicamente por comprometimento do estado geral do paciente, que pode se apresentar prostrado e pálido. A dor de garganta é discreta, independentemente da localização ou quantidade de placas existentes, e a febre normalmente não é muito elevada, variando de 37,5 a 38,5°C, embora temperaturas mais altas não afastem o diagnóstico. Nos casos mais graves, há intenso edema do pescoço, com grande aumento dos gânglios linfáticos dessa área (pescoço taurino) e edema periganglionar nas cadeias cervicais e submandibulares. Dependendo do tamanho e localização da placa pseudomembranosa, pode ocorrer asfixia mecânica aguda no paciente, o que muitas vezes exige imediata traqueostomia para evitar a morte. O quadro clínico produzido pelo bacilo não toxigênico também determina a formação de placas características, embora não se observem sinais de toxemia ou a ocorrência de complicações. No entanto, as infecções causadas pelos bacilos não toxigênicos têm importância epidemiológica por disseminarem o *C. diphtheriae*.

Formas clínicas

- **Faringoamigdaliana ou faringotonsilar (angina diftérica)** – é a mais comum. Nas primeiras horas da doença, observa-se discreto aumento de volume das amígdalas, além da hiperemia de toda a faringe. Em seguida, ocorre a formação das pseudomembranas características, aderentes e invasivas, constituídas por placas esbranquiçadas ou amarelo-acinzentadas, eventualmente de cor cinzento-escura ou negra, que se tornam espessas e com bordas bem definidas. Essas placas se estendem pelas amígdalas, recobrando-as, e, frequentemente, invadem as estruturas vizinhas, podendo ser observadas nos pilares anteriores, úvula, palato mole e retrofaringe, adquirindo aspecto necrótico. O estado geral do paciente agrava-se, com a evolução da doença, em virtude da progressão das pseudomembranas e da absorção cada vez maior de toxina.
- **Difteria hipertóxica (difteria maligna)** – denominação dada aos casos graves, intensamente tóxicos, que, desde o início, apresentam importante comprometimento do estado geral. Observa-se a presença de placas de aspecto necrótico, que ultrapassam os limites das amígdalas, comprometendo as estruturas vizinhas. Há um aumento importante do volume dos gânglios da cadeia cervical e edema periganglionar, pouco doloroso à palpação, caracterizando o pescoço taurino.
- **Nasal (rinite diftérica)** – é mais frequente em lactentes, sendo, na maioria das vezes, concomitante à angina diftérica. Desde o início observa-se secreção nasal serossanguinolenta, geralmente unilateral, podendo ser bilateral, que provoca lesões nas bordas do nariz e no lábio superior.
- **Laríngea (laringite diftérica)** – na maioria dos casos, a doença se inicia na região da orofaringe, progredindo até a laringe. É uma forma bastante comum no Brasil. Os sintomas iniciais, além dos que são vistos na faringe diftérica, são: tosse, rouquidão, disfonia e dificuldade respiratória progressiva, podendo evoluir para insuficiência respiratória aguda. Em casos raros, pode haver comprometimento isolado da laringe, o que dificulta o diagnóstico.

- **Cutânea** – apresenta-se sob a forma de úlcera arredondada, com exsudato fibrinopurulento e bordas bem demarcadas que, embora profunda, não alcança o tecido celular subcutâneo. Devido à pouca absorção da toxina pela pele, a lesão ulcerada de difteria pode se tornar subaguda ou crônica e raramente é acompanhada de repercussões cutâneas. No entanto, seu portador constitui-se em reservatório e disseminador do bacilo diftérico, daí sua importância na cadeia epidemiológica da doença.



- **Outras localizações** – apesar de raro, o bacilo diftérico pode acometer a vagina (ulcerações e corrimento purulento), o ouvido (processo inflamatório exsudativo do duto auditivo externo) e conjuntiva ocular (a infecção pode ser inaparente ou manifestar-se sob a forma de conjuntivite aguda, com eventual formação da membrana).

13. (IF-PE/2016- IF-PE- ADAPTADA)- Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) doença transmissível é “aquela determinada por agente infeccioso específico ou por seus produtos metabólicos e que resulta da transmissão (...) para um hospedeiro susceptível, de forma direta ou indireta”. As doenças transmissíveis infecciosas classificam-se em: bacterianas, protozoárias, virais e micóticas. Na linha desse enfoque, julgue o item.

A difteria é uma doença infecciosa aguda não transmissível causada pelo bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, bacilo gram-positivo.

Comentário:

A Difteria é uma doença toxi-infecciosa aguda, **contagiosa**, potencialmente letal, imunoprevenível, causada por bacilo toxigênico. O nome do bacilo está correto e de fato ele é gram positivo, mas a doença é transmissível e por isso ela está aqui na nossa aula ☺

Gabarito: Errado

14. (CESPE/2015- TJ-DFT)- Julgue o próximo item relacionado a agentes infecciosos e suas doenças transmissíveis.

A difteria, também conhecida por crupe diftérico — doença causada por bactérias transmitidas pelo ar e pela saliva —, é caracterizada pela inflamação da faringe, da laringe e dos brônquios, o que pode causar asfixia e morte em indivíduos não imunizados.

Comentário:

Isso mesmo! A Difteria é uma doença toxi-infecciosa aguda, contagiosa, **potencialmente letal**, imunoprevenível, causada por bacilo toxigênico, que frequentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada por apresentar placas pseudomembranosas típicas

Gabarito: CERTO

POLIOMIELITE/ PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

Descrição

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em cerca de 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa 3 dias. Acomete em geral os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e a arreflexia no segmento atingido.

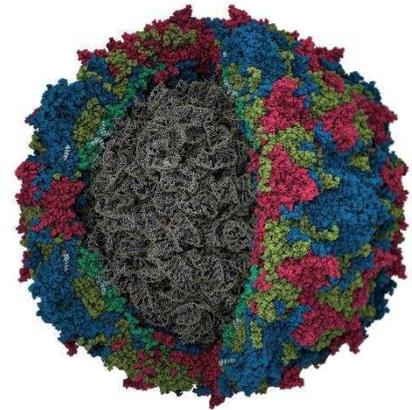
Sinonímia Paralisia infantil.

Infectocontagiosa

Viral

Agente etiológico

Poliovírus, sorotipos 1, 2 e 3, pertencentes ao gênero Enterovirus, família Picornaviridae. Os poliovírus selvagens dos três sorotipos podem causar paralisia flácida – o sorotipo 1 com maior frequência e o sorotipo 3 mais raramente. A circulação do sorotipo 2 não tem sido registrada desde 1999.

**Reservatório**

O ser humano, especialmente crianças.

Modo de transmissão

Ocorre por contato direto pessoa a pessoa, pela via fecal-oral (mais frequentemente), por objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores, ou pela via oral-oral, através de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar). A falta de saneamento, as más condições habitacionais e a higiene pessoal precária constituem fatores que favorecem a transmissão do poliovírus.

Fecal-oral**Água contaminada com fezes****Saneamento****Via oral****Período de incubação**

Geralmente de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias.

2 a 30 dias

Período de transmissibilidade

Não se conhece com precisão, mas pode iniciar-se antes do surgimento das manifestações clínicas. O vírus é encontrado nas secreções da orofaringe após 36 a 72 horas a partir da instalação da infecção. Em indivíduos infectados, a eliminação do vírus pela orofaringe persiste por um período de aproximadamente uma semana, e nas fezes, por cerca de 3 a 6 semanas, enquanto nos indivíduos reinfetados a eliminação do vírus ocorre em menor quantidade por períodos mais reduzidos.

Suscetibilidade, vulnerabilidade e imunidade

Todas as pessoas não imunizadas, seja pela infecção natural, seja pela vacinação, são suscetíveis de contrair a doença. A infecção natural ou a vacinação conferem imunidade duradoura para o sorotipo correspondente ao poliovírus responsável pelo estímulo antigênico. Embora não desenvolvendo a doença, as pessoas imunes podem ser reinfetadas e eliminar o poliovírus, ainda que em menor quantidade e por um período menor de tempo. Essa reinfecção é mais comum pelos poliovírus tipos 1 e 3. O recém-nascido apresenta proteção nos primeiros meses de vida extrauterina, pois é provido de anticorpos séricos maternos da classe IgG, transferidos da mãe sensibilizada para o feto por via placentária.

CALENDÁRIO DE VACINA DE 2016

VIP- 3 DOSES (2, 4 E 6 Meses)

VOP- 2 Reforços (15 meses e 4 anos)



A 3ª dose da vacina passa a ser a vacina inativada da polio (VIP), a exemplo do que já ocorreu com as 1ª e 2ª doses da vacina. As doses de reforço aos 15 meses e 4 anos e as campanhas de vacinação continuam aplicando a vacina VOP (agora a bivalente). Estas mudanças estão de acordo com o Plano Global de Erradicação da Poliomielite que visa a redução gradual das vacinas orais da pólio com a proximidade à erradicação da doença no mundo.

Lembre-se o VIP vai na frente!!

A vacinação é a principal medida de prevenção da poliomielite.

Proteção individual para evitar circulação viral Caso haja suspeita de infecção por poliovírus selvagem ou PVDV em pacientes internados, orienta-se a tomada de precauções entéricas durante o período de transmissibilidade (6 semanas). Essas precauções bloqueiam a transmissão de doenças infecciosas por meio do contato direto ou indireto com as fezes contaminadas.

Manifestações clínicas

A infecção pelo poliovírus selvagem apresenta-se sob diferentes formas clínicas:

- **Forma inaparente ou assintomática:** pode ser identificada apenas por exames laboratoriais específicos. Ocorre em 90 a 95% das infecções.
- **Forma abortiva:** caracteriza-se por sintomas inespecíficos: febre, cefaleia, tosse e coriza, e manifestações gastrointestinais, como vômito, dor abdominal e diarreia. Como na forma inaparente, só é possível estabelecer diagnóstico por meio do isolamento do vírus. Ocorre em cerca de 5% dos casos.
- **Forma meningite asséptica:** no início, apresenta-se com as mesmas características da forma abortiva. Posteriormente, surgem sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski positivos) e rigidez de nuca. Ocorre em cerca de 1% das infecções.
- **Forma paralítica:** acomete em torno de 1 a 1,6% dos casos, e apenas as formas paralíticas possuem características clínicas típicas, que permitem sugerir o diagnóstico de poliomielite, entre elas:
 - instalação súbita da deficiência motora, acompanhada de febre;
 - assimetria, acometendo, sobretudo, a musculatura dos membros, com mais frequência os inferiores;

- flacidez muscular, com diminuição ou abolição de reflexos profundos na área paralisada;
- sensibilidade preservada;
- persistência de alguma paralisia residual (sequela), após 60 dias do início da doença.

Todas essas formas clínicas podem ser observadas, a depender do local de comprometimento do sistema nervoso central e, em alguns casos, podem apresentar quadro de paralisia grave e levar à morte.

15. (TGB/2016- Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ)- A estratégia dos dias nacionais de vacinação, com imunização em grande escala, associada às ações de vigilância epidemiológica, permitiram ao Brasil a diminuição gradativa do número de casos da seguinte doença:

- a) tétano
- b) meningite
- c) poliomielite
- d) tuberculose

Comentário:

A Poliomielite é uma Doenças transmissíveis com tendência declinante em decorrência das estratégias e campanhas de vacinação.

O Tétano também é de tendência declinantes, porém o enunciado se refere a estratégias de vacinação em grande escala, o que acontece especificamente nessa questão com a Poliomielite.

Gabarito: Letra C

16. (FCC/2016- TRT-MT)- Em 2015, foi comemorado o 36º ano da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. Esta Campanha tem como grupo alvo crianças

- a) menores de cinco anos de idade.
- b) de seis meses a menores de cinco anos de idade.
- c) de um mês a menores de quatro anos de idade.

d) de oito meses a menores de dois anos de idade.

e) menores de seis meses de idade.

Comentário:

Especificamente na campanha de 2015 o grupo alvo foi de 6 meses a menores de 5 anos! Antes de 2015 essa campanha era de 0 a 5 anos! Essa é uma questão de 2016, então fique atento porque as bancas gostam de pequenos detalhes de atualização!

Gabarito: Letra B

17. (AOC/2015- EBSERH)- A Poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda, com sinonímia paralisia infantil. Esta doença encontra-se erradicada no país desde o início dos anos 90, em virtude do êxito do Programa Nacional de Imunização. A vacinação é a medida mais indicada para manter erradicada a circulação do poliovírus. A vacina oral da polio está contra indicada em casos de

a) crianças que vivem em más condições habitacionais.

b) indivíduos com suspeita de diagnóstico sorotipo 2.

c) indivíduos com histórico familiar da síndrome de Guillain-Barrê.

d) filhos de mães portadoras de HIV positivo.

e) desidratação.

Comentário:

Não existem contraindicações absolutas para a aplicação de vacina contra poliomielite. Entretanto, há casos com necessidade de avaliação, e um deles é no caso de crianças com aids devem receber a VIP; quando não disponível esta vacina, deve-se utilizar a VOP; as crianças assintomáticas com infecção pelo HIV podem receber a VOP.

Gabarito: Letra D

SARAMPO

Descrição

Doença viral, infecciosa aguda, potencialmente grave, transmissível, extremamente contagiosa e bastante comum na infância. A viremia provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas.

Viral

Contagiosa

Potencialmente
grave

Agente etiológico

RNA vírus pertencente ao gênero Morbillivirus, família Paramyxoviridae.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Por isso, a elevada contagiosidade da doença. Também tem sido descrito o contágio por dispersão de aerossóis com partículas virais no ar, em ambientes fechados, como escolas, creches e clínicas.

Aerossóis

Precauções para Aerossóis



Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

- Precaução padrão: higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.
- Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara antes de entrar no quarto.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Pacientes internados devem se submeter a isolamento respiratório de aerossol, até 4 dias após o início do exantema.

Período de incubação

Geralmente de 10 dias, podendo variar entre 7 e 18 dias, desde a data da exposição até o aparecimento da febre, e cerca de 14 dias até o início do exantema.

7 a 18 dias

Período de transmissibilidade

Inicia-se de 4 a 6 dias antes do exantema e dura até 4 dias após seu aparecimento. O período de maior transmissibilidade ocorre entre os 2 dias antes e os 2 dias após o início do exantema. O vírus vacinal não é transmissível.

Suscetibilidade e imunidade

De um modo geral, todas as pessoas são suscetíveis ao vírus do sarampo. Lactentes, cujas mães já tiveram sarampo ou foram vacinadas, possuem imunidade passiva conferida por anticorpos transmitidos pela via transplacentária. Essa imunidade é transitória e pode perdurar até o final do 1o ano de vida, razão pela qual pode haver interferência na resposta à vacinação em menores de 12 meses de vida. No Brasil, cerca de 85% das crianças perdem esses anticorpos maternos por volta dos 9 meses de idade.



CALENDÁRIO DE VACINA DE 2016

Administrar a 1ª dose aos **12 meses** de idade com a vacina **tríplice viral** e a 2ª dose aos **15 meses** de idade com a vacina **tetra viral**, sendo que esta poderá ser administrada enquanto a criança for menor de 2 anos de idade para as crianças que já tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral. Para as crianças acima de 2 anos de idade administrar a segunda dose com a vacina tríplice viral observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a criança que comprovadamente tenha 2 (duas) doses de vacina com componente sarampo, caxumba e rubéola.

Manifestações clínicas

Caracteriza-se por febre alta, acima de 38,5°C, exantema máculo-papular generalizado, tosse, coriza, conjuntivite e manchas de Koplik (pequenos pontos brancos na mucosa bucal, antecedendo o exantema). De forma simplificada, as manifestações clínicas do sarampo são divididas em três períodos.



- **Período de infecção** – dura cerca de 7 dias, iniciando-se com período prodrômico, quando surge a febre, acompanhada de tosse produtiva, coriza, conjuntivite e fotofobia. Do 2º ao 4º dia desse período, surge o exantema, quando se acentuam os sintomas iniciais. O paciente apresenta prostração e lesões características de sarampo (exantema cutâneo máculo-papular de coloração vermelha, iniciando na região retroauricular).

Exantema maculo-papular

- **Período toxêmico** – a ocorrência de superinfecção viral ou bacteriana é facilitada pelo comprometimento da resistência do hospedeiro à doença. São frequentes as complicações, principalmente nas crianças até os 2 anos de idade, especialmente as desnutridas e os adultos jovens.
- **Remissão** – caracteriza-se pela diminuição dos sintomas, com declínio da febre. O exantema torna-se escurecido e, em alguns casos, surge descamação fina, lembrando farinha, daí o nome de furfurácea. É durante o exantêmico que, geralmente, se instalam as complicações sistêmicas, embora a encefalite possa aparecer após o 20º dia.

Complicações

Febre por mais de 3 dias, após o aparecimento do exantema, é um sinal de alerta e pode indicar o aparecimento de complicações, como infecções respiratórias, otites, doenças diarreicas e neurológicas. Na ocorrência dessas complicações, a hospitalização pode ser necessária, principalmente em crianças desnutridas e em imunocomprometidos.

Proteção individual para evitar circulação viral

No plano individual, o isolamento domiciliar ou hospitalar dos casos diminui a intensidade dos contágios. Deve-se evitar, principalmente, a frequência às escolas ou creches, agrupamentos e qualquer contato com pessoas suscetíveis, **até 4 dias após o início do período exantemático**. O impacto do isolamento dos doentes é relativo à medida de controle, porque o período prodromico da doença já apresenta elevada transmissibilidade do vírus e, geralmente, não é possível isolar os doentes, a não ser no período exantemático. A vigilância dos contatos deve se realizar pelo período de 21 dias.

18. (Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ/2016- Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ)- Indivíduo de 25 anos de idade procurou atendimento em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), relatando ao enfermeiro do Acolhimento, um quadro de febre, tosse, coriza e exantema maculopapular. Relatou, ainda, viagem recente ao exterior e que não costuma vacinar-se. Diante destas informações, o enfermeiro identificou este indivíduo como um caso suspeito da seguinte doença:

- a) sarampo
- b) rubéola
- c) citomegalovírus
- d) dengue

Comentário:

O quadro acima relatado é característico do sarampo, ainda estudaremos as demais doenças. Mas a princípio grave os termos principais dos sinais e sintomas do Sarampo

Exantema maculo-papular

Febre

Tosse

Coriza

Gabarito: Letra A

19. (CONSULPLAN/2016- Prefeitura de Cascavel – PR)- “Doença infecciosa aguda, viral, transmissível, extremamente contagiosa e muito comum na infância. Ocorre o aparecimento de manchas avermelhadas no rosto, que progridem em direção aos pés, com duração mínima de três dias.” Trata-se de:

- a) Difteria.
- b) Hepatite.
- c) Sarampo.
- d) Coqueluche.
- e) Tuberculose.

Comentário:

Vejam inicialmente os agentes etiológicos de cada item:

Difteria: Bacilo Gram +

Hepatite: Vírus DNA

Coqueluche: Bacilo Gram –

Tuberculose: Bactéria Mycobacterium tuberculosis ou Bacilo de Koch

Apesar da Hepatite poder ser também viral veremos na aula específica sobre ela que esse quadro não é dos seus sinais e sintomas e também há vários tipos de hepatite com suas determinadas características de quadro clínico.

Nesse caso ficamos então com o Sarampo que é uma doença viral, infecciosa aguda, potencialmente grave, transmissível, extremamente

contagiosa e bastante comum na infância. A viremia provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas.

Gabarito: Letra C

20. (CEPERJ/2014- VIVA COMUNIDADE-VIVA RIO)- O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, que cursa com exantema de característica:

- a) vesicular
- b) petequial
- c) papulovesicular
- d) purpúrica
- e) maculopapular

Comentário:



Exantema Maculo-
papular

Gabarito: Letra E

21. (AOCP/2014- UFC)- Ana, 3 anos, apresentando manchas de Koplik (pontos brancos com halo avermelhado) e erupção tipo maculopapular eritematosa, há 2 dias, quando também iniciou quadro febril e coriza,

deu entrada no serviço de saúde, tendo o diagnóstico de sarampo. Neste sentido, qual é a precaução em relação à menor?

- a) Precaução por contato em coorte.
- b) Precaução por contato em enfermaria privativa.
- c) Precaução respiratória para aerossóis em enfermaria privativa.
- d) Precaução respiratória para gotículas em enfermaria privativa.
- e) Precaução padrão.

Comentário:

Mais um termo sobre o Sarampo para você levar para sua prova:



Manchas de Koplik

São lesões ulceradas na mucosa da cavidade oral próximas dos ductos de Stensen (lesões características da doença chamadas de **manchas de Koplik**) são marcadas por necrose, exsudato de neutrófilos e vasos neoformados.

Mas a pergunta é a respeito da precaução de isolamento, e conforme já vimos é a Precaução por aerossóis! Sendo necessária a utilização da máscara N95!

Gabarito: Letra C

RUBÉOLA

Descrição

Doença exantemática aguda, de etiologia viral, que apresenta alta contagiosidade e acomete principalmente crianças. Sua importância epidemiológica está relacionada ao risco de abortos, natimortos e malformações congênitas, como cardiopatias, catarata e surdez. Quando a infecção ocorre durante a gestação, o recém-nascido poderá apresentar a síndrome da rubéola congênita (SRC).

Viral

Exantemática

Agente etiológico

Vírus RNA, do gênero Rubivírus e da família Togaviridae.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Ocorre por meio de contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas. O vírus é disseminado por gotículas ou pelo contato direto com pacientes infectados. A transmissão indireta, que é pouco frequente, ocorre mediante contato com objetos contaminados com secreções nasofaríngeas, sangue e urina.

Período de incubação

Em geral, varia de 14 a 21 dias, com média de 17 dias. A variação máxima observada é de 12 a 23 dias.

Período de transmissibilidade

Aproximadamente de 5 a 7 dias antes do início do exantema e de 5 a 7 dias após.

17 dias

Suscetibilidade e imunidade

A suscetibilidade é geral. A imunidade ativa é adquirida por meio da infecção natural ou por vacinação. Os filhos de mães imunes podem apresentar imunidade passiva e transitória durante 6 a 9 meses de idade. O esquema de vacinação é o mesmo do sarampo.



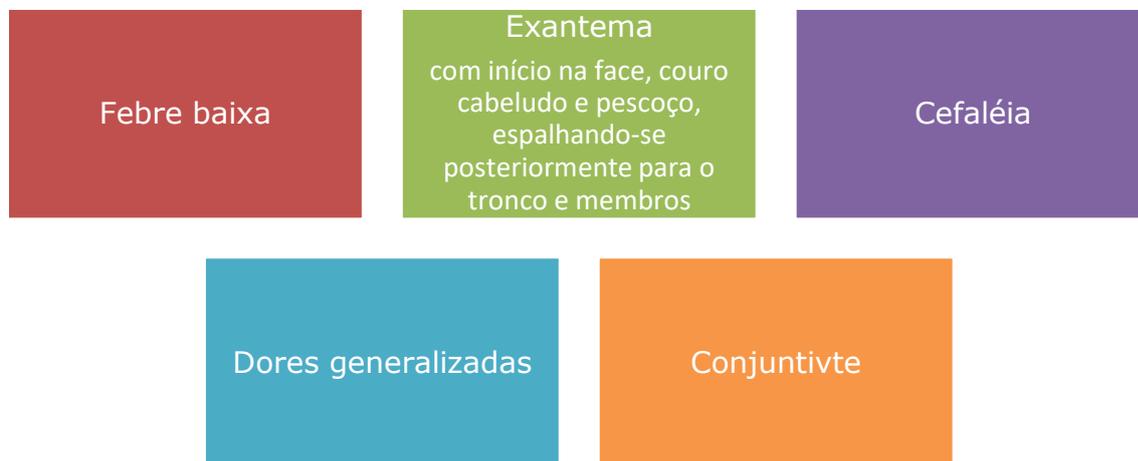
CALENDÁRIO DE VACINA DE 2016

Administrar a 1ª dose aos **12 meses** de idade com a vacina **tríplice viral** e a 2ª dose aos **15 meses** de idade com a vacina **tetra viral**, sendo que esta poderá ser administrada enquanto a criança for menor de 2 anos de idade para as crianças que já tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral. Para as crianças acima de 2 anos de idade administrar a segunda dose com a vacina tríplice viral observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a criança que comprovadamente tenha 2 (duas) doses de vacina com componente sarampo, caxumba e rubéola.

Manifestações clínicas

O quadro clínico é caracterizado por exantema máculo-papular e puntiforme difuso, com início na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se posteriormente para o tronco e membros.

Febre baixa e linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical posterior também são possíveis de ocorrer. Geralmente, antecedem o exantema no período de 5 a 10 dias e podem perdurar por algumas semanas. Formas inaparentes são frequentes, principalmente em crianças. Adolescentes e adultos podem apresentar um período prodrômico com febre baixa, cefaleia, dores generalizadas (artralgias e mialgias), conjuntivite, coriza e tosse. A leucopenia é comum e raramente ocorrem manifestações hemorrágicas.



Complicações

Apesar de raras, as complicações podem ocorrer com maior frequência em adultos, destacando-se: artrite ou artralgia, encefalites (1 para 5 mil casos) e manifestações hemorrágicas (1 para 3 mil casos).

SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

Descrição

Complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante a gestação, principalmente no 1o trimestre, podendo comprometer o desenvolvimento do feto e causar abortamento, morte fetal ou anomalias congênicas.



RUBÉOLA NA GRAVIDEZ

Agente etiológico

Vírus RNA, pertencente ao gênero Rubivirus e família Togaviridae.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Transmissão pela via transplacentária, após a viremia materna.

Período de transmissibilidade

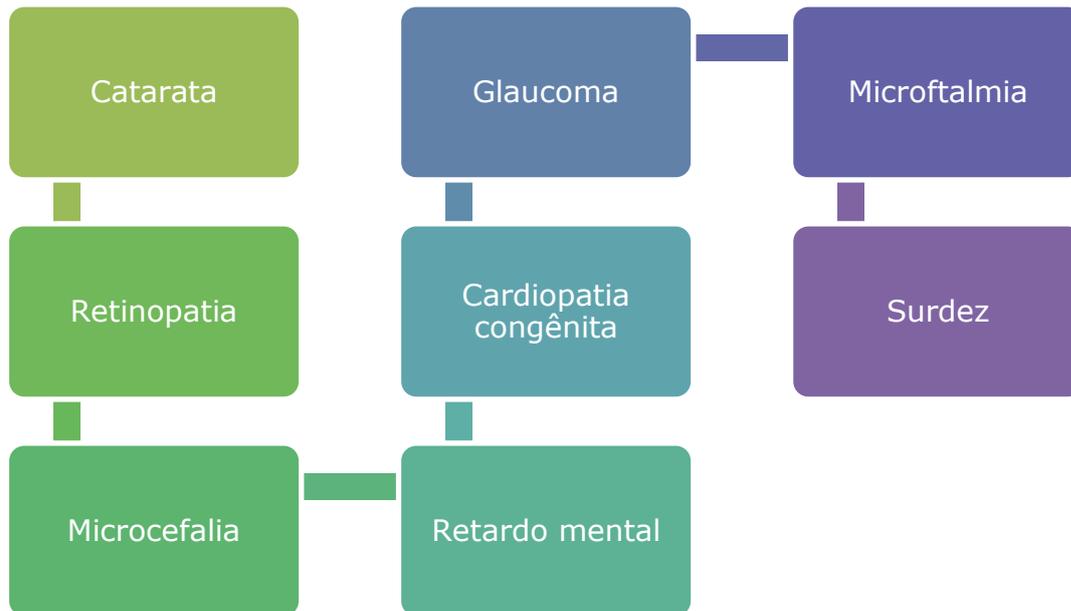
Recém-nascidos com síndrome da rubéola congênita (SRC) podem excretar o vírus da rubéola nas secreções nasofaríngeas, sangue, urina e fezes por longos períodos. O vírus pode ser encontrado em 80% das crianças no 1º mês de vida, 62% do 1º ao 4º mês, 33% do 5º ao 8º mês, 11% entre 9 e 12 meses, e 3% no 2º ano de vida.

Suscetibilidade e imunidade

É susceptível a pessoa que não tenha tido contato com o vírus. A infecção natural pelo vírus da rubéola ou pela imunização confere, em geral, imunidade permanente.

Manifestações clínicas

As principais manifestações clínicas no recém-nascido são:



Outras manifestações clínicas podem ocorrer, mas são transitórias, como: hepatoesplenomegalia, hepatite, icterícia, anemia hemolítica, púrpura trombocitopênica, adenopatia, meningoencefalite, miocardite, osteopatia de ossos longos (rarefações lineares nas metáfises) e exantema crônico. A prematuridade e o baixo peso ao nascer estão, também, associados à rubéola congênita. As crianças com SRC frequentemente apresentam mais de um sinal ou sintoma, mas podem ter apenas uma malformação, sendo a deficiência auditiva a mais comum.

Proteção individual para evitar circulação viral

É necessário isolamento de contatos do recém-nascido, uma vez que o vírus pode estar presente em fluidos corporais. A infecção pode ser transmitida aos suscetíveis, sendo importante a vacinação dos profissionais de saúde e dos contactantes. É importante evitar o contato de gestantes com a criança.

22. (TGB/2016- Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ)- Febre baixa, aumento ganglionar nas regiões retroauriculares e exantema maculopapular que surgem na face, pescoço e couro cabeludo, distribuindo-se em seguida para o restante do corpo, caracteriza a seguinte doença:

- a) rubéola
- b) sarampo
- c) dengue
- d) escarlatina

Comentário:

Conforme vimos o quadro clínico da Rubéola é caracterizado por exantema máculo-papular e puntiforme difuso, com início na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se posteriormente para o tronco e membros.

Febre baixa e linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical posterior também são possíveis de ocorrer. Geralmente, antecedem o exantema no período de 5 a 10 dias e podem perdurar por algumas semanas. Formas inaparentes são frequentes, principalmente em crianças. Adolescentes e adultos podem apresentar um período prodrômico com febre baixa, cefaleia, dores generalizadas (artralgias e mialgias), conjuntivite, coriza e tosse.

A escarlatina é uma infecção de origem bacteriana, que se manifesta habitualmente com os sintomas de dor de garganta, febre e erupções avermelhadas na pele (rash cutâneo), que começam na cabeça e vão se espalhando de forma descendente por todo o corpo. A diferença do quadro clínico está em que a Rubéola possui como sinal clássico o exantema maculo-papular, que é diferente do rash cutâneo da escarlatina.

Gabarito: Letra A

23. (FUNCAB/2015- FUNASG)- A Síndrome da Rubéola Congênita é uma complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante a gestação, principalmente no 1º trimestre, podendo comprometer o desenvolvimento do feto e causar abortamento, morte fetal ou anomalias congênitas. Sobre esta síndrome é correto afirmar:

- a) O feto infectado produz apenas anticorpos específicos IgG para rubéola antes do nascimento. A presença desse anticorpo no feto é evidência de infecção congênita.

- b) Tendo em vista a frequência e o aparecimento precoce de alterações ósseas, a avaliação radiológica de ossos longos apresenta grande importância diagnóstica.
- c) Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder a repetição dos exames sorológicos.
- d) O tratamento efetivo se dá através de doses de penicilina G cristalina intramuscular, a cada 12 horas, por um período de uma semana a 10 dias consecutivos.
- e) As principais manifestações clínicas no recém-nascido são: catarata , glaucoma, microftalmia, retinopatia, cardiopatia congênita, surdez, microcefalia e retardo mental.

Comentário:**Vamos analisar e corrigir os itens errados:**

Letra A: O feto infectado é capaz de produzir anticorpos específicos da classe **IgM e IgG** para rubéola antes mesmo do nascimento. A presença de anticorpos IgM específicos para rubéola no sangue do RN é evidência de infecção congênita, uma vez que os anticorpos IgM maternos não ultrapassam a barreira placentária. Os anticorpos IgM podem ser detectados em 100% das crianças com SRC até o 5º mês, em 60% de 6 a 12 meses e em 40% de 12 a 18 meses.

Letra B: Não há relação com alterações ósseas. Os principais sinais e sintomas da infecção intrauterina são o aborto espontâneo, malformação congênita de grandes órgãos e sistemas, como: oculares (microftalmia, retinopatia, glaucoma e catarata), cardíaca (persistência de ducto arterial, defeitos do tabique interauricular e interventricular, estenose da artéria pulmonar), deficiência auditiva e alterações neurológicas (meningoencefalite, retardo mental), púrpura, esplenomegalia, osteopatia radiolúcida. É possível a ocorrência de formas leves, com surdez parcial ou pequenas deficiências cardíacas, que só serão diagnosticadas muitos anos após o nascimento.

Letra C: A definição de caso se dá da seguinte forma:

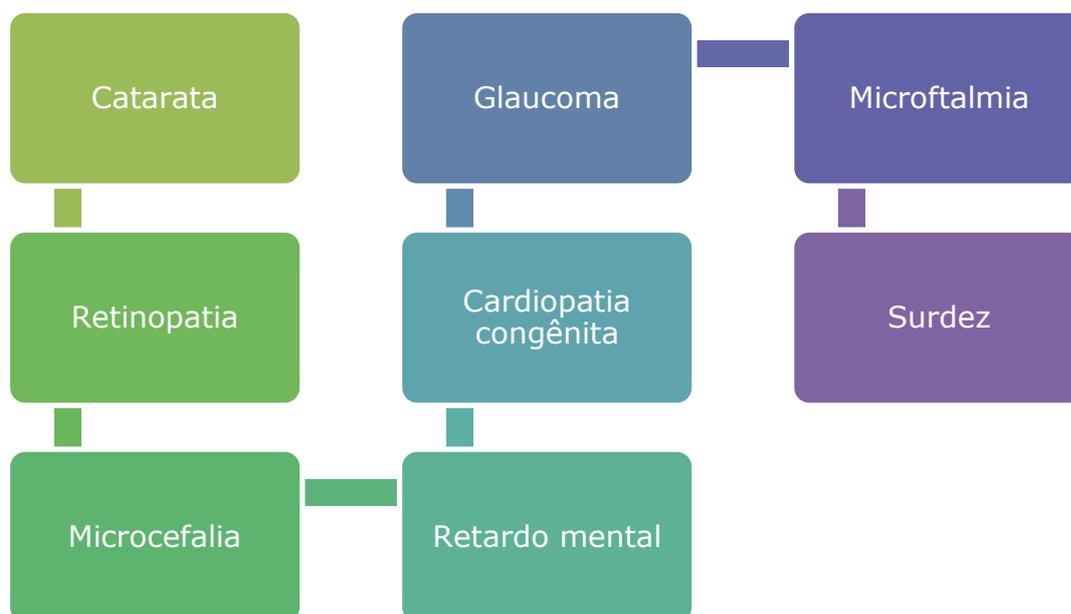
a) Caso suspeito - Todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito ou confirmado de rubéola durante a gestação, ou toda criança de até 12 meses que apresente sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna;

b) Caso confirmado por laboratório - O caso suspeito é confirmado quando há presença de malformações congênitas e, pelo menos, uma das seguintes condições: presença de anticorpos IgM específicos; título de anticorpos da classe IgG, detectados através de ensaio imunoenzimático (ELISA), mantidos persistentemente elevados ou acima do esperado pela transferência passiva de anticorpos maternos;

c) Caso confirmado pela clínica - O caso é compatível quando os resultados laboratoriais forem insuficientes para confirmação do diagnóstico e o recém-nascido apresentar duas das complicações relacionadas no Grupo 1 ou, uma do Grupo 1 associada a outra do Grupo 2, ou ainda, uma das complicações do grupo 1, associada à história de infecção materna comprovada por laboratório ou através vínculo epidemiológico durante a gestação.

Letra D: Não há tratamento específico

O gabarito é, portanto, a Letra E



Gabarito: Letra E

24. (VUNESP/2015- HUFMUSP)- Infecções congênitas são transmitidas pela mãe para o feto durante a gestação e o trabalho de parto. A rubéola pode levar o recém-nascido a nascer com

- a) microcefalia, convulsões e hipotermia.
- b) petéquias, trombocitopenia e catarata.
- c) alterações ósseas, anemia e diarreia.
- d) defeitos oculares, perda auditiva e defeitos cardíacos.
- e) abaulamento da fontanela, irritabilidade e alterações ósseas.

Comentário:

Ainda de acordo com o quadro visto na questão passada podemos facilmente gabaritar essa questão.

As principais manifestações clínicas no recém-nascido são: catarata , glaucoma, microftalmia, retinopatia, cardiopatia congênita, surdez, microcefalia e retardo mental.

Gabarito: Letra D

25. (IPEFAE/2015- CISMARPA)- Sobre a "Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)", analise as afirmativas:

I - É uma importante complicação da infecção pelo vírus da Rubéola durante a gestação, principalmente no último trimestre.

II - Pode comprometer o desenvolvimento do feto e causar aborto, natimorto e anomalias congênitas.

III - As manifestações clínicas podem ser transitórias, permanentes, ou tardias.

IV - A vacina contra rubéola é a única medida preventiva e a mais segura.

Assinale:

- a) Se todas as afirmativas estão corretas.
- b) Se apenas as afirmativas I e II estão corretas.
- c) Se apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
- d) Se apenas as afirmativas I e III estão corretas.

Comentário:

O item I está incorreto. Veja porque: a Complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante a gestação, ocorre principalmente no **1o trimestre**, podendo comprometer o desenvolvimento do feto e causar abortamento, morte fetal ou anomalias congênitas. E não no 3º trimestre como diz a questão!

Os demais itens estão corretos e conforme estudamos!

Gabarito: Letra C**26.(FGV/2014-SUSAM)**

As precauções e isolamentos são medidas que abrangem a prevenção da transmissão de doenças. Com base nisso, relacione o tipo de precaução recomendado às doenças listadas a seguir.

1. Precaução de contato
 2. Precaução de gotículas
 3. Precaução de contato + aerossóis
 4. Precaução de padrão
- () Varicela
() Meningite viral
() Impetigo
() Rubéola

Assinale a opção que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 – 2 – 3 – 4
- b) 3 – 4 – 1 – 2
- c) 4 – 3 – 2 – 1
- d) 2 – 1 – 4 – 3
- e) 1 – 4 – 3 – 2

Comentário:

Dessa questão apenas não vimos o Impetigo, que é uma infecção bacteriana que atinge as camadas superficiais da pele e a precaução é de contato. Temos, então, a seguinte relação:

Varicela → Precaução de contato + aerossóis

Meningite viral → Precaução de padrão. **Não confunda com a Meningite
BACTERIANA que é Precaução por Gotículas**

Impetigo → Precaução de contato

Rubéola → Precaução de gotículas

Gabarito: Letra B

Eu vou parando por aqui! Mas fique firme porque temos uma grande caminhada de estudos das Doenças transmissíveis pele frente. OK?

Foco no seu objetivo! E firmeza para se tornar um Consultor Legislativo!

Conte conosco! 😊

RESUMO



Resumindo

DOENÇA	AGENTE ETIOLÓGICO	RESERVATÓRIO	TRANSMISSÃO
Influenza	Vírus Influenza	Homem, suínos, equinos, focas e aves	Gotículas ou até Aerossóis
Doença Meningocócica	Bactéria Neisseria Meninitis	Homem	Secreções Respiratórias
Meningites Virais	Enterovírus	Homem	Fecal
Coqueluche	Bacilo Gram – Bordetella pertussis	Homem	Gotículas
Difteria	Bacilo Gram + Corynebacterium diphtherie	Doente	Gotículas, Fômites e Leite cru
Poliomielite	Polivírus	Homen (crianças)	Fecal- oral Água contaminada
Sarampo	RNA Vírus Mobillivirus	Homem	Aerossóis
Rubéola	RNA vírus Rubivírus	Homem	Secreções nasofaríngeas
Síndrome da Rubéola Congênita	RNA vírus Rubivírus	Homem	Transplacentária

LISTA DE QUESTÕES APRESENTADAS

1. (IESES/2014- IFC-SC- Enfermeiro)- Doença infecciosa aguda, viral, altamente contagiosa, que acomete o sistema respiratório, mais comum no final do outono e em todo o inverno. Os idosos podem sofrer várias complicações, como pneumonia primária viral, pneumonia secundária e outros. Referimo-nos à:

- a) Difteria.
- b) Dupla adulto.
- c) Influenza.
- d) Hepatite.

2. (AOC/2015- EBSEH- Enfermeiro)- Qual das vacinas a seguir é de extrema importância para a saúde da pessoa idosa, pois é uma vacina que previne uma doença que se dissemina rapidamente e apresenta elevada morbimortalidade em grupos de maior vulnerabilidade, principalmente em idosos institucionalizados?

- a) Dupla adulto.
- b) Hepatite B.
- c) BCG.
- d) Rotavírus.
- e) Influenza.

3. (BIO-RIO/2015- SPDM- Enfermeiro)- A vacina influenza é indicada para proteger contra o vírus da influenza e contra as complicações da doença, principalmente as pneumonias bacterianas secundárias. Sobre o esquema vacinal para influenza por idade, número de doses, volume por dose e intervalo entre as doses, as seguintes afirmativas estão corretas, EXCETO:

- a) crianças de 6 meses a 2 anos de idade devem receber 2 doses da vacina, com intervalo de 60 dias após receber a 1ª dose.

- b) crianças de 3 a 8 anos de idade devem receber 2 doses da vacina, com intervalo de 30 dias após receber a 1ª dose.
- c) crianças a partir de 9 anos de idade devem receber a vacina em dose única.
- d) adultos devem receber a vacina em dose única.
- e) o volume a ser aplicado por dose nas crianças a partir de 3 anos e nos adultos deve ser de 0,5 ml.

4. (VUNESP/2015- HCFMUSP- Enfermeiro)- Em 2009, vivemos a primeira pandemia do século XXI com a influenza H1N1. As precauções necessárias para prestar a assistência a um paciente com influenza H1N1 incluem contato e gotículas. Com base nisso, quais itens são necessários para o prestador de cuidados desse paciente?

- a) Avental de mangas longas, luvas de procedimentos, máscara cirúrgica e quarto privativo com porta fechada.
- b) Avental de mangas longas, luvas de procedimentos, máscara cirúrgica e quarto privativo com porta aberta.
- c) Avental de mangas curtas, luvas de procedimentos, máscara cirúrgica e quarto privativo com porta fechada.
- d) Avental de mangas longas, luvas de procedimentos, máscara cirúrgica e quarto coletivo com porta fechada.
- e) Avental de mangas curtas, luvas de procedimentos, máscara N95 e porta fechada

5. (AOC/2015- EBSEH- Enfermeiro)- Quanto à conduta de isolamento a ser adotada pelo enfermeiro para um paciente sob suspeita de Meningite, assinale alternativa correta.

- a) Quarto privativo por aerossol.
- b) Não precisa de quarto privativo até confirmação do diagnóstico.
- c) Precaução respiratória para transmissão por gotícula.
- d) Precaução respiratória para transmissão por aerossol.
- e) Precaução por contato.

6. (IBFC/2013- ILSL)- Em um ambiente hospitalar, deve ser utilizada a precaução para transmissão de gotículas nos casos de

- a) Hanseníase na forma Tuberculóide.
- b) Tuberculose Pulmonar.
- c) Meningites bacterianas.
- d) Hanseníase na forma Virchowiana.

7. (TBG/ 2016- Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ)- Constitui doença prevenível mediante vacinação:

- a) leptospirose
- b) coqueluche
- c) toxoplasmose
- d) esquistossomose

8. (IF-PB/2015- IF/PB)- Coqueluche é causada por uma bactéria denominada:

- a) *Bordetella pertussis*.
- b) *Corynebacterium diphtheriae*.
- c) *Haemophilus influenzae*.
- d) *Clostridium tetani*.
- e) *Schistosoma mansoni*.

9. (CEC/2014- Prefeitura de Piraquara – PR)- A respeito da coqueluche, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a) A coqueluche é uma doença considerada benigna em adultos, mas que pode ser letal em bebês abaixo de 6 meses de idade.
- b) Em indivíduos não adequadamente vacinados ou vacinados há mais de 5 anos, a coqueluche nem sempre se apresenta sob a forma clássica, podendo manifestar-se sob formas atípicas, com tosse persistente, porém sem paroxismos e o guincho característico.

- c) Nos episódios de tosse paroxística, a criança deve ser colocada em lateral ou decúbito de drenagem para evitar a aspiração de vômitos ou de secreção respiratória.
- d) A coqueluche é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional.
- e) A vacinação é a medida mais eficaz e adequada de prevenção e controle da população infantil, iniciando-se a partir de 6 meses até os 13 anos de idade.

10. (FGV/2015- TJ-PI)- A situação das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Uma doença transmissível com tendência descendente é:

- a) malária;
- b) coqueluche;
- c) tuberculose;
- d) leptospirose;
- e) hepatites virais.

11. (CETRO/2014- FUNDAÇÃO CASA)- A coqueluche é uma doença infecciosa aguda transmissível e de distribuição universal. A este respeito, assinale a alternativa que apresenta o reservatório natural dessa doença.

- a) Solos e sedimentos de lagos e mares.
- b) Homem.
- c) Animais domésticos.
- d) Animais silvestres.
- e) Gado bovino.

12. (FGV/2015- TJ-PI)- Ao orientar sua equipe sobre as indicações de precauções baseadas na forma de transmissão, a enfermeira citou alguns exemplos de doenças para cada tipo de precaução. Uma doença na qual se utiliza precaução para gotículas é:

- a) rubéola;
- b) sarampo;
- c) coqueluche;
- d) tuberculose;
- e) varicela.

13. (IF-PE/2016- IF-PE- ADAPTADA)- Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) doença transmissível é “aquela determinada por agente infeccioso específico ou por seus produtos metabólicos e que resulta da transmissão (...) para um hospedeiro susceptível, de forma direta ou indireta”. As doenças transmissíveis infecciosas classificam-se em: bacterianas, protozoárias, virais e micóticas. Na linha desse enfoque, julgue o item.

A difteria é uma doença infecciosa aguda não transmissível causada pelo bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, bacilo gram-positivo.

14. (CESPE/2015- TJ-DFT)- Julgue o próximo item relacionado a agentes infecciosos e suas doenças transmissíveis.

A difteria, também conhecida por crupe diftérico — doença causada por bactérias transmitidas pelo ar e pela saliva —, é caracterizada pela inflamação da faringe, da laringe e dos brônquios, o que pode causar asfixia e morte em indivíduos não imunizados.

15. (TGB/2016- Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ)- A estratégia dos dias nacionais de vacinação, com imunização em grande escala, associada às ações de vigilância epidemiológica, permitiram ao Brasil a diminuição gradativa do número de casos da seguinte doença:

- a) tétano

- b) meningite
- c) poliomielite
- d) tuberculose

16. (FCC/2016- TRT-MT)- Em 2015, foi comemorado o 36º ano da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. Esta Campanha tem como grupo alvo crianças

- a) menores de cinco anos de idade.
- b) de seis meses a menores de cinco anos de idade.
- c) de um mês a menores de quatro anos de idade.
- d) de oito meses a menores de dois anos de idade.
- e) menores de seis meses de idade.

17. (AOC/2015- EBSERH)- A Poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda, com sinonímia paralisia infantil. Esta doença encontra-se erradicada no país desde o início dos anos 90, em virtude do êxito do Programa Nacional de Imunização. A vacinação é a medida mais indicada para manter erradicada a circulação do poliovírus. A vacina oral da polio está contra indicada em casos de

- a) crianças que vivem em más condições habitacionais.
- b) indivíduos com suspeita de diagnóstico sorotipo 2.
- c) indivíduos com histórico familiar da síndrome de Guillain-Barrê.
- d) filhos de mães portadoras de HIV positivo.
- e) desidratação.

18. (Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ/2016- Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ)- Indivíduo de 25 anos de idade procurou atendimento em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), relatando ao enfermeiro do Acolhimento, um quadro de febre, tosse, coriza e exantema maculopapular. Relatou, ainda, viagem recente ao exterior e que não costuma vacinar-se. Diante destas informações, o enfermeiro identificou este indivíduo como um caso suspeito da seguinte doença:

- a) sarampo
- b) rubéola
- c) citomegalovírus
- d) dengue

19. (CONSULPLAN/2016- Prefeitura de Cascavel – PR)- “Doença infecciosa aguda, viral, transmissível, extremamente contagiosa e muito comum na infância. Ocorre o aparecimento de manchas avermelhadas no rosto, que progridem em direção aos pés, com duração mínima de três dias.” Trata-se de:

- a) Difteria.
- b) Hepatite.
- c) Sarampo.
- d) Coqueluche.
- e) Tuberculose.

20. (CEPERJ/2014- VIVA COMUNIDADE-VIVA RIO)- O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, que cursa com exantema de característica:

- a) vesicular
- b) petequial
- c) papulovesicular
- d) purpúrica
- e) maculopapular

21. (AOCP/2014- UFC)- Ana, 3 anos, apresentando manchas de Koplik (pontos brancos com halo avermelhado) e erupção tipo maculopapular eritematosa, há 2 dias, quando também iniciou quadro febril e coriza, deu entrada no serviço de saúde, tendo o diagnóstico de sarampo. Neste sentido, qual é a precaução em relação à menor?

- a) Precaução por contato em coorte.
- b) Precaução por contato em enfermaria privativa.

- c) Precaução respiratória para aerossóis em enfermaria privativa.
- d) Precaução respiratória para gotículas em enfermaria privativa.
- e) Precaução padrão.

22. (TGB/2016- Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ)- Febre baixa, aumento ganglionar nas regiões retroauriculares e exantema maculopapular que surgem na face, pescoço e couro cabeludo, distribuindo-se em seguida para o restante do corpo, caracteriza a seguinte doença:

- a) rubéola
- b) sarampo
- c) dengue
- d) escarlatina

23. (FUNCAB/2015- FUNASG)- A Síndrome da Rubéola Congênita é uma complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante a gestação, principalmente no 1º trimestre, podendo comprometer o desenvolvimento do feto e causar abortamento, morte fetal ou anomalias congênitas. Sobre esta síndrome é correto afirmar:

- a) O feto infectado produz apenas anticorpos específicos IgG para rubéola antes do nascimento. A presença desse anticorpo no feto é evidência de infecção congênita.
- b) Tendo em vista a frequência e o aparecimento precoce de alterações ósseas, a avaliação radiológica de ossos longos apresenta grande importância diagnóstica.
- c) Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder a repetição dos exames sorológicos.
- d) O tratamento efetivo se dá através de doses de penicilina G cristalina intramuscular, a cada 12 horas, por um período de uma semana a 10 dias consecutivos.

e) As principais manifestações clínicas no recém-nascido são: catarata , glaucoma, microftalmia, retinopatia, cardiopatia congênita, surdez, microcefalia e retardo mental.

24. (VUNESP/2015- HUFMUSP)- Infecções congênitas são transmitidas pela mãe para o feto durante a gestação e o trabalho de parto. A rubéola pode levar o recém-nascido a nascer com

- a) microcefalia, convulsões e hipotermia.
- b) petéquias, trombocitopenia e catarata.
- c) alterações ósseas, anemia e diarreia.
- d) defeitos oculares, perda auditiva e defeitos cardíacos.
- e) abaulamento da fontanela, irritabilidade e alterações ósseas.

25. (IPEFAE/2015- CISMARPA)- Sobre a "Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)", analise as afirmativas:

I - É uma importante complicação da infecção pelo vírus da Rubéola durante a gestação, principalmente no último trimestre.

II - Pode comprometer o desenvolvimento do feto e causar aborto, natimorto e anomalias congênitas.

III - As manifestações clínicas podem ser transitórias, permanentes, ou tardias.

IV - A vacina contra rubéola é a única medida preventiva e a mais segura.

Assinale:

- a) Se todas as afirmativas estão corretas.
- b) Se apenas as afirmativas I e II estão corretas.
- c) Se apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.
- d) Se apenas as afirmativas I e III estão corretas.

26.(FGV/2014-SUSAM)

As precauções e isolamentos são medidas que abrangem a preve

nção da transmissão de doenças. Com base nisso, relacione o tipo de precaução recomendado às doenças listadas a seguir.

1. Precaução de contato
2. Precaução de gotículas
3. Precaução de contato + aerossóis
4. Precaução de padrão

() Varicela

() Meningite viral

() Impetigo

() Rubéola

Assinale a opção que indica a sequência correta, de cima para baixo.

a) 1 – 2 – 3 – 4

b) 3 – 4 – 1 – 2

c) 4 – 3 – 2 – 1

d) 2 – 1 – 4 – 3

e) 1 – 4 – 3 – 2

GABARITO

Questão	Gabarito
1.	C
2.	E
3.	A
4.	A
5.	C
6.	C
7.	B
8.	A
9.	E
10.	B
11.	B
12.	C
13.	ERRADO
14.	CERTO
15.	C
16.	B
17.	D
18.	A
19.	C
20.	E
21.	C
22.	A
23.	E
24.	D
25.	C
26.	B

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Guia de Vigilância em Saúde. – Volume único. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2009. 95 p.

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.