**ATIVIDAD E / EXERCÍCIOS**

**CURSO DE VACINAS**

**-------**

1. COM BASE NAS RECOMENDAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI), DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, COM RELAÇÃO À VACINAÇÃO DAS GESTANTES, IDENTIFIQUE AS AFIRMATIVAS A SEGUIR COMO VERDADEIRAS (V) OU FALSAS (F):

( ) A VACINA CONTRA INFLUENZA SAZONAL É CONTRAINDICADA A GESTANTES NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO.

( ) A VACINA DT É INDICADA PARA A PROTEÇÃO DA GESTANTE CONTRA O TÉTANO ACIDENTAL E PARA A PREVENÇÃO DO TÉTANO NEONATAL.

( ) O ESQUEMA VACINAL CONTRA HEPATITE B DEVE SER INICIADO O MAIS PRECOCEMENTE POSSÍVEL, INDEPENDENTEMENTE DA IDADE GESTACIONAL.

( ) EM SITUAÇÕES DE PÓS-EXPOSIÇÃO AO VÍRUS RÁBICO, A VACINA CONTRA RAIVA HUMANA É INDICADA DURANTE A GESTAÇÃO.

ASSINALE A ALTERNATIVA QUE APRESENTA A SEQUÊNCIA CORRETA, DE CIMA PARA BAIXO.

A) V – F – V – F.

B) V – V – F – F.

C) F – V – F – V.

D) F – F – V – V.

E) V – V – V – V.

1. FAZ-SE A SEGUINTE AFIRMAÇÃO SOBRE UMA VACINA: “A PRIMEIRA DOSE DA VACINA DEVE SER ADMINISTRADA NA MATERNIDADE, NAS PRIMEIRAS 12 HORAS DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO. O ESQUEMA BÁSICO SE CONSTITUI DE 3 (TRÊS) DOSES, COM INTERVALOS DE 30 DIAS DA PRIMEIRA PARA A SEGUNDA DOSE E 180 DIAS DA PRIMEIRA PARA A TERCEIRA DOSE.” DE ACORDO COM O CALENDÁRIO VACINAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, O TEXTO ACIMA REFERE-SE À VACINA CONTRA:

A) POLIOMIELITE.

B) BCG.

C) FEBRE AMARELA.

D) TRÍPLICE VIRAL.

E) HEPATITE B.

1. SEGUNDO O CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO, PARA UMA CRIANÇA DE 12 MESES DE IDADE ESTÃO INDICADAS OS IMUNOLÓGICOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. COMPLETE A FRASE E A SEGUIR ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA.

A) 1° REFORÇO DA DTP (DIFTERIA, TÉTANO E COQUELUCHE) E 1° REFORÇO DA VOP (VACINA ORAL POLIOMIELITE).

B) REFORÇO DA MENINGO C E DOSE ÚNICA DA TETRA VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA E VARICELA).

C) REFORÇO DA PNEUMO 10 E DOSE ÚNICA TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA).

D) DOSE INICIAL DA FEBRE AMARELA E DOSE ÚNICA DA DUPLA VIRAL (SARAMPO E RUBÉOLA).

1. DE ACORDO COM O CALENDÁRIO VACINAL 2017, O RECÉM NASCIDO INICIA SUA IMUNIZAÇÃO AO NASCER COM AS DOSES RESPECTIVAS DE:

A) BCG-ID E PENTAVALENTE (DTP+HIB+HEP B).

B) BCG-ID E PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE CONJUGADA.

C) PENTAVALENTE (DTP+HIB+HEP B) E PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE CONJUGADA.

D) BCG-ID E HEPATITE B.

E) BCG-ID, HEPATITE B E PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE CONJUGADA.

1. A VACINA ESTIMULA O CORPO A SE DEFENDER CONTRA OS ORGANISMOS (VÍRUS E BACTÉRIAS) QUE PROVOCAM DOENÇAS. ACERCA DO CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA ADULTOS ENTRE 20 E 59 ANOS, É INCORRETO AFIRMA QUE A:

A) VACINA CONTRA A FEBRE AMARELA É TOMADA A CADA 10 ANOS.

B) VACINA CONTRA A FEBRE AMARELA É CONSTITUÍDA DE VÍRUS VIVOS ATENUADOS.

C) VACINA PARA SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA (TRÍPLICE VIRAL) É DE DOSE ÚNICA.

D) VACINA DUPLA VIRAL CONTRA SARAMPO E RUBÉOLA NÃO PODE SER ADMINISTRADA EM MULHERES GRÁVIDAS.

E) SEGUNDA DOSE DA VACINA DT É APLICADA UM MÊS APÓS PRIMEIRA E A TERCEIRA DOSE, SEIS MESES APÓS A PRIMEIRA.

1. A VACINA HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO) OU VACINA QUADRIVALENTE (6, 11, 16, 18) ESTÁ INDICADA PARA MENINOS E MENINAS DE 9 A 26 ANOS, EM TRÊS DOSES. “A SEGUNDA DOSE DEVE SER FEITA \_\_\_\_\_\_ MESES APÓS A PRIMEIRA, E A TERCEIRA DOSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ APÓS A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.” ASSINALE A ALTERNATIVA QUE COMPLETA CORRETA E SEQUENCIALMENTE A AFIRMATIVA ANTERIOR.

A) 6 / 5 ANOS / PRIMEIRA.

B) 6 / 5 ANOS / SEGUNDA.

C) 2 / 6 MESES /SEGUNDA.

D) 2 / 6 MESES / PRIMEIRA.

E) 3 / 6 MESES / PRIMEIRA.

1. AS VACINAS REQUEREM CUIDADOS ESPECIAIS: TEMPERATURA ADEQUADA PARA SUA CONSERVAÇÃO, PRECAUÇÕES PARA NÃO OCORRER CONTAMINAÇÃO E CONHECIMENTOS PARA SUA ADMINISTRAÇÃO. A TEMPERATURA PARA SUA CONSERVAÇÃO É, EM MÉDIA, +2° A +8°C. DIANTE DESSAS INFORMAÇÕES, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SOBRE O ACONDICIONAMENTO DE VACINAS.

A) NA PRIMEIRA PRATELEIRA AS VACINAS CONTRA VÍRUS; NA SEGUNDA, AS VACINAS CONTRA BACTÉRIAS E TOXINAS; E, NA TERCEIRA, OS SOROS.

B) NA PRIMEIRA PRATELEIRA OS SOROS; NA SEGUNDA, AS VACINAS CONTRA BACTÉRIAS E TOXINAS; E, NA TERCEIRA, AS VACINAS CONTRA VÍRUS.

C) NA PRIMEIRA PRATELEIRA AS VACINAS CONTRA BACTÉRIAS E TOXINAS; NA SEGUNDA, AS VACINAS CONTRA VÍRUS; E, NA TERCEIRA, OS SOROS.

D) NA PRIMEIRA PRATELEIRA OS SOROS; NA SEGUNDA, AS VACINAS CONTRA VÍRUS; E, NA TERCEIRA, AS VACINAS CONTRA BACTÉRIAS E TOXINAS.

E) NA PRIMEIRA PRATELEIRA AS VACINAS CONTRA VÍRUS; NA SEGUNDA, OS SOROS; E, NA TERCEIRA, AS VACINAS CONTRA BACTÉRIAS E TOXINAS.

1. SEGUNDO O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO, A PRIMEIRA DOSE DAS VACINAS TETRAVALENTE, MENINGOCÓCICA C E TRÍPLICE VIRAL DEVEM SER ADMINISTRADAS, RESPECTIVAMENTE,

A) NO 1º MÊS, NO 2º MÊS E NO 9º MÊS DE VIDA.

B) NO 3º MÊS, NO 4º MÊS E NO 6º MÊS DE VIDA.

C) NO 4º MÊS, NO 6º MÊS E NO 15º MÊS DE VIDA.

D) NO 1º MÊS, NO 4º MÊS E NO 5º MÊS DE VIDA.

E) NO 2º MÊS, NO 3º MÊS E NO 12º MÊS DE VIDA.

1. A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO DEVE SER INDICADA PARA PESSOAS COM RISCO DE EXPOSIÇÃO PERMANENTE AO VÍRUS DA RAIVA, DURANTE ATIVIDADES OCUPACIONAIS EXERCIDAS POR PROFISSIONAIS COMO BIÓLOGOS E MÉDICOS VETERINÁRIOS. ASSIM, O ESQUEMA PRÉ EXPOSIÇÃO E OS DIAS DE APLICAÇÃO NESTES CASOS SÃO:

A) ESQUEMA: 3 DOSES; DIAS DE APLICAÇÃO: 0,7,28.

B) ESQUEMA: 2 DOSES; DIAS DE APLICAÇÃO: 0,3.

C) ESQUEMA: DOSE ÚNICA; DIAS DE APLICAÇÃO: 0.

D) ESQUEMA: 5 DOSES; DIAS DE APLICAÇÃO: 0,3,7,14,28.

E) ESQUEMA: 4 DOSES; DIAS DE APLICAÇÃO: 0, 3, 7,14.

1. NO QUE SE REFERE À VACINA INATIVADA POLIOMIELITE (VIP) E A VACINA ORAL CONTRA POLIOMIELITE (VOP), INFORME SE É VERDADEIRO (V) OU FALSO (F) O QUE SE AFIRMA A SEGUIR E ASSINALE A ALTERNATIVA COM A SEQUÊNCIA CORRETA.

( ) A VACINA ORAL CONTRA POLIOMIELITE (VOP) FOI RETIRADA DO CALENDÁRIO INFANTIL DE IMUNIZAÇÕES, POIS FOI SUBSTITUÍDA PELA VACINA INATIVADA POLIOMIELITE (VIP).

( ) ESTÁ INDICADA PARA A IMUNIZAÇÃO PASSIVA CONTRA A POLIOMIELITE CAUSADA PELOS TRÊS SOROTIPOS (1,2 E 3) A PARTIR DOS 4 MESES DE IDADE.

( ) O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES RECOMENDA QUE A VACINA POLIOMIELITE 1, 2 E 3 (INATIVADA) NÃO SEJA ADMINISTRADA SIMULTANEAMENTE COM A VACINA DE ROTAVÍRUS.

( ) A VACINA INATIVADA POLIOMIELITE NÃO DEVE SER USADA EM CONTROLE DE SURTOS DA DOENÇA SE A VACINA ORAL POLIOMIELITE ESTIVER DISPONÍVEL.

A) F – F – V – V.

B) V – V – F – F.

C) F – V – F – V.

D) V – V – V – F.

E) F – F – F – V.

1. SOBRE A VACINA BCG, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA.

A) A VACINA BCG É ADMINISTRADA COM A FINALIDADE PRINCIPAL DE PREVENIR AS FORMAS GRAVES DA MENINGITE.

B) A IDADE DE VACINAÇÃO RECOMENDADA É A PARTIR DE 02 MESES DE VIDA, OU PESO SUPERIOR A 3,0 KG.

C) A VACINA BCG É PREPARADA COM VÍRUS VIVOS, A PARTIR DE CEPAS ATENUADAS DO MYCOBACTERIUM BOVIS.

D) NA AUSÊNCIA DA CICATRIZ VACINAL É INDICADA A REVACINAÇÃO SEIS MESES APÓS A PRIMEIRA DOSE.

E) A REALIZAÇÃO DO TESTE TUBERCULÍNICO É INDISPENSÁVEL, ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA VACINA BCG.

1. CONFORME O MANUAL DE VIGILÂNCIA DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO: CARTILHA PARA TRABALHADORES DE SALA DE VACINAÇÃO, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, SÃO ORIENTAÇÕES A SEGUIR DURANTE A TRIAGEM NA VACINAÇÃO COM A TRÍPLICE VIRAL, EXCETO:

A) O PROFISSIONAL DE SAÚDE DEVERÁ SEMPRE PERGUNTAR AO CLIENTE OU RESPONSÁVEL SOBRE A OCORRÊNCIA DE QUALQUER EVENTO ADVERSO ANTERIOR.

B) EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL, PERGUNTAR SOBRE A POSSIBILIDADE DE GRAVIDEZ. NESSE CASO, ESTARÁ AUTORIZADO A PROCEDER À VACINAÇÃO EM DOSE DIFERENCIADA.

C) EXPLICAR QUE OS EVENTOS ADVERSOS COMUNS, OU ESPERADOS, PARA ESSA VACINA SÃO: DOR LOCAL, ERITEMA (VERMELHIDÃO), ENDURAÇÃO, ARDÊNCIA, EXANTEMA, PRURIDO (COCEIRA) E FEBRE.

D) DEVE SER PERGUNTADO AO CLIENTE SE ELE TEM OU JÁ APRESENTOU ALERGIA AO OVO DE GALINHA. NO CASO DE CONFIRMAR ALERGIA A OVO OU A ALIMENTOS COM OVOS, A VACINA DEVERÁ SER ADMINISTRADA EM AMBIENTE HOSPITALAR, COM SUPERVISÃO MÉDICA.

1. CONFORME O MANUAL DE VIGILÂNCIA DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO: CARTILHA PARA TRABALHADORES DE SALA DE VACINAÇÃO, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, SÃO CUIDADOS PARA OBSERVAR DURANTE A PREPARAÇÃO DA VACINA, NO SENTIDO DE EVITAR O EVENTO ADVERSO, EXCETO:

A) A DILUIÇÃO DEVE SER FEITA, LENTAMENTE, PELA PAREDE DO FRASCO.

B) PROCEDER À DESINFECÇÃO DO FRASCO-AMPOLA DA VACINA ANTES DE ASPIRAR CADA DOSE.

C) SE O LOCAL DE APLICAÇÃO NÃO APRESENTAR BOAS CONDIÇÕES DE HIGIENE, PASSAR UM ALGODÃO SECO.

D) AO ACRESCENTAR O DILUENTE, AGITAR O FRASCO EM MOVIMENTOS CIRCULARES, PARA HOMOGENEIZAR MELHOR A VACINA.

1. NO QUE SE REFERE À ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

A) A VACINA BCG DEVE SER ADMINISTRADA EM DOSE ÚNICA, O MAIS PRECOCEMENTE POSSÍVEL, PREFERENCIALMENTE NAS PRIMEIRAS 12 HORAS APÓS O NASCIMENTO, PRINCIPALMENTE EM CRIANÇAS PREMATURAS OU COM BAIXO PESO.

B) A PRIMEIRA DOSE DA VACINA HEPATITE B (RECOMBINANTE) PODE SER ADMINISTRADA ATÉ 30 DIAS APÓS O NASCIMENTO. DEVE-SE COMPLETAR O ESQUEMA DE VACINAÇÃO CONTRA HEPATITE B COM A VACINA PENTA.

C) A VACINA PENTA (DIFTERIA, TÉTANO, PERTUSSIS, HEPATITE B RECOMBINANTE E HAEMOPHILUS INFLUENZA B CONJUGADA), DEVE SER ADMINISTRADA POR VIA SUBCUTÂNEA, AOS 2 (DOIS), 4 (QUATRO) E 6 (SEIS) MESES DE IDADE, COM INTERVALO DE 60 DIAS ENTRE AS DOSES.

D) A VACINA POLIOMIELITE 1, 2 E 3 (INATIVADA)- VIP DEVE SER ADMINISTRADA POR VIA INTRAMUSCULAR EM 2 (DUAS) DOSES, AOS 2 (DOIS) E 4 (QUATRO) MESES DE IDADE, COM INTERVALO DE 60 DIAS. A VACINA POLIOMIELITE 1, 2 E 3 (ATENUADA)- VOP DEVERÁ SER ADMINISTRADA 1 (UMA) DOSE, AOS 8 (OITO) MESES DE IDADE E 1(UM) REFORÇO AOS 15 MESES DE IDADE.

E) A VACINA PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE (CONJUGADA)- PNEUMO10 DEVE SER ADMINISTRADA EM 3(TRÊS) DOSES AOS 4 (QUATRO), 6 (SEIS) E 8 (MESES) DE IDADE, COM INTERVALO DE 60 DIAS ENTRE AS DOSES, EM CRIANÇAS MENORES DE 1 (UM) ANO DE IDADE.

1. ANALISE AS AFIRMATIVAS E ASSINALE A INCORRETA NO QUE SE REFERE À VACINA TETRA VIRAL.

A) É INDICADA PARA A IMUNIZAÇÃO ATIVA DE CRIANÇAS CONTRA SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA E VARICELA.

B) A VACINA DEVE SER ADMINISTRADA AOS DOIS, QUATRO E SEIS MESES DE VIDA, COM REFORÇO AOS 15 MESES.

C) A DOSE É DE 0,5 ML, POR VIA SUBCUTÂNEA, PREFERENCIALMENTE NA REGIÃO DELTOIDE SUPERIOR DO BRAÇO.

D) A VACINA NÃO PODE SER CONGELADA E DEVE SER MANTIDA EM TEMPERATURAS ENTRE +2 A +8ºC.

E) A VACINA TETRA VIRAL PODE SER ADMINISTRADA SIMULTANEAMENTE COM OUTRAS VACINAS, EXCETO A VACINA FEBRE AMARELA.

1. A VACINA DE ROTAVÍRUS HUMANO CONSISTE EM:

A) 4 DOSES.

B) 6 DOSES.

C) 1 DOSE.

D) 2 DOSES.

1. ASSINALE A ALTERNATIVA QUE CONTENHA A IDADE PRECONIZADA PARA A APLICAÇÃO DA VACINA DE SCR.

A) 12 MESES, 15 MESES.

B) 6 MESES, 9 MESES

C) 3,5 E 7 MESES.

D) 9 MESES

1. ASSINALE A ALTERNATIVA QUE CONTENHA A IDADE MÍNIMA PARA A APLICAÇÃO DA VACINA INFLUENZA.

A) 3 MESES.

B) 1 ANO.

C) 6 MESES.

D) 9 MESES.

1. ASSINALE A ALTERNATIVA QUE CONTENHA O INTERVALO MÍNIMO DA VACINA DT ENTRE A 1ª E 2ª DOSE.

A) 30 DIAS.

B) 4 SEMANAS.

C) 15 DIAS.

D) 8 SEMANAS.

1. DE ACORDO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE A VACINA BCG NÃO PROVOCA REAÇÕES GERAIS, COMO FEBRE OU MAL ESTAR, SUA REAÇÃO É NO LOCAL DA APLICAÇÃO E É DE EVOLUÇÃO LENTA E BENIGNA (VARIANDO DE INDIVÍDUO PARA INDIVÍDUO), SE A TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO DA VACINA OCORRE DE FORMA CORRETA. ASSINALE A ALTERNATIVA INCORRETA EM RELAÇÃO A EVOLUÇÃO DA BCG.

A) DA 1ª À 2ª SEMANA: MÁCULA AVERMELHADA COM ENDURAÇÃO CUJAS DIMENSÕES VARIAM DE 5 A 15 MM.

B) DA 3ª À 4ª SEMANA: PÚSTULA QUE SE FORMA COM AMOLECIMENTO DO CENTRO DA LESÃO, SEGUIDA PELO APARECIMENTO DE CROSTA.

C) DA 6ª À 12ª SEMANA DESAPARECIMENTO LENTO DA ÚLCERA, DEIXANDO COMO RESULTADO UMA CICATRIZ PLANA, COM DIÂMETRO DE 3 A 7 MM.

D) DA 6ª À 12ª SEMANA: CICATRIZ COM 4 A 7 MM DE DIÂMETRO ENCONTRADA EM CERCA DE 95% DOS VACINADOS.