



Saúde Pública

Profa. Dra. Hogla Cardozo Murai

UNISA
DIGITAL
SEMIPRESENCIAL

Profa. Dra. Hogla Cardozo Murai

SAÚDE PÚBLICA
Atualizada em fevereiro/2011

UNIDADE I	
CONCEITOS BÁSICOS DE EPIDEMIOLOGIA NA PRÁTICA DOS SERVIÇOS	
1. Processo saúde-doença: teorias e conceito e estrutura	04
2. Medida das doenças.....	09
3. Condições de vida e saúde – uso dos indicadores de saúde e estatística vital.....	11
4. Sistemas de Informação em saúde – Bases de dados nacionais.....	14
UNIDADE II	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
1. Vigilância em Saúde	16
2. Vigilância Epidemiológica	17
3. Vigilância Ambiental	20
4. Vigilância Sanitária	24
UNIDADE III	
POLÍTICAS PÚBLICAS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
1. Marcos históricos na organização do Sistema de Saúde do Brasil	26
2. Sistema Único de Saúde – Diretrizes e regulamentação	27
3. Políticas Públicas de Saúde: a agenda de compromissos do SUS.....	29
4. Modelos assistenciais no SUS	29
UNIDADE IV	
ATENÇÃO BÁSICA	
1. Atenção Básica – princípios, fundamentos e áreas estratégicas	31
2. Intervenções sobre o processo saúde-doença nos ciclos vitais da população:	
2.1 Saúde da criança	32
2.2 Saúde do adolescente:.....	34
2.3 Saúde da mulher	35
2.4 Saúde do homem	39
2.5 Saúde do adulto.....	40
2.6 Saúde do idoso	41
UNIDADE V	
INTERVENÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA SOCIALMENTE DETERMINADOS	
1. Programa nacional de eliminação da Hanseníase – PNEH.....	43
2. Programa de controle da tuberculose – PNCT	46
3. Controle da hipertensão arterial.....	49
4. Controle da diabetes mellitus	52
5. Saúde bucal	55
6. Saúde mental.....	57
UNIDADE VI	
INTERVENÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES SÓCIO AMBIENTAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	
1. Imunização	59
2. Nutrição em saúde pública	64
3. Educação em saúde	67

INTRODUÇÃO

A Disciplina Saúde Pública tem como objetivo geral refletir a prática profissional de saúde inserida no contexto social, econômico e político de uma população. Para tanto, busca recursos na epidemiologia, sociologia e estatística para oferecer aos alunos a possibilidade de desenvolver habilidades para identificação e proposição de intervenções nos diferenciais de saúde e condições de vida da população, considerando os princípios da equidade, da integralidade e universalidade da assistência à saúde.

Os conteúdos da Disciplina estão agrupados em quatro unidades, iniciando com os conceitos básicos de epidemiologia na prática dos serviços, apresentando a seguir a interface entre a assistência à saúde e a intervenção sobre os determinantes sócio ambientais da doença. O Sistema Único de Saúde do Brasil é discutido no contexto das Políticas Públicas de Saúde e da história recente do país. Os modelos assistenciais são abordados criando o cenário adequado para a discussão da Atenção Básica, na qual estão contidos os programas de intervenção governamental na promoção da saúde, prevenção e recuperação de danos nos ciclos vitais e na redução de riscos de agravos prioritários da população brasileira.

UNIDADE I

CONCEITOS BÁSICOS DE EPIDEMIOLOGIA NA PRÁTICA DOS SERVIÇOS

1. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: TEORIAS E CONCEITO E ESTRUTURA.

O conceito de saúde e de doença tem evoluído junto com a humanidade e as crenças em torno do adoecimento também determinam o modo de enfrentamento do problema.

Inicialmente a doença era vista como castigo divino ao ser humano que se afastava da comunhão com Deus. Esta convicção fazia com que o cuidado com a saúde e as ações preventivas se confundissem com as normas da igreja que, por sua vez, sendo responsável pela “habilitação das pessoas perante Deus”, detinha os registros de nascimentos e óbitos. Alguns resquícios da Teoria Divina persistem até os dias atuais: por exemplo, quando dizemos que a saúde de alguém se restabeleceu “Graças a Deus”.

Posteriormente e até meados do século XIX, incluindo o período da formação das cidades e da ocorrência das grandes epidemias, acreditava-se que a saúde ou a doença estavam relacionadas ao ambiente em que as pessoas viviam. As más condições sanitárias expunham as pessoas à inalação de maus ares chamados de miasmas. Segundo esta teoria, os miasmas penetravam pelos poros e outras aberturas do corpo humano causando males internos. Neste período todos os tratamentos eram voltados para a adequação do ambiente (iluminação, ventilação, temperatura, silêncio, hidratação e dieta) em que o doente se encontrava. Entretanto, a Teoria dos Miasmas não era suficiente para explicar algumas epidemias assolavam as cidades e, metade do século XIX, surgiram importantes trabalhos científicos, entre eles o de John Snow, que demonstrava a transmissão da cólera através da água. Nas décadas seguintes, a descoberta e isolamento de bactérias e fungos deram início ao período bacteriológico e a Teoria Unicausal, segundo a qual para cada agravo haveria um microorganismo causador. A descoberta e uso de antibióticos não foi suficiente para eliminar as doenças na época, impulsionando a formulação da Teoria Multicausal que atribuiu à influencia concomitante de diferentes fatores físicos, químicos, biológicos, socioeconômicos e culturais na determinação da doença.

Somente na segunda metade do século XX é que a Determinação Social da Doença foi amplamente aceita, após a divulgação dos estudos de Asa Cristina Laurell (1983), uma sanitarista mexicana que definiu o processo de saúde e doença como “o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença”. Um exemplo da aplicação desta teoria é dado por Martins et al (1987), que demonstrou o vínculo entre as baixas condições de sociais e econômicas (que privam os indivíduos do acesso a bens fundamentais de consumo como alimentos e moradia digna) e o maior risco de ocorrência de anemia ferropriva em gestantes. A condição biológica da gestação isoladamente não determina a ocorrência deste tipo de anemia, cabendo ao desgaste social a condição favorecedora de seu desenvolvimento.

Os modelos de explicação do processo saúde e doença.

Para explicar a ocorrência da doença são utilizados modelos que representam as relações e os fatores envolvidos na sua produção:

Modelo Biológico ou biomédico é aquele que está centrado no processo fisiopatológico estrito, portanto, nas alterações das estruturas e funcionamento do corpo. Utilizando o exemplo da anemia ferropriva em gestantes, o modelo biológico restringe a explicação de sua ocorrência nos passos da fisiopatologia da anemia, mostrando que o risco fica sobremaneira aumentado durante a gestação porque aumenta a depleção das reservas de ferro da mulher devido não só ao crescimento fetal e placentário como também ao aumento da volemia (aumento do volume sanguíneo corporal), próprio da gravidez.

Modelo Processual é aquele que considera as relações mais amplas com o meio ambiente, incluindo as relações sociais. O exemplo mais conhecido deste modelo é o da História Natural das Doenças de Leavell e Clark (1950) definido como *o conjunto de processos interativos que cria o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte*. O início do processo de adoecimento antes que o homem seja afetado, foi designado pelos autores como pré-patogênico e outro, que se inicia com o aparecimento dos sintomas clínicos, denominado período patogênico. Esse modelo tem sido muito criticado porque, por um lado reforça a idéia da unicausalidade e por outro, induz a pensar que uma vez desencadeado o processo de adoecimento não pode mais ser interrompido.

Esquema da História Natural das Doenças (Leavell& Clarck)



Fonte: Adaptado de Centers for Disease Control and Prevention

Mesmo assim, este modelo tem servido de referencia para o estabelecimento de ações de prevenção e controle de doenças até os dias atuais. No período pré-patogênico são indicadas medidas de redução do risco (gerais, de promoção da saúde e específicas de prevenção de cada doença), chamadas de medidas de prevenção primária. No período patogênico, estão situadas as medidas de prevenção secundária que incluem diagnóstico precoce, tratamento, recuperação de incapacidades e prevenção da morte.

Modelo Sistêmico é aquele baseado no conjunto formado por agente, suscetível e pelo ambiente, dotado de uma organização interna que regula as interações determinantes da produção da doença, juntamente com os fatores vinculados a cada um dos elementos do sistema. Este modelo utiliza a definição de sistema como “um conjunto de elementos de tal forma relacionados que uma mudança de qualquer elemento provoca mudança no estado dos demais elementos”. Quando envolve seres vivos, costuma ser designado de ecossistema.

Doença transmissível é definida como:

*“Qualquer doença causada por agente infeccioso específico, ou seus produtos tóxicos, que se manifesta pela transmissão desse 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 meio ambiente inanimado”(OPS, 1992)
ou, simplesmente como “Doença cujo agente etiológico é vivo e é transmissível”(ROUQUAYROL, 2006)*

Uma doença infecciosa pode ser transmitida de forma direta ou indireta.

Uma doença é denominada contagiosa se seu agente etiológico se difunde por meio do contato direto com os indivíduos infectados. Tome-se como exemplo o sarampo, transmitido por secreções da orofaringe, e as doenças sexualmente transmissíveis, por meio de fluidos sexuais. Uma doença é não contagiosa quando a transmissão do agente etiológico se dá indiretamente entre pessoa – ambiente – pessoa.

Toda doença contagiosa é sempre infecciosa, porém o inverso não é verdadeiro.

Ex: Os esporos do *Clostridium tetani*, ao penetrarem no homem, transformam-se em formas vegetativas, que passam a multiplicar-se, produzindo poderosa exotoxina, responsável pelo quadro clínico do tétano. Não se trata de doença contagiosa porque não se transmite diretamente do infectado para outras pessoas, mas são doenças transmissíveis por quanto os esporos dispersos no ambiente podem transmitir a doença para pessoas saudáveis.

Algumas propriedades dos agentes etiológicos contribuem de forma mais importante para o aparecimento de doenças infecciosas:

Infectividade

É a capacidade do agente infeccioso vencer barreiras e penetrar em outro organismo vivo, aí multiplicando-se com maior ou menor facilidade em um novo hospedeiro.

Patogenicidade

É a capacidade de um agente infeccioso, uma vez instalado no organismo do homem e de outros animais, produzir sintomas em maior ou menor proporção dentre os hospedeiros infectados. Alguns agentes como o vírus do sarampo são dotados de altíssima patogenicidade. Em tal caso quase todos os infectados desenvolvem sintomas e sinais específicos. Em situação oposta, encontra-se o vírus da poliomielite, dotado de patogenicidade bastante reduzida.

Virulência

É a capacidade de um agente infeccioso produzir casos graves ou fatais. A virulência associa-se às propriedades bioquímicas dos agentes relacionadas com a produção de toxinas e a sua capacidade de multiplicação no organismo infectado, o que o torna metabolicamente exigente, com prejuízo do infectado. Alta virulência indica grande proporção de casos fatais ou graves. Isto acontece na raiva, por exemplo, em que qualquer caso é fatal. Já o vírus do sarampo, apesar de alta infectividade e patogenicidade, é de baixa virulência.

Imunogenicidade

Também chamado de Poder Imunogênico, é a capacidade que o bioagente tem de induzir imunidade no hospedeiro. Há agentes como o vírus da Rubéola, Sarampo, Caxumba ou outros dotados de alto poder imunogênico. Uma vez infectadas as pessoas ficam para o resto da vida.

São agentes etiológicos de baixo poder imunogênico: os Vírus da Gripe e da Dengue, as Salmonelas e as Shigelas, por exemplo, apenas conferem imunidade temporária aos susceptíveis.

Algumas características do processo de adoecimento infeccioso:

Período de incubação

É o intervalo de tempo que decorre entre a exposição a um agente infeccioso e o aparecimento de sinais e sintomas da doença, durante o qual não existem sinais clínicos manifestos da doença e o doente ainda não constitui fonte de contágio.

Período de transmissibilidade

É o intervalo no qual o agente infeccioso pode ser transferido, direta ou indiretamente, de um indivíduo infectado a outro, ou de um animal, inclusive artrópodes.

Doença manifesta

É aquela que apresenta todas as características semiológicas (sinais e sintomas) que lhe são típicas. Pode surgir também na forma inaparente ou forma subclínica da doença, o indivíduo não apresenta sinais ou sintomas clínicos manifestos.

Doenças Não Infecciosas

São os estados mórbidos que não resultam de processos infecciosos. Sua etiologia é de natureza inanimada como radiações, poluentes químicos do ar, da água, do solo, dos alimentos, álcool, fumo, pesticidas entre outros. (OPAS, 1992)

São aquelas que, no estado atual do conhecimento clínico e fisiopatológico, não se relaciona com a invasão do organismo por outros seres vivos parasitários.

Infestação

É o alojamento, desenvolvimento e reprodução de artrópodes na superfície do corpo ou nas vestes de pessoas, sem penetração no meio interno do organismo. (OPAS/OMS, 1992)

As doenças, infecciosas e não infecciosas podem ainda ser classificadas segundo a sua duração em agudas (de curta duração) ou crônicas (de longa duração). Como exemplos de doenças infecciosas agudas podemos citar o sarampo, a rubéola, a meningite e infecciosas crônicas a tuberculose e a hanseníase. Entre as não infecciosas agudas exemplifica-se com envenenamentos exógenos, o choque anafilático e entre as crônicas citamos hipertensão arterial sistêmica, diabetes, osteoporose e agudas.

No processo de adoecimento não infeccioso a exposição aos fatores de risco ou determinantes pode ocorrer de diferentes maneiras:

Exposição aguda

Quando uma única exposição pode desencadear o adoecimento. Exemplo: acidentes nucleares.

Exposição reiterada e intermitente – quando a exposição ocorre de modo repetido com intervalos regulares de tempo entre elas. Um exemplo é a exposição à fumaça de cigarros.

Exposição múltipla

Quando é necessária a exposição a fatores de risco associados para o desencadeamento do processo de adoecimento. Exemplo: exposição associada ao cigarro com o asbesto, para produzir o carcinoma de pulmão.

Além das características do agente etiológico e do modo e intensidade de exposição aos

fatores de risco ambientais, as características individuais do homem suscetível, interferem e modificam o risco de adoecimento tais como sexo, idade, estado nutricional doenças preexistentes, imunidade, entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

MARTINS, I.S. et al. As determinações biológica e social da doença: um estudo de anemia ferropriva. *Rev.Saúde públ.*, S.Paulo, 21: 73-89,1987.

MEDRONHO AR et al. *Epidemiologia. São Paulo*: Editora Atheneu, 2006.

ALMEIDA JUNIOR,N.; ROUQUAYROL,MZ. *Introdução à Epidemiologia*. 4ª. ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara, 2006.

WALDMAN, EA; ROSA, TEC (colaboradora). *Saúde & Cidadania – Vigilância em Saúde Pública*. V. 7 Instituto para o Desenvolvimento da Saúde - IDS. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar - NAMH/FSP e Banco Itaú. São Paulo, 1998.

2. MEDIDA DAS DOENÇAS

Para descrever o comportamento das doenças em uma população ou o risco dela vir a ocorrer, são utilizadas medidas de freqüência de morbidade e de mortalidade.

Morbidade: conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num intervalo de tempo; ou, comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta.

Mortalidade: conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo.

Essas medidas são tomadas como indicadores para o acompanhamento da sua freqüência. Qualquer que seja a medida de freqüência utilizada, ela deve ser necessariamente referida às dimensões de tempo, espaço e da população. Para que se possa comparar o perfil epidemiológico dos agravos em diferentes populações e lugares, utiliza-se coeficientes, ou seja, a proporção dos casos descobertos de um agravo na população exposta a ele. Os coeficientes indicam o risco de ocorrer determinado agravo em uma população.

Principais medidas de agravos

Incidência

É o número absoluto de casos novos de um agravo em uma população e em um determinado espaço geográfico. Ex. A incidência de dengue em “Xiririca da Serra” em 2007 foi de 78 casos, enquanto a de tuberculose foi de apenas um caso.

Coeficiente de Incidência

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de uma doença em uma população num período determinado} \times 100.000 \text{ hab.}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas expostas a essa doença no mesmo período}}$$

No cálculo dos coeficientes multiplica-se o resultado da divisão por um número arbitrário (1.000, 10.000, 100.000) que representa o tamanho do grupo populacional que se utilizará na comparação de diferentes populações ou períodos.

Prevalência

É a frequência de casos existentes (soma do número absoluto de casos novos e antigos) de um agravo em uma população em um determinado momento. Ex. A prevalência de tuberculose em “Xiririca da Serra em 2007 é de cinco casos (01 descoberto em 2007 e 4 descobertos em 2006, ainda em tratamento). A prevalência é uma medida utilizada preferencialmente para doenças crônicas.

Coeficiente de Prevalência

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos e antigos de uma doença em uma população num período determinado} \times 100.000 \text{ hab.}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas expostas a essa doença no mesmo período}}$$

Ou,

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos conhecidos de uma doença em determinado período} \times 100.000 \text{ hab.}}{\text{População exposta a essa doença no mesmo período.}}$$

Com base no acompanhamento dos indicadores de frequência de doenças ou agravos são estabelecidos padrões de ocorrência das mesmas e seu comportamento no tempo pode ser referido como:

Endemia: a presença constante de uma doença ou agente infeccioso em uma determinada área geográfica.

Epidemia :A ocorrência de uma doença em grande número de pessoas ao mesmo tempo. Elevação progressivamente crescente, inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de determinada doença, ultrapassando os valores esperados preestabelecidos para ela.

Surto: Epidemia de proporções reduzidas, atingindo uma pequena comunidade humana.

Pandemia: Epidemia de ampla distribuição geográfica atingindo várias nações

Controle de doenças: Operações ou programas que visam a redução da incidência e/ou prevalência ou eliminá-la.

Eliminação de doença: Cessação da transmissão de determinada infecção em ampla região geográfica. Também designada como erradicação regional. Exemplo: Sarampo no Brasil 1997 a 2007.

Erradicação

Cessação de toda transmissão da infecção pela extinção artificial da espécie em questão, de forma a permitir a suspensão de qualquer medida de prevenção ou controle.Exemplo: varíola no mundo.

Medidas de Mortalidade

São as medidas que expressam com maior precisão a severidade de determinado agravo. Na forma de coeficientes permitem a comparação do evento em populações, áreas geográficas e períodos diferentes.

Letalidade

É uma medida da gravidade de uma doença. Representa o percentual de pessoas que morreram por determinada doença entre as pessoas que adoeceram pela mesma causa. Sua fórmula de cálculo é:

$$\text{Taxa de letalidade} = \frac{\text{Nº de óbitos por determinada causa em um período}}{\text{Nº de pessoas que adoeceram pela mesma causa no mesmo período}} \times 100$$

Coeficiente de mortalidade: mede o risco de morrer segundo a idade, faixa etária, sexo, ou qualquer outra característica atribuída à pessoa; o local físico e geográfico da ocorrência; a causa do óbito.

$$\text{Coeficiente de mortalidade geral} = \frac{\text{Nº total de óbitos em uma população e período}}{\text{População total no mesmo período}} \times 100.000$$

Coeficiente de mortalidade por causa =

$$\frac{\text{Nº total de óbitos por determinada causa em uma população e período}}{\text{População total exposta a esta causa no mesmo período}} \times 100.000$$

Coeficiente de mortalidade por faixa etária =

$$\frac{\text{Nº total de óbitos em pessoas de uma determinada faixa etária e período}}{\text{População da mesma faixa etária no mesmo período}} \times 100.000$$

Veja a lista de coeficientes de mortalidade por diferentes recortes e os mais utilizados em saúde pública em WALDMAN, (1998).

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA

MEDRONHO AR et al.,. *Epidemiologia. São Paulo*. Editora Atheneu, 2006.

ROUQUAYROL MZ E ALMEIDA JUNIOR, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

WALDMAN, EA; ROSA, TEC (colaboradora). *Saúde & Cidadania – Vigilância em Saúde Pública*. V. 7 Instituto para o Desenvolvimento da Saúde - IDS. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar - NAMH/FSP e Banco Itaú. São Paulo, 1998

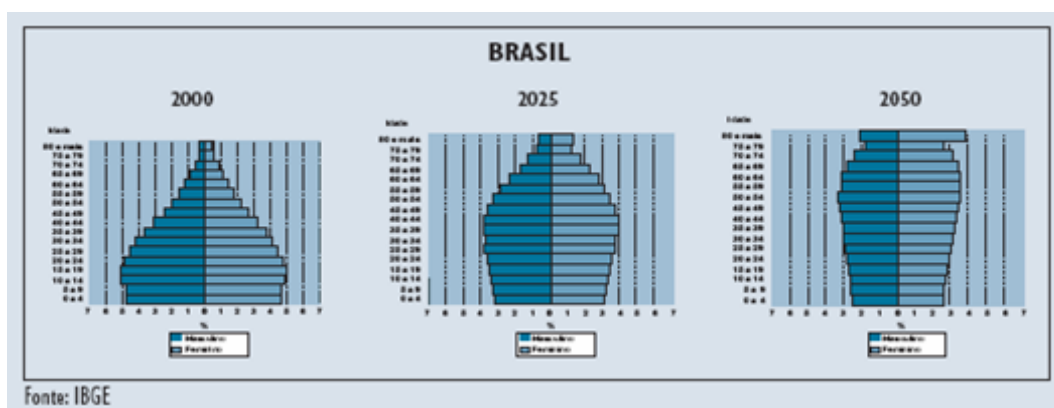
3. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE – USO DOS INDICADORES DE SAÚDE E ESTATÍSTICA VITAL

A Saúde Pública tem na Epidemiologia o mais útil instrumento para o cumprimento de sua missão de proteger a saúde das populações (WALDMAN, 1998). Os indicadores de saúde calculados a partir das medidas de doenças e agravos e do monitoramento dos movimentos populacionais – crescimento e distribuição da população – permitem a análise e o estabelecimento de prioridades para intervenções para redução de risco de adoecimento, incapacidade e morte, além de apontar para as necessidades de promoção da saúde e ampliação da qualidade de vida.

Objetivamente os indicadores de saúde e condições de vida respondem às perguntas sobre uma população: quantos e quem são (indicadores demográficos), como nascem (indicadores biológicos), como vivem (indicadores sociais – educação, renda, moradia, etc.), como adoecem (indicadores de morbidade) e como morrem (indicadores de mortalidade).

Para responder a primeira pergunta em Saúde Pública utilizam-se dados censitários e estimativas populacionais. Para facilitar a análise os dados de contagem populacional são dispostos em gráfico de barras horizontais, agrupados segundo o sexo, chamadas pirâmides populacionais. Seu perfil permite visualizar grandes transformações demográficas em uma população ao longo do tempo e entre populações distintas no mesmo período. A figura 1 mostra as mudanças na conformação brasileira em dois períodos e uma projeção de como será no futuro, utilizada no caderno de Atenção Básica de Saúde do Idoso. A base da pirâmide que representa as pessoas de zero a quatro anos em 2000 se apresentava larga. Nos dois períodos estimados (2025 e 2050) sofrerão intensa redução em função da tendência a baixa fecundidade e natalidade concomitante ao aumento da expectativa de vida. Os formatos e os ápices das pirâmides evidenciam o processo intenso de envelhecimento da população.

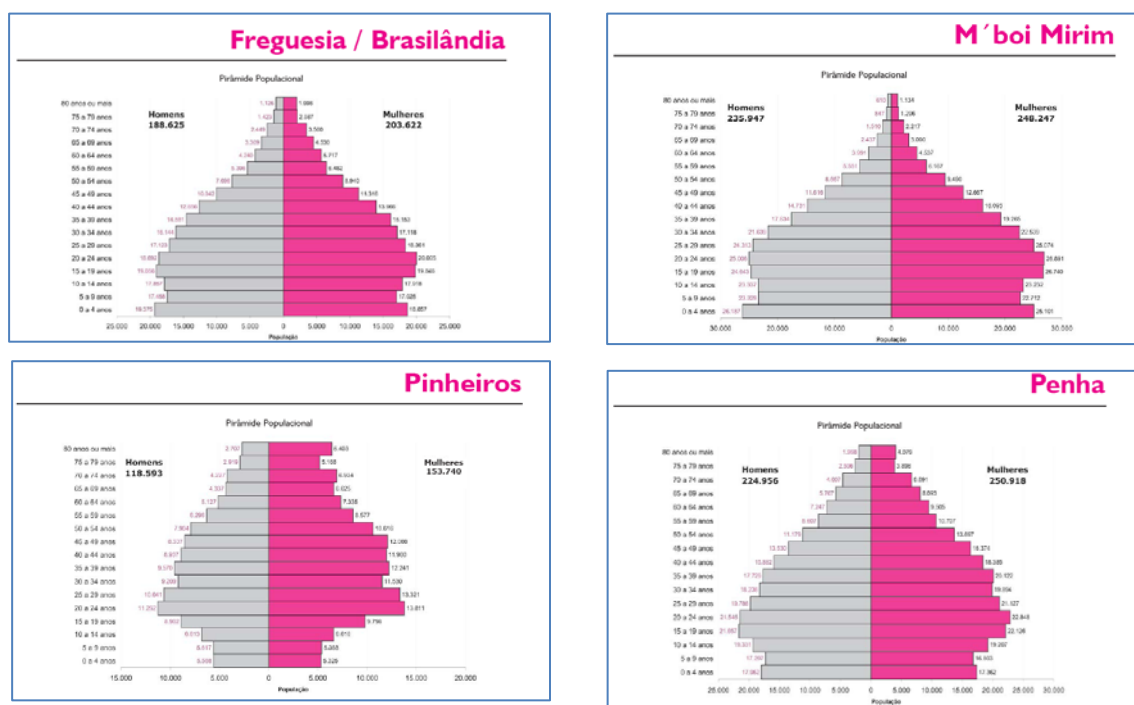
Figura1*. Envelhecimento da população brasileira, por sexo, nos anos 2000, 2025 e 2050.



* Extraído do Caderno de Atenção Básica 19/ MS- Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

Na figura 2 são mostradas as pirâmides populacionais de diferentes regiões do município de São Paulo no mesmo ano (2004), evidenciando padrões de vida distintos em cada área.

Figura 2 Pirâmides populacionais de 4 Distritos Administrativos de São Paulo em 2004



Fonte: Sumário de dados, 2004. SMGM/PMSP

A análise das pirâmides populacionais nos permite antever as necessidades de serviços de saúde futuros como é o caso dos serviços de saúde e políticas públicas voltadas ao idoso.

As perguntas seguintes são respondidas com indicadores já apresentados, disponíveis nas bases de dados nacionais e nas redes de divulgação de dados estaduais e municipais.

A análise conjunta desses indicadores permite a elaboração de um diagnóstico de necessidades de intervenções nas condições de vida e saúde que, segundo critérios de avaliação de risco, comporão o leque de prioridades para políticas públicas de saúde.

Os critérios utilizados são originários da Epidemiologia e da Administração:

Da Epidemiologia utilizam-se os critérios magnitude – elevada incidência ou prevalência de um agravo ou evento (doença / morte/ nascimento); a transcendência que abrange a severidade (gravidade), a relevância social (estigma, medo) e a relevância econômica (custos de tratamento, prejuízos que acarreta); e a vulnerabilidade do agravo representada pela sensibilidade (resposta favorável) aos instrumentos de prevenção e controle.

A eleição de prioridades para intervenção precisam ser operacionalmente viáveis e para essa avaliação utilizam-se conceitos típicos da Administração: a eficácia, representada pela capacidade de alcançar os objetivos propostos; a efetividade, representada pela capacidade operacional de realizar as ações propostas, mudando o cenário inicial e a eficiência que significa fazer mais com menor dispêndio de recursos (financeiros,materiais e humanos). Um bom exemplo para essas medidas é a imunização de uma população: será eficaz se as pessoas que receberem a vacina desenvolverem a imunidade esperada, ficando protegidas contra a doença; será efetiva se todas as pessoas da população alvo forem vacinadas (cobertura) e será eficiente se a ação for desenvolvida com o menor custo possível sem prejuízo da qualidade.

Uma vez transformadas em políticas de saúde, serão monitoradas por indicadores de acompanhamento de desempenho, de adequação e de melhoria dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006 : uma análise da situação de saúde no Brasil Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 620 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

MEDRONHO AR et al.,. *Epidemiologia. São Paulo*. Editora Atheneu, 2006.

ROUQUAYROL MZ E ALMEIDA JUNIOR, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

LAURENTI, R et al. *Estatísticas de saúde*. 2.ed rev.e atual. São Paulo: EPU,2005.

4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E AS BASES DE DADOS NACIONAIS.

É necessário definir alguns termos como dados, registros, banco de dados, informação, indicadores, para depois, abordar os sistemas de informação em saúde. Para registrar a ocorrência utilizamos dados que a caracterizem. Por exemplo, a data dos primeiros sintomas, a data de nascimento de quem adoeceu ou o peso ao nascer. São, portanto, valores não trabalhados. A informação corresponde à tradução dos dados, de modo que se possa compreender situações e intervir sobre elas. Por exemplo, a partir da relação dos pesos de recém nascidos de uma localidade (dados) é possível identificar a freqüência de nascimentos de bebês de baixo peso (informação) e desencadear medidas preventivas deste evento de risco.

Indicadores são derivados dos dados e permitem a comparação de níveis de saúde e de doença em populações distintas. Voltando ao exemplo do peso dos bebês, a taxa de nascidos vivos com baixo peso de uma localidade (indicador), pode ser comparada com a de outra localidade ou com a mesma após as intervenções.

A organização das informações de saúde em sistemas tem origem na própria definição de sistemas entendidos como o conjunto integrado de partes que se articula para um objetivo comum.

Um sistema de informação em saúde é composto por dados, seu processo de captação, registro, armazenamento e processamento para análise.

A difusão da tecnologia em informática permitiu o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, com geração de importantes bases de dados de fácil acesso aos profissionais de saúde, serviços e população.

Dentre esses sistemas de informação destacaremos:

Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC.

Implantado em 1990, reúne as informações registradas na Declaração de Nascido Vivo, permitindo a avaliação do perfil dos nascidos vivos e a vigilância de recém-nascidos de maior risco de adoecimento e morte. (ANDRADE et al, 2001)

O documento de origem deste sistema é a declaração de nascido vivo, preenchida no momento do nascimento no serviço de saúde onde ocorreu o parto ou no cartório de registro civil, quando o parto foi domiciliar. A declaração de nascido vivo contém informações sobre a mãe, a gestação e o parto e a identificação da mãe pela impressão digital do polegar direito e da criança pelas impressões digitais do pé direito.

Os serviços municipais consolidam os dados registrados nas declarações de nascido vivo de seu território e encaminham por fluxo eletrônico à secretaria de Saúde do Estado, que remete ao

Ministério da Saúde. A consolidação nacional desses dados é disponível na base de dados DATASUS.

Sistema de Informação de Mortalidade – SIM

O documento de origem é a Declaração do Óbito, preenchido pelo profissional médico que constata o óbito, por serviços de verificação de óbito ou Instituto Médico Legal. A Declaração do Óbito reúne informações sobre o cartório onde foi registrado o óbito, a identificação do falecido, o local de residência do morto e local de ocorrência do óbito, especifica quando se trata de óbito fetal ou de menor de 1 ano, as condições e causas da morte, especificando quando se trata de óbito em mulheres, a identificação do médico declarante, a especificação quando se trata de morte por causa externa (mortes violentas como acidente, suicídio, homicídio e outros) e, identificação do declarante quando o óbito ocorrer em localidade sem médico.

O Sistema SIM permite a elaboração do perfil de mortalidade com a finalidade de intervenção dos serviços de saúde em seus determinantes. Os serviços municipais consolidam os dados das Declarações de Óbito de seu território e encaminham por fluxo eletrônico, à Secretaria de Saúde do Estado, que remete ao Ministério da Saúde. A consolidação nacional desses dados é disponível na base de dados DATASUS.

Para alimentação do Sistema Informação de Mortalidade o primeiro passo é codificação da causa básica da morte, selecionada no campo de registro das condições e causas do óbito. A codificação é realizada de modo padronizado internacionalmente pela Classificação Internacional das Doenças – CID, atualmente na sua décima revisão. Diversos municípios brasileiros já implantaram sistemas locais de informação de mortalidade, a exemplo de São Paulo, que o disponibiliza para consulta livre no site da Secretaria Municipal da Saúde, na base de dados do Programa de Aprimoramento de informações de Mortalidade – PRO-AIM, podendo o usuário consolidar os dados de seu interesse utilizando a ferramenta TABNET.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Tem dois documentos de origem: a Ficha de Notificação de Agravos – Ficha SINAN, numerada nacionalmente e a Ficha de Investigação Epidemiológica – FIE, específica para cada doença ou agravo de notificação obrigatória.

O SINAN processa informações sobre as doenças de notificação compulsória. A relação das doenças a serem notificadas é definida e atualizada periodicamente por meio de leis e portarias do ministério da saúde e dos governos estaduais e municipais. O sistema permite o cálculo de indicadores de incidência, prevalência e letalidade, possibilita a identificação das áreas e grupos de maior risco para ocorrência de doenças, assim como a tendência dos agravos analisados. (ANDRADE et al, 2001)

Sistema de Informação Hospitalar – SIH.

Seu documento de origem é a Autorização de Internação Hospitalar - AIH que é uma guia de autorização para o pagamento das despesas hospitalares com recursos financeiros do Sistema Único de Saúde. Apesar de ser um sistema criado com o objetivo de controlar e oferecer transparência nos gastos públicos com a assistência hospitalar, reúne informações que permitem acompanhar o perfil de morbidade e mortalidade hospitalar, o planejamento de ações de saúde e a vigilância em saúde. Mesmo excluindo as internações custeadas diretamente (pagamento particular e por convênios de saúde), em alguns lugares, as AIHs cobrem mais da metade de todas as internações hospitalares. Assim como os sistemas anteriores, o SIH está entre os sistemas disponíveis na base de dados DATASUS.

Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS

Seus dados são obtidos em dois documentos de origem: o Boletim de registro de Procedimentos Ambulatoriais – BPA, preenchidos pelas unidades ambulatoriais que prestam serviços remunerados pelo SUS e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo - APAC. Embora se trate de um sistema cujo objetivo é o faturamento das ações de saúde realizadas, constitui importante instrumento para avaliação de cobertura (quanto da população está sendo assistida e por qual tipo de serviços), além de outras avaliações de controle e planejamento em saúde. Tal qual os anteriores, o SIA-SUS tem seus dados disponibilizados na base de dados DATASUS, do Ministério da Saúde.

Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

É um sistema de uso exclusivo em unidades do Programa de Saúde da Família – PSF. Produz informações sobre a população cadastrada e assistida por equipes de saúde da família. Os documentos de origem dos dados são os registros das atividades (consultas, procedimentos, visitas, etc.) realizadas pelos componentes das equipes de saúde da família e a ficha de cadastramento das famílias, denominada “Ficha A”, por ser o formulário preenchido no momento da adesão da família ao Programa. O conjunto de dados do SIAB permite a elaboração do perfil epidemiológico das famílias de cada microrregião, incluindo as suas características sócio-ambientais, avaliar a adequação e qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

Além dos sistemas até aqui abordados, há outros em bases nacionais que apóiam as ações gerenciais, o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde e principalmente, constituem ferramentas para a definição e intervenção sobre os problemas prioritários de saúde da população.

Existe também o Cadastro Nacional de Estabelecimentos e de profissionais prestadores de serviços de saúde ao SUS ou não - CNES, que reúne dados de todos os prestadores de serviços de saúde no território nacional, que permite a visão da distribuição, principais características e complexidade e fiscalização dos serviços prestados à população.

UNIDADE II

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1. Conceito de Vigilância em Saúde

O conceito de vigilância em saúde está implícito na definição de saúde da Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Por outro lado, o Sistema Único de Saúde, criado pela mesma constituição traz como princípio básico a integralidade, ou seja, determina a prestação de assistência à saúde que integre ações de promoção, prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde. A operacionalização do novo sistema exigiu dos formuladores das políticas públicas e da organização dos serviços de saúde a criação de instrumentos capazes de transformar os novos conceitos em realidade.

O conceito de Vigilância à Saúde, inicialmente visto como a integração das áreas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária (existentes desde 1975) passou a ser visto como uma proposta do modelo assistencial, na medida em que a partir do perfil epidemiológico da população deveriam ser definidos os programas de saúde prioritários.

Nessa perspectiva a Vigilância da Saúde articula as ações que visam à melhoria das condições de vida e saúde, incluindo os diferentes níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e as ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, tendo os riscos e danos à saúde como objeto das ações programáticas de controle de doenças e atenção a grupos prioritários.

A implementação da Vigilância da Saúde, portanto, é um processo complexo que articula o "enfoque populacional" (promoção) com o "enfoque de risco" (proteção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se de fato uma forma de pensar e de agir em saúde, ou seja, uma referência para a formulação de propostas e uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumem configurações específicas de acordo com a situação de saúde das populações em cada país, estado ou município (territórios) (TEIXEIRA; COSTA, 2003).

As ações de vigilância em saúde são coordenadas pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância em Saúde cujas atribuições incluem

- coordenar a gestão do Sistema de Vigilância Epidemiológica e do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, incluindo ambiente de trabalho; o Sistema de Informação Epidemiológica;
- elaborar e divulgar informações e análise de situação da saúde que permitam estabelecer prioridades, monitorar o quadro sanitário do País e avaliar o impacto das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, bem como subsidiar a formulação de políticas do Ministério;
- formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, regular e acompanhar o contrato de gestão da vigilância sanitária.

A vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária são subsistemas que integram a Vigilância em Saúde, por sua vez, tem características e funções específicas, porém com semelhanças no processo de trabalho.

2. Vigilância Epidemiológica:

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) define a vigilância epidemiológica como "o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças".

Também definido como um sistema de Informação – Decisão – Ação, a Vigilância Epidemiológica tem como funções:

- a coleta de dados,
- o processamento, análise e interpretação dos dados coletados,
- a recomendação e a promoção de medidas de controle
- a avaliação da efetividade (se de fato foram realizadas) e da eficácia (se surtiram o efeito esperado) das medidas adotadas,
- divulgação de informações pertinentes.

A coleta de dados ocorre em todos os níveis de atuação do sistema de saúde. Por serem a base de todas as demais funções a qualidade dos dados coletados é condição essencial. A qualidade

está relacionada à precisão dos dados (fidedignidade), do número de fontes geradoras de dados e da proporção de dados obtidos em relação ao existente (representatividade).

O Sistema de Vigilância Epidemiológica utiliza dados demográficos, ambientais, socioeconômicos, de morbidade e de mortalidade. Os dados demográficos permitem quantificar a população e serve como denominador no cálculo de indicadores e a geração de conhecimento sobre a distribuição de eventos de saúde segundo as características tais como sexo, idade, escolaridade, condições de saneamento, moradia e outros. A caracterização da população segundo suas condições de vida permitem o estabelecimento de vínculo entre os fatores condicionantes e a ocorrência de agravos a saúde. Do mesmo modo, as condições climáticas e dados ecológicos auxiliam na compreensão da frequência e distribuição desses eventos.

Os dados de mortalidade são fundamentais na construção de indicadores da gravidade dos agravos sob vigilância e, por conseqüência, no estabelecimento de medidas de controle que resultem em sua redução.

Os dados de morbidade sofrem a limitação imposta pelas fontes disponíveis para coleta. As principais fontes de dados são a notificação de doenças de notificação compulsória e os inquéritos populacionais.

A Lei nº 6.259/75, regulamentada no Decreto nº 78.231/76 institui a notificação, definida como a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de prevenção pertinentes.

A lista das doenças de notificação compulsória é definida pelo Ministério da Saúde e pode ter agravos acrescentados pelos Estados e municípios, de acordo com a realidade epidemiológica local.

Para a inclusão e exclusão de doenças nesta relação são utilizados critérios tais como:

Magnitude – aplicada a doenças de elevada frequência, que atingem grandes contingentes humanos.

Potencial de disseminação: representado pelo elevado poder de transmissão da doença, por vetores e outras fontes de infecção.

Transcendência – altas taxas de letalidade, hospitalização e seqüelas, relevância social manifestada por estigma e relevância econômica, avaliada pelos prejuízos decorrentes do custo assistencial e previdenciário, redução da força de trabalho, etc.

Vulnerabilidade – expressa pela disponibilidade de instrumentos para prevenção e controle específico.

Compromissos internacionais – relativos ao cumprimento de metas continentais ou mundiais de controle, de eliminação ou de erradicação de doenças previstos em acordos firmados pelo governo brasileiro e organismos internacionais (exemplo: botulismo, antraz, tularemia, varíola, entre outras).

A ocorrência de casos de uma doença ou agravo passíveis de prevenção ou controle pelos serviços de saúde significa que a população está sob risco e a investigação que leve ao seu esclarecimento e à adoção de medidas de controle deve ser iniciada imediatamente.

“A investigação epidemiológica é um trabalho de campo, realizado a partir de casos notificados (cl clinicamente declarados ou suspeitos) e seus contatos, que tem por principais objetivos: identificar a fonte e o modo de transmissão, os grupos expostos a maior risco e os fatores de risco; bem como a confirmar do diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas. O seu propósito final é orientar medidas de controle para impedir a ocorrência de novos casos”(BRASIL 2005).

A relação atual de doenças de notificação é composta por doenças de notificação imediata às autoridades de saúde por telefone, fax ou meio eletrônico (e-mail) e outras que seguem o fluxo normal estabelecido.

De acordo com a Portaria GM 104/2011 (última atualização pelo Ministério da Saúde) são de notificação compulsória:

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites Virais;
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Variola; e
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

A notificação tem que ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos.

O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações. A obrigatoriedade de notificar formalmente a ausência de casos notificáveis pelos serviços de saúde é um balizador da fidedignidade dos dados.

A notificação tanto de casos como negativa é feita semanalmente, utilizando a Ficha de Notificação numerada do SINAN.

Anualmente é publicada no Diário Oficial da União, dos Estados e dos municípios uma listagem com a numeração das semanas epidemiológicas do ano, que sempre se iniciam no domingo e se encerram no sábado. Esta divisão temporal é utilizada para consolidação e análise das notificações, permitindo a detecção de modificações no comportamento da frequência dos agravos e intervenção precoce.

Os critérios para suspeição de casos de cada agravo estão explicitadas nas normas técnicas (Guia de Vigilância Epidemiológica e Normas Técnicas de Investigação e Controle), bem como os critérios de confirmação dos casos.

O principal sistema de informação ligado à vigilância epidemiológica é o SINAN que reúne informações colhidas nas Fichas de Notificação e Fichas de Investigação Epidemiológica, cuja consistência deve ser objeto de permanente verificação. Do mesmo modo, a lista das doenças e agravos vigiados e a pertinência das medidas de controle recomendadas, a abrangência dos tipos de dados e respectivas fontes devem ser avaliados periodicamente de forma a cumprir os objetivos previstos.

Algumas medidas são consideradas de excelência para a avaliação do sistema de vigilância epidemiológica. São elas:

- Sensibilidade: é a capacidade de o sistema detectar casos.
- Especificidade: a capacidade de excluir os “não casos”
- Representatividade: possibilidade de identificar todos os subgrupos da população onde ocorrem os casos.
- Oportunidade: refere-se a agilidade do fluxo de informação.
- Simplicidade: refere-se a facilidade de operacionalização e redução de custos
- Flexibilidade: capacidade de adaptação do sistema a novas situações (inclusão e exclusão de agravos, incorporação de novos fatores de risco, etc) , e
- Aceitabilidade: traduzida pela disposição dos indivíduos, profissionais e organizações de participarem e utilizarem o sistema.

3. Vigilância Ambiental

As alterações no meio ambiente interferem diretamente na saúde humana e contribuem para a elevação dos custos empregados no tratamento de doenças previsíveis. Assim, o gerenciamento dos fatores de risco relacionados à saúde que advêm dos problemas ambientais é parte integrante da vigilância em saúde em todo o País.

A Vigilância Ambiental pode ser definida como uma estratégia para identificação de situação de risco ou perigo no ambiente que possam causar doenças, incapacidades e mortes com o objetivo de alcançar a remoção ou a redução da exposição a estas situações de risco (CAMARA,2003).

Semelhante a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Ambiental se apóia na coleta sistemática de dados e cálculo de indicadores relacionados com o ambiente, incluindo agentes tóxicos, dados de morbidade e mortalidade, características dos grupos expostos.

A Vigilância Ambiental é bastante complexa e requer a utilização de laboratórios altamente especializados capazes de comprovar o perigo e a exposição, relacionando-as aos efeitos produzidos (CAMARA,2003).

O processo de trabalho da Vigilância Ambiental compreende as seguintes fases:

A identificação do perigo corresponde à verificação se a substancia de interesse apresenta um efeito adverso à saúde.

Avaliação da dose-resposta corresponde à determinação do potencial que a substancia de interesse tem de causar resposta (dano à saúde) em diversos níveis de exposição.

Avaliação de exposição é a estimativa do grau provável de exposição do indivíduo à substância de interesse (ex: grau de exposição profissional ao mercúrio ou à radiação).

Caracterização do risco é resultante da avaliação do risco com as exposições, levando-se em conta as características da substância de interesse e do grupo populacional exposto, com a finalidade de identificar o excesso de risco para cada grupo.

A seguir são apresentadas as áreas de responsabilidade do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental do Ministério da Saúde. O conteúdo foi selecionado no site do ministério, acessado em julho de 2008, privilegiando as competências de cada campo de atuação e objeto de vigilância.

A Instrução Normativa nº 1, de 7 de março de 2005 regulamentou o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA). Entre suas atribuições estão coordenação, avaliação, planejamento, acompanhamento, inspeção e supervisão das ações de vigilância relacionadas às doenças e agravos à saúde no que se refere a:

- 1) água para consumo humano;
- 2) contaminações do ar e do solo;
- 3) desastres naturais;
- 4) contaminantes ambientais e substâncias químicas;
- 5) acidentes com produtos perigosos;
- 6) efeitos dos fatores físicos; e
- 7) condições saudáveis no ambiente de trabalho.

Água para consumo humano: A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA - consiste em desenvolver ações contínuas para garantir à população o acesso à água de qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, para a promoção da saúde.

Entre os objetivos específicos de sua atuação destacamos:

- reduzir a morbi-mortalidade por doenças e agravos de transmissão hídrica, por meio de ações de vigilância sistemática da qualidade da água consumida pela população;
- buscar a melhoria das condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água para consumo humano;
- avaliar e gerenciar o risco à saúde das condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água;
- monitorar sistematicamente a qualidade da água consumida pela população, nos termos da legislação vigente;
- informar a população sobre a qualidade da água e riscos à saúde;
- apoiar o desenvolvimento de ações de educação em saúde e mobilização social.

Contaminações do ar e do solo:

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado – VIGISOLO tem por objetivo desenvolver ações de vigilância em saúde de populações expostas a solo contaminado visando recomendar e instituir medidas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e atenção integral conforme preconizado no Sistema Único de Saúde. Dentre suas ações destacam-se:

- Identificar e priorizar áreas com populações expostas a solo contaminado;

- Desenvolver estratégia de gestão para atuação em áreas com populações expostas, em especial para avaliação de risco a saúde humana e protocolo de vigilância e assistência à saúde;

Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição do Ar - VIGIAR tem como objetivo a promoção da saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos. Seu campo de atuação prioriza as regiões onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas, denominadas Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de interesse para a Saúde.

Os objetivos específicos de sua atuação são:

- prevenir e reduzir os agravos à saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos;
- avaliar os riscos à saúde decorrente da exposição aos poluentes atmosféricos;
- identificar e avaliar os efeitos agudos e crônicos decorrentes da exposição aos poluentes atmosféricos;
- estimular a intersetorialidade e interdisciplinaridade entre os órgãos que possuam interface com a saúde no que diz respeito às questões de qualidade do ar;
- subsidiar o setor Ambiental na formulação e execução de estratégias de controle da poluição do ar, tendo em vista a proteção da saúde da população;
- fornecer elementos para orientar as políticas nacionais e locais de proteção à saúde da população frente aos riscos decorrentes da exposição aos poluentes atmosféricos.

Desastres naturais: O Vigidesastres tem o objetivo de desenvolver ações de vigilância ambiental em saúde relacionadas a enchentes, secas, deslizamentos e incêndios florestais. A prevenção visa a minimizar os danos à saúde das populações atingidas e alertar as unidades locais de atendimento.

Os desastres podem afetar a saúde pública sob diversos aspectos:

- provocam um número inesperado de mortes, ferimentos ou enfermidades e congestionam os serviços locais de saúde;
- danificam a infra-estrutura local de saúde e alteram a prestação de serviços de rotina e ações preventivas, com graves conseqüências a curto, médio e longo prazo, em termos de morbi-mortalidade;
- comprometem o comportamento psicológico e social das comunidades;
- causam escassez de alimentos com graves conseqüências nutricionais;
- provocam deslocamentos espontâneos da população, acarretando risco epidemiológico;
- aumentam a exposição climática da população desabrigada;
- destroem ou interrompem os sistemas de produção e distribuição de água, dos serviços de limpeza urbana e esgotamento sanitário, o que favorece a proliferação de vetores;
- aumenta o risco de enfermidades transmissíveis.

Contaminantes ambientais e substâncias químicas: Produção, comercialização, uso, armazenagem, transporte, manuseio e descarte de substâncias químicas incluídas nos resíduos industriais e domésticos são preocupações constantes do mundo moderno. Os riscos potenciais oferecidos por substâncias químicas para a saúde humana envolvem vários níveis e setores governamentais, em especial os que atuam em questões relativas ao ambiente, trabalho, saúde, transporte e o desenvolvimento econômico e tecnológico.

Além de estabelecer normas, fiscalizar o cumprimento da legislação, tratar dos instrumentos

punitivos, orientar o setor produtivo e a própria população, os órgãos públicos têm papel fundamental na elaboração e implementação da política de segurança química.

Acidentes com produtos perigosos: Subsistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada aos acidentes envolvendo Produtos Perigosos – VIGIAPP

Produto perigoso pode ser compreendido como toda substância ou mistura de substâncias que, em razão das suas propriedades químicas, físicas ou toxicológicas, isoladas ou combinadas, constitui um perigo para a saúde e o ambiente.

O Subsistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada aos acidentes envolvendo Produtos Perigosos – VIGIAPP envolve um conjunto de ações que objetivam:

- Caracterização das ameaças, vulnerabilidades e recursos;
- Vigilância da exposição por meio da classificação e priorização das ameaças ou fatores de risco sob o ponto de vista da exposição humana;
- Vigilância dos efeitos: investigação da ocorrência de agravos à saúde humana desde a notificação dos acidentes/emergências/desastres e o acompanhamento, em curto e longo prazos, das populações expostas ou sob risco de exposição nas atividades de extração, transporte, produção, armazenamento, uso e destinação final dos produtos perigosos, e envolve a utilização de indicadores de exposição e de efeitos e a aplicação de inquéritos.

Efeitos dos fatores físicos: Após a privatização dos setores de eletricidade e de telecomunicações empreendida pelo Governo Federal, as empresas de produtos e serviços tiveram a necessidade de indicadores e limites de emissão de campo em seus equipamentos e a sociedade, de regulamentação que assegurasse saúde e bem-estar.

Dentro das atuais condições, fez-se necessário o delineamento de um Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental relacionado a Fatores Físicos (emissões de campos eletromagnéticos) que atuaria sob o Princípio da Precaução - o que garante ao subsistema VIGIFIS uma postura preventiva aos riscos à saúde humana frente à continuidade do abastecimento dos serviços necessários à sociedade.

São objetivos do VIGIFIS:

- monitorar as áreas de risco em relação à dinâmica populacional, definindo e implementando ações de vigilância;
- identificar e conceituar um conjunto de indicadores e determinar limites máximos de emissão;
- criar mecanismos de notificação da posição territorial das fontes de emissão e seu perfil emissor, com vistas a localizar os pontos de monitoração e controle;
- determinar a função espacial de proximidade segura de fontes de emissão, delimitando faixas de referência progressivas para referência de risco;
- delimitar a presença humana nas diferentes faixas de referência para áreas de risco, segundo características relevantes, tais como gênero, idade, tempo de permanência, condição clínico-sanitária;
- avaliar a eficácia e a eficiência das ações determinadas pela de vigilância, propondo medidas de aperfeiçoamento do sistema.
- organizar e manter a base de conhecimento científico e tecnológico sobre a matéria, bem como fomentar novos avanços, a fim de dar suporte aos procedimentos de definição de áreas de risco e de modelagem da dinâmica populacional.

- propor o arcabouço normativo capaz de dar suporte às ações de vigilância ambiental em saúde para os fatores físicos.

Condições saudáveis no ambiente de trabalho. O Observatório de Saúde do Trabalhador é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com a Representação da OPAS/OMS no Brasil. Visa propiciar o mais amplo acesso às informações e análises sobre saúde do trabalhador, facilitando a produção de estudos e pesquisas bem como a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e projetos setoriais na área, contribuindo assim para o desenvolvimento de um efetivo controle social.

Cabe ainda ao SINVSA elaborar indicadores e sistemas de informação de vigilância em saúde ambiental para análise e monitoramento, promover intercâmbio de experiências e estudos, ações educativas e orientações e democratizar o conhecimento na área.

Em alguns municípios como São Paulo, a vigilância ambiental faz interface com a vigilância epidemiológica no que se refere ao controle de zoonoses, respondendo pelo controle e prevenção de fauna sinantrópica (pragas urbanas) e vetores das doenças mais prevalentes (ex. controle de roedores, *Aedes aegypti*, prevenção da raiva animal).

4. Vigilância Sanitária.

Ações de Vigilância Sanitária constituem a mais antiga face da Saúde Pública. Desde épocas imemoriais as sociedades, sob os mais diversos modos de produção da vida social, vêm tentando exercer controle sobre os elementos essenciais à vida em coletividade e que geram ameaças à saúde e à vida.

Com a intensificação da produção e consumo de bens materiais e imateriais amplia-se a necessidade de controle sanitário sobre numerosos tipos de riscos à saúde humana e ambiental relacionados à produção, distribuição, circulação e consumo desses bens.

Tais medidas são necessárias para enfrentar a pressão exercida pelo mercado no qual os produtores utilizam a propaganda para alardear as vantagens de seus produtos, minimizando e até ocultando os aspectos relativos aos riscos.

Diferentemente da assistência à saúde, as ações de Vigilância Sanitária são de competência exclusiva do Estado que detém o poder, ou melhor, o dever-poder de interferir nas liberdades dos particulares para assegurar os superiores interesses da coletividade. É esta função que lhe confere o poder de autoridade, o chamado *poder de polícia*, cujas ações, no caso da Vigilância Sanitária, abrangem tanto as atividades de particulares quanto as públicas, pois o Estado submete-se às leis que ele mesmo cria.

A Lei n.º 8.080/90, que organiza o Sistema Único de Saúde, define a Vigilância Sanitária no artigo 6.º, parágrafo 1.º nos seguintes termos:

“Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

Em 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA com a finalidade institucional de promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle dos portos, aeroportos e fronteiras”. É atribuída à ANVISA a coordenação do “Sistema Nacional de Vigilância Sanitária”, assim como as ações de vigilância realizadas pelos laboratórios componentes da Rede Oficial de Laboratórios de Controle de Qualidade em Saúde. Integrante do Sistema Único de Saúde (COSTA IN: CAMPOS, 2001).

Para COSTA (2003), a Vigilância Sanitária, tendo por objeto a proteção e defesa da saúde individual e coletiva tem as seguintes funções:

- normatizar e realizar o controle de bens, da produção, armazenamento, guarda circulação e consumo de substâncias e produtos de interesse da saúde, suas matérias primas, coadjuvantes de tecnologias, processos e equipamentos;
- normatizar e executar o controle de tecnologias médicas, procedimentos e equipamentos e aspectos da pesquisa em saúde;
- normatizar e realizar o controle de serviços direta e indiretamente relacionados com a saúde prestados pelo estado e modalidades do setor privado;
- normatizar e executar o controle específico de portos, aeroportos e fronteiras, contemplando veículos, cargas e pessoas;
- normatizar e realizar o controle de aspectos do ambiente, ambiente e processos de trabalho e saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

ANDRADE SM, SOARES DA, CORDONI JÚNIOR L. As bases da Saúde Coletiva. Ed UEL/ABRASCO, Londrina, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6ª ed. – Brasília :Ministério da Saúde, 2005. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1047-6

CAMARA,VM. Epidemiologia e Ambiente. In: MEDRONHO, AR et al. Epidemiologia. São Paulo. Editora Atheneu, 2006.

CAMPOS, FE; WERNECK,GAF; TONON,LM.[org] Vigilância Sanitária. Belo Horizonte:Coopmed ,2001. 129p. (Caderno de Saúde;4)

COSTA, E.A. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. In: Epidemiologia & Saúde.6.ed. ROUQUAYROL MZ E ALMEIDA JUNIOR, N. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

MEDRONHO AR et al. Epidemiologia. São Paulo. Editora Atheneu, 2006.

ALMEIDA JUNIOR, N; ROUQUAYROL MZ .Introdução à Epidemiologia. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

TEIXEIRA, CF; COSTA, E A. Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: concepções, estratégias e práticas. In: Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 20º, 2003, Brasília. (Cooperação técnica ICS/ANVISA). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/index.htm>. (acesso em 20 de junho de 2008)

UNIDADE III POLÍTICAS PÚBLICAS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. Marcos históricos na organização do Sistema de Saúde do Brasil.

Os caminhos trilhados até o momento atual do Sistema Único de Saúde do Brasil permitem a sua melhor compreensão e a valorização deste que é um dos sistemas de saúde mais ambiciosos do planeta.

Para isso, será necessário retroceder no tempo e pensar sobre como era o Brasil no início do século XX.

Entre 1900 e 1920 o Brasil lutava para conter as epidemias da época, tendo como principal objetivo garantir a manutenção do comércio exterior que, àquela época, se dava exclusivamente através dos portos. A economia nacional era baseada na agronomia, sobretudo no plantio e comercialização do café. Semelhante ao que acontece atualmente com a carne, as sanções estrangeiras eram impostas quando houvesse notícia da ocorrência de peste, cólera ou varíola nas áreas de circulação da mercadoria. Era atribuição da Diretoria Geral de Saúde Pública a garantia do saneamento de tais áreas e produtos. Neste período o médico Osvaldo Cruz, como diretor geral de saúde, comandou grandes campanhas sanitárias tanto na área urbana quanto rural, no combate da peste bubônica em 1902, da febre amarela em 1903 e da varíola em 1904 e 1908. Adepto de campanhas agressivas com forte apelo policial, enfrentou o repúdio popular, da imprensa e dos políticos da época. Este período conhecido como *campanhista*. Enquanto isso, a assistência hospitalar pública se ocupava em isolar portadores de hanseníase, tuberculose e doenças mentais. A assistência individual era custeada diretamente pelo doente ou, na ausência de recursos financeiros era atendido como indigente nas Casas de Misericórdia. *A esperança de vida do brasileiro nesta época era inferior a 40 anos.*

Entre 1920 e 1945, embora persistissem as campanhas sanitárias, agora centradas no controle de endemias de tuberculose e hanseníase – conhecido como *sanitarismo campanhista*, os primeiros passos em direção a criação de um modelo médico assistencial foram observados. As primeiras caixas de aposentadorias, primeiro dos empregados das ferrovias e depois dos portuários e marítimos, surgiram em 1924. Em 1933, período de governo de Getúlio Vargas, foram criados os Institutos de pensão e aposentadoria que davam direitos aos trabalhadores formais que contribuíam com parte de seus salários mensais. Esses institutos eram organizados por categoria de trabalhadores. Também é desse período (1930) a criação do Ministério da educação e da saúde.

No período compreendido entre 1945 e 1966 foi instituído o modelo médico-assistencial privatista, caracterizado pelo estímulo à prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública. O Estado atuava como financiador do sistema e prestador de serviços à população sem vínculo empregatício formal. O setor privado assumiu o papel de prestador de serviços médicos e a indústria internacional de produtor de insumos e

equipamentos biomédicos e medicamentos. *Em 1960 a expectativa de vida do brasileiro era de 54 anos.*

No período seguinte, de 1968 a 1980, o Brasil já estava sob o governo militar, os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos foram incorporados ao sistema previdenciário mediante contribuição mensal. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, vinculando assistência e previdência a um único fundo financeiro e extinguindo os Institutos de Pensão por categorias profissionais. Neste período se acentuou a dicotomia (separação) entre as áreas preventiva e curativa da assistência à saúde. Na mesma década (de 1970 a 1980), cresce o movimento popular que discute a necessidade de reformas na área da saúde, inspirados por discussões internacionais sobre o direito à saúde e à liberdade, aliando-se ao movimento popular de oposição ao Regime Militar. Esta mobilização, conhecida como Reforma Sanitária introduziu a discussão sobre Atenção Primária à Saúde, sistematizada no Congresso de Alma Ata, onde a saúde é declarada um direito do cidadão e cuja meta era que todos os povos alcançassem um nível de saúde que lhes permitisse uma vida social e econômica produtiva até o ano 2000.

Merecem destaque algumas iniciativas deste período no campo da saúde:

A criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, com ênfase no enfrentamento de doenças transmissíveis e mais comuns, dirigido a municípios com até 20 mil habitantes. O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PREPS, e a Atenção Primária de Saúde, o primeiro programa que dava autonomia ao município de estruturar seu serviço de saúde.

Em 1980 a expectativa de vida do brasileiro era de 62 anos.

No período seguinte, de 1980 a 1990, essas experiências foram importantes pela discussão acumulada, permitindo o avanço em direção a formulação do texto progressista aprovado na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e incorporado à Constituição Federal de 1988, dando origem ao Sistema Único de Saúde.

Esse novo sistema respondia às demandas de saúde sentidas pela população brasileira até então. Seus princípios foram assim definidos:

Universalidade – para romper a exclusão dos trabalhadores informais e desempregados que não tinham acesso ao sistema anterior;

Integralidade – para romper a dicotomia entre assistência preventiva e curativa, até então com recursos e investimentos desiguais.

Equidade – para responder aos diferenciais de saúde de cada grupo populacional, fazendo da saúde um instrumento para a justiça.

Participação popular – em oposição à impossibilidade de opinar, influenciar, representar em favor do seu direito à saúde.

2. Sistema Único de Saúde – Diretrizes e regulamentação.

Criado na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde começa a se estruturar junto com o país, que emergia de 20 anos de ditadura militar. Seu desenho arrojado anunciava a tarefa futura de oferecer um sistema de saúde pública de acesso universal. Duas décadas não foram suficientes para toda sua regulamentação, porém, foi palco de profundas mudanças no perfil de saúde e condições de vida do brasileiro.

Em 2008 a expectativa de vida do brasileiro é de 72 anos.

A Constituição Federal, 1988 e o SUS.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Os três artigos da constituição acima citados dispõem sobre os princípios do Sistema Único de Saúde. Estes princípios podem ser distribuídos em

Princípios Doutrinários do Sistema Único de Saúde:

Universalidade = acesso igualitário, sem diferenças entre contribuintes e não contribuintes ou qualquer segregação na forma da lei.

Equidade = reconhece as diferenças de exposição aos riscos de agravos e institui a sua redução de forma a promover a justiça.

Integralidade das ações = assistência integrada do cuidado preventivo e curativo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Princípios organizativos do Sistema Único de Saúde

Regionalização da rede de saúde = articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, que possibilitem acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população.

Hierarquização da rede de saúde = organização dos serviços por níveis de complexidade crescentes no qual a porta de entrada do sistema é a unidade de nível mais elementar, como as UBS (Unidades Básicas de Saúde), Postos de Saúde ou Unidades de Emergência.

Descentralização = redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre vários níveis de governo. Assim, o que é de abrangência do município do Estado deve ser de responsabilidade do Governo Estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade do governo federal.

Participação Popular (Controle Social):

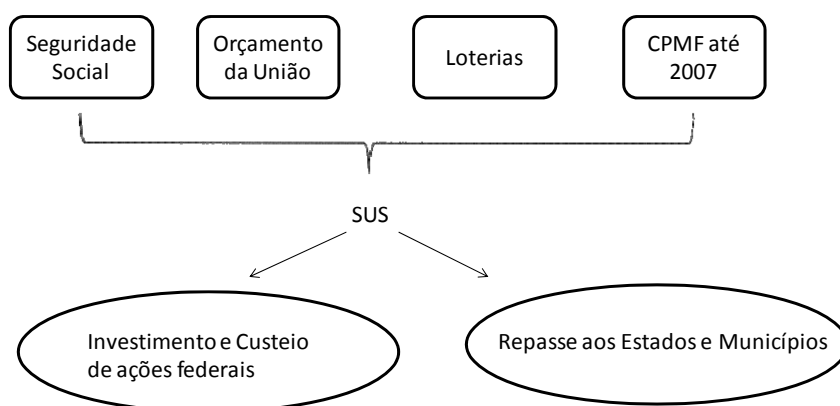
A Lei 8.142 institucionaliza a participação da população nas políticas de saúde nas três esferas, municipal, estadual e federal, pela primeira vez na história. Tal institucionalização se efetuará

através da participação nos Conselhos de Saúde formados por 25% de gestores, 25% de trabalhadores do SUS e por 50% de usuários do sistema, e nas conferências de saúde. Essas conferências podem ter caráter temático, mas, deve ocorrer no mínimo uma conferência de caráter amplo e organizativo de quatro em quatro anos nas três esferas.

É a garantia de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis de governo.

Financiamento do SUS

Os recursos para financiamento do SUS são provenientes das três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal. Sua origem e distribuição está esquematizada na figura a seguir:



3. Políticas Públicas de Saúde: a agenda de compromissos do SUS.

Considerando o conceito de política pública em saúde como conjunto de diretrizes para o Estado fazer frente a um problema da sociedade, que reflete o momento histórico em que é criada, a sua concretização se dá mediante a elaboração do Plano Nacional de Saúde - PNS, um documento quadrienal que é produzido reunindo diretrizes, objetivos e metas de cada governo. As diretrizes constituem os compromissos de governo, as teses contidas nas plataformas eleitorais. Os objetivos e metas são estabelecidos em consonância com as diretrizes, porém baseadas no diagnóstico das condições de vida e saúde da população.

O PNS é, portanto, um documento técnico e político, segundo o qual o governo em todos os níveis deve se orientar para as decisões no campo da saúde. A execução do PNS não ocorre de modo restrito no âmbito dos serviços de saúde, mas envolve outras instituições e setores do governo e da sociedade para o alcance de suas metas.

O PNS para o quadriênio 2008-2011: Mais Saúde – direito de todos está disponível no site do Ministério da Saúde: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/>

4. Modelos Assistenciais no SUS.

A criação do SUS só responde aos anseios da população quando se traduz em ação. O processo de organização foi regulamentado em Leis Complementares - NOB

(Norma Operacional Básica) assim como a responsabilização das partes atuantes no Sistema - NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde). Objetivamente, o conjunto de diretrizes e regulamentações delineiam o modo de operacionalização do SUS e o modelo de atenção ou modelo assistencial que tornará o sistema uma realidade pode ser definido como a forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas.

O modelo hegemônico instituído foi o desenho da rede básica hierarquizada segundo os níveis de complexidade no qual a Unidade Básica de Saúde - UBS é ao mesmo tempo porta de entrada para o SUS, sendo o primeiro atendimento, mas constitui-se em nível próprio de atendimento com capacidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Relaciona-se com os demais níveis da rede hierarquizada de saúde segundo um grau crescente de complexidade – referencia e contra-referencia. Neste modelo a demanda é espontânea, buscando o serviço de acordo com seu entendimento e avaliação de necessidade de intervenção. Concorrem com a UBS na entrada do sistema os serviços de urgência e emergência.

As dificuldades encontradas para a implementação de um sistema de saúde tão amplo e ao mesmo tempo complexo em um país de dimensões continentais como o Brasil, mostraram a necessidade da utilização de novas estratégias de reorganização do modelo de atenção a saúde. Em 1994 surgiram as primeiras Equipes de Saúde da Família, imprimindo uma nova dinâmica de atuação e de relacionamento entre os serviços de saúde e a população.

A estratégia Saúde da Família.

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

A implantação das equipes de saúde da família, desde 1994, apresenta um movimento contínuo e crescente em todo o território nacional. Na contramão dessa tendência estão a dificuldade para fixação de profissionais, notadamente médicos, em áreas mais periféricas e a incorporação de tecnologias modernas e de alto custo, amplamente difundidos na atenção médica privada complementar. Por outro lado, a pressão da crescente demanda não coberta por equipes de saúde da família por assistência para a recuperação da saúde, em especial das camadas populacionais que perderam a capacidade de custear planos privados de saúde (ex. idosos, trabalhadores informais) e a incapacidade operacional e financeira para a ampliação necessária, aproximam o sistema de um colapso.

Neste contexto é que surgiu o modelo híbrido, em vigência no município de São Paulo, que direciona os investimentos na área da saúde para a criação de unidades de Assistência Médica Ambulatorial – AMAs, cujo objetivo é ampliar o acesso de pacientes que necessitam de atendimento imediato, racionalizar, organizar e estabelecer o fluxo de pacientes para as UBS,

Ambulatórios de Especialidades e Hospitais. A gestão das AMAs está sendo compartilhada entre SMS e parceiros públicos ou privados. Os recursos humanos, adequação física, aquisição de equipamentos e mobiliários são responsabilidade dos parceiros, por meio de assinatura de convênio, com metas pré-estabelecidas. Os insumos permanecem como responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

ANDRADE SM, SOARES DA, CORDONI JÚNIOR L. As Bases da Saúde Coletiva. Ed UEL/ABRASCO, Londrina, 2001.

BRASIL 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília:MS;1988

BRASIL 1990. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília:MS;1990

BRASIL 2006. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional De Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. MS,2006,v.4

BRASIL 1996. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/96). Diário Oficial da União, Brasília; 06 de novembro de 1996.

BRASIL 2001. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília : MS; 2001.

UNIDADE IV ATENÇÃO BÁSICA

1. Atenção Básica – princípios, fundamentos e áreas estratégicas.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É prestada na forma de trabalho em equipe em Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades de Saúde da Família – USF, dirigida à populações de territórios bem delimitados chamados de área de abrangência, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A Atenção Básica responde as necessidades de ordem sanitária (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação e informação em saúde) e as demandas por ações clínicas (vigilância epidemiológica, e tipicamente clínicas: promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de quadros muito frequentes e de baixa complexidade). As ações de saúde definidas nas Políticas Públicas de Saúde, descritas no Plano nacional de Saúde e pactuadas entre as três esferas de governo são expressas na forma de programas, alguns deles aqui relacionados. Sua apresentação está organizada em eixos principais: as intervenções sobre os ciclos vitais (criança, adolescente, mulher, adulto e idoso), sobre o processo saúde e doença socialmente determinado (saúde bucal, mental) e sobre os determinantes sócio-ambientais do processo saúde e doença (imunização, nutrição e educação em saúde).

O texto a seguir foi elaborado a partir dos documentos técnicos, (manuais, normas técnicas, guias de referência e Leis) que orientam as ações desenvolvidas na atenção básica no Brasil. Grande parte dele é composta pela seleção de trechos integrais desses programas, feita intencionalmente para desenvolver no aluno a familiaridade com a linguagem deste tipo de bibliografia de uso corrente nos serviços de saúde. A leitura dos textos completos é recomendada e a sua localização é indicada ao final de cada item apresentado.

2. INTERVENÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NOS CICLOS VITAIS DA POPULAÇÃO

2.1 SAÚDE DA CRIANÇA

Do nascimento até o final da adolescência o peso de uma criança é multiplicado por 17, passando de 3,5 kg para 50 a 70 kg, enquanto a estatura mais que triplica (CORREIA; McAULIFFE,1999). As profundas alterações vão ocorrer também no que diz respeito ao amadurecimento fisiológico, do sistema imune e do desenvolvimento psicossocial.

Sobretudo nos primeiros anos de vida sua vulnerabilidade a agravos será maior e por esta razão constitui historicamente um grupo considerado de risco.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento deve, por isso mesmo, levar em conta o momento de vida e os fatores de risco que lhe são inerentes.

O período perinatal começa em 22 semanas completas de gestação e termina com 7 dias completos após o nascimento. Nele, a criança ainda está sob a influência dos eventos de saúde vivenciados na gestação e parto.

Período neonatal: começa no nascimento e termina com 28 dias completos depois do nascimento. Pode ser dividido em neonatal precoce: abrange os 7 dias de vida e neonatal tardio: após o sétimo dia e termina com 28 dias completos de vida. Nesta fase tem início a influência do ambiente no qual a criança vai viver. Lá ela já estará exposta principalmente aos riscos nutricionais e de infecções.

Período Infantil ou pós neonatal tardio: é considerado de 28 dias de vida até 11 meses e 29 dias. Neste período estão presentes os riscos de agravos nutricionais, de comprometimento do desenvolvimento, e de infecções.

A identificação do grau de risco da criança ao nascer e em cada etapa dos primeiros anos de vida pode representar a diferença entre sobreviver ou não. Com base nos indicadores de morbidade e mortalidade infantil são estabelecidas políticas públicas de atenção primária à criança, que estabelecem critérios de eleição do grupo segundo o grau de risco a que está exposta.

Uma criança é considerada de alto risco ao nascer quando apresenta isoladamente um dos seguintes critérios:

- Peso inferior a 2500 gramas;
- Morte de irmão menor de 5 anos;
- Internação hospitalar após a alta materna ou,

dois ou mais dos seguintes critérios associados:

- Mãe adolescente abaixo de 16 anos
- Mãe analfabeta
- Mãe sem suporte familiar
- Mãe proveniente de área social de risco
- Chefe da família sem fonte de renda
- História de migração da família há menos de 2 anos
- Mãe com história de problemas psiquiátricos
- Mãe portadora de deficiência que impossibilite o cuidado da criança

- Mãe dependente de álcool e/ou drogas
- Criança manifestamente indesejada.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças deverá ser planejado de acordo com o risco identificado, estabelecendo-se um calendário de contatos com o serviço adequado a ela.

Algumas das linhas de cuidado prioritárias são:

- 1) promoção do nascimento saudável mediante aumento da cobertura do pré-natal, sua qualificação em relação à precocidade de início, realização dos controles estabelecidos em protocolo, assistência ao parto e puerpério.
- 2) acompanhamento do recém-nascido de risco. A declaração de nascido vivo constitui instrumento para identificação e notificação do risco ao nascer.
- 3) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização, mediante observação em momentos estratégicos definidos em calendário segundo o risco.
- 4) promoção do aleitamento materno e alimentação saudável - atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais, a ser iniciado no pré-natal. Recomenda-se o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses e complementado a partir daí.
- 5) abordagem das doenças respiratórias e infecciosas, prevista mediante capacitação das equipes de saúde e orientação às mães. A manutenção de alta cobertura vacinal.
- 6) vigilância em Saúde e vigilância do óbito, como medida de fundamental importância para a detecção dos óbitos evitáveis e intervenção sobre seus determinantes.

Essas linhas de cuidado fundamentam as metas estabelecidas no Pacto pela Vida e têm se mostrado eficazes nas últimas décadas.

As crianças em qualquer idade que apresentem um dos seguintes critérios será considerada de alto risco e seu atendimento será prioritário:

Desnutrição

Maus tratos

Duas ou mais internações hospitalares

Desemprego familiar e/ou perda absoluta de fonte de renda

Criança manifestamente indesejada

Criança com 3 ou mais atendimentos em Pronto Socorro em um período de 3 meses.

Dos dois aos seis anos considera-se o período pré-escolar na vida de uma criança. Nesta fase de vida a atenção e as políticas públicas devem ser voltadas ao desenvolvimento motor e neurológico, percebido na aquisição de habilidades do pensamento e do comportamento social, da progressiva independência do agir. É ainda um período de atenção ao risco de infecções, principalmente as preveníveis por vacinação.

“Dos seis aos dez anos, período escolar, o crescimento e desenvolvimento se consolidam. A criança de um modo geral é mais suscetível aos agravos nos primeiros anos de vida. Na medida em que a criança cresce diminui a vulnerabilidade biológica de tal forma que na idade escolar pode-se esperar uma verdadeira "calmaria biológica". Entretanto, as situações de risco determinadas pelas condições de vida modificam essa tendência evolutiva da redução de incidência dos agravos. Isso implica a necessidade de uma mudança de olhar da unidade, atualmente centrada na criança de 0 a 2 anos para voltar-se mais para o pré-escolar e escolar”(BRESOLIN; SUCUPIRA ,2003).

Neste período as deficiências auditivas, visuais e acidentes domésticos são mais freqüentes do que outros danos ou agravos. Nos últimos anos um novo problema tem sido descrito no grupo escolar: a obesidade infantil, frequentemente acompanhado de sedentarismo e problemas de

auto-estima. O enfrentamento de tais danos será multiprofissional, multidisciplinar e interinstitucional. Nesta fase da vida a mortalidade é muito baixa.

São metas prioritárias em saúde da criança:

1. Reduzir a mortalidade neonatal
2. Reduzir a morbimortalidade por doenças respiratórias
3. Garantir acompanhamento a todas as crianças de risco.

As diretrizes políticas para este grupo são:

O atendimento à criança deve ser hierarquizado e regionalizado abrangendo todos os níveis de complexidade;

O Programa de Saúde da Família constitui a estratégia estruturante da atenção básica;

Os diferentes serviços de saúde devem estar integrados e articulados;

O atendimento à criança compreende ações intersetoriais;

Participação da família e da comunidade.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA

CORREIA, L L; McAULIFFE, J F. Saúde materno infantil. In: ROUQUAYROL MZ E ALMEIDA JUNIOR, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

BRESOLIN, A M B; SUCUPIRA, A C S L. *Caderno da Criança*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2003.

2.2 SAÚDE DO ADOLESCENTE.

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial.

A Organização Mundial da Saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. A puberdade constitui uma parte da adolescência caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual. Algumas questões se mostram relevantes quando falamos da vulnerabilidade dos adolescentes no plano individual, social ou programático.

A gravidez na adolescência é uma delas. Estudos realizados em diferentes países e grupos sociais demonstram aumento da taxa de fecundidade nas adolescentes, em confronto com a diminuição dessas taxas na população geral. No Brasil, essa realidade vem sendo constatada pelo crescente número de adolescentes nos serviços de pré-natal e maternidade, sua maior incidência nas populações de baixa renda e a associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade.

Além da experiência da gravidez entre adolescentes e jovens, há um significativo aumento da infecção pelo HIV/aids. No Brasil, 13,4% dos casos diagnosticados entre 1980 e 1998 foram em adolescentes, apesar do bom conhecimento sobre aids haver sido evidenciado em pesquisas neste mesmo grupo.

O uso e o abuso de álcool e outras drogas têm sido uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência e juventude a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada e a transmissão de doenças por via sexual e endovenosa, nos casos das drogas injetáveis. Não fosse o consumo de

drogas um problema suficientemente grave, temos ainda a problemática do tráfico, o qual representa, no Brasil e em outros países, uma séria ameaça à estabilidade social.

O Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, vem elaborando políticas nacionais integradas, principalmente com a participação juvenil, voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens, de forma a garantir uma atenção integral à saúde desta população. Isso significa reduzir as principais doenças e agravos, melhorar a vigilância à saúde e contribuir para a qualidade de vida destes 54 milhões de cidadãos brasileiros, na faixa etária entre 10 e 24 anos de idade.

A partir do reconhecimento das questões prioritárias na atenção à saúde de adolescentes e jovens, a Área Técnica da Saúde de Adolescente e Jovens do Ministério da Saúde, vem desenvolvendo suas ações sob três grandes eixos:

Crescimento e Desenvolvimento
Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva
Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidentes.

Como pano de fundo, coloca-se o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, promulgado em julho de 1990 (Lei 8069/90) que estabelece em seu Art. 3.º

“A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Lei. n.º8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

2.3 SAÚDE DA MULHER

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde dessas últimas, as questões de gênero, que se referem ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher os expõem a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte.

Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher. (Extraído do Caderno de Atenção Básica, 2006, p.13).

O processo saúde e doença na população feminina se manifesta de modos diferentes segundo a qualidade de vida e o desenvolvimento social de cada região. Assim, a Política de Saúde da Mulher deve ser definida a partir do conhecimento da situação epidemiológica específica de cada região do país, seguindo as diretrizes do SUS, de modo a viabilizar e causar maior impacto positivo no processo saúde e doença na população feminina da área. (Fernandes de Narchi)

Alguns aspectos sociais acerca da população feminina brasileira a serem lembrados:

- a inserção da mão de obra feminina em todos os setores da sociedade é recente (nos últimos 50 anos) entretanto, mantém traços fortes de desigualdade e exclusão em relação às mulheres de baixa escolaridade e renda.
- a remuneração do trabalho feminino no Brasil é menor do que o masculino repercutindo sobre a renda familiar, principalmente, quando a mulher assume a chefia da família.
- a mulher é a principal vítima de violência física e/ou sexual por parte do companheiro ou outro membro da família, frequentemente no âmbito domiciliar.
- a sociedade brasileira ainda vê a mulher como mãe e responsável pela manutenção e cuidado da família.

Alguns aspectos demográficos acerca da população feminina brasileira a serem lembrados

- as mulheres brasileiras vivem mais do que os homens. Dados do IBGE 2005 mostram que a esperança de vida ao nascer ficou em 75,8 para o sexo feminino e 68,2 para o sexo masculino; ou seja, as mulheres tinham 7,7 anos em seu favor.
- houve uma forte redução da taxa de fecundidade desde 1970 quando era de 5,8 filhos por mulher para 2,3 filhos por mulher em 2000 e 2,0 em 2006, o que provocou uma diminuição da taxa de crescimento populacional.
- as mudanças das taxas de fecundidade e crescimento populacional resultaram no aumento do envelhecimento e conseqüentemente o aumento das demandas específicas de mulheres idosas para os serviços de saúde.
- a assistência à mulher começa aos 10 anos de idade em razão das estatísticas de mortalidade materna do país e da precoce iniciação sexual.

Alguns aspectos biológicos acerca da população feminina brasileira a serem lembrados:

- as cinco primeiras causas de morte em mulheres acima dos 10 anos de idade, em 2005 no Brasil, foram respectivamente as doenças do aparelho cardiocirculatório com destaque para as doenças isquêmicas do coração; as neoplasias com predominância do câncer de mama; as doenças do aparelho respiratório com destaque para as pneumonias; as doenças endócrinas e do metabolismo com predominância do diabetes mellitus e, na quinta posição, as mortes por doenças do aparelho digestivo.
- as causas obstétricas diretas representam 75% dos óbitos decorrentes de complicações de gravidez, parto e puerpério.

A situação de saúde das mulheres brasileiras é agravada pela discriminação nas relações de trabalho, a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico e outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais freqüentemente (Caderno de Atenção Básica/13, 2006).

Políticas Públicas de Saúde da Mulher

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1984) representa um marco na neste campo porque, pela primeira vez, incorporou ações educativas, de prevenção, de diagnóstico, tratamento e recuperação, abrangendo todo o ciclo de vida da mulher: ginecologia,

pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama e violência sexual.

Houve avanço e os objetivos da Política de Saúde da Mulher atualmente são:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia dos direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;
- Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

O alcance dos objetivos definidos está relacionado a uma série de ações, sendo as principais:

Atenção obstétrica

Tem por objetivo reduzir os riscos e complicações inerentes a gravidez, parto e puerpério. O acompanhamento de pré-natal é considerado adequado quando alcançou no mínimo seis consultas e teve início no primeiro trimestre de gestação. A qualidade e a oportunidade (ocorrem no momento oportuno) das consultas interferem diretamente nos indicadores de acompanhamento da saúde materna: a gestante com infecção urinária não diagnosticada e tratada eleva o risco de morte fetal. A infecção pelo HIV não identificada eleva o risco de transmissão vertical e morte de mãe e filho. A Sífilis não diagnosticada implica em transmissão congênita, resultando em seqüelas gravíssimas para o feto e risco para a mãe. A baixa cobertura vacinal contra o tétano em gestantes eleva o risco de tétano neonatal. A hipertensão arterial não tratada ou inadequadamente tratada constitui a principal causa de morte materna.

A assistência ao parto é desigual no Brasil, sobretudo nas áreas rurais onde são freqüentes os partos domiciliares não assistidos ou assistidos por pessoas não preparadas.

Redução do abortamento em condições de risco

O fato de o aborto ser ilegal no Brasil dificulta o conhecimento da magnitude real deste evento. As estatísticas disponíveis são incompletas e se referem aos abortos que resultaram em complicação e morte assistidas tardiamente. As complicações mais importantes de um aborto são a perfuração uterina, as hemorragias e a infecção. A discussão em torno da legalização do aborto não tem avançado no Brasil, sendo permeada de preconceitos, imposição de dogmas religiosos e pouca objetividade, uma vez que o fato de ser legal não torna o aborto obrigatório a ninguém. Poucos municípios, entre eles São Paulo, oferecem garantias legais para o aborto em ambiente hospitalar em caso de gestação resultante de estupro, desde que autorizado judicialmente e resguardadas as condições de tempo, segurança e desejo expresso da gestante para sua realização.

A redução do número de abortos em condições de risco depende não só da legalização do ato em si, mas da ampliação do acesso a informação e métodos adequados ao planejamento familiar.

Acesso à anticoncepção e tratamento infertilidade

A oferta de programas de assistência à reprodução humana na rede básica é atribuição dos municípios. Entende-se como assistência reprodutiva os processo de anti e pró concepção.

Nos casos de infertilidade, definida como a incapacidade de conceber e levar a termo uma gestação após um ano de intercurso sexual regular sem anticoncepção cabe aos gestores garantir o acesso das mulheres a rede de serviços especializados, de referencia e contra-referencia que respondam adequadamente a esta demanda. No sentido oposto, a oferta de métodos de anticoncepção deve obedecer ao princípio da livre escolha esclarecida. Isto significa

disponibilizar os medicamentos e procedimentos de anticoncepção com garantia de acompanhamento e o desenvolvimento de ações educativas que ampliem a capacidade de escolha e de autocuidado das mulheres incluídas no programa.

Para a manutenção da saúde, os métodos reversíveis são os mais adequados, pois não prejudicam as mulheres e permitem que elas retomem as suas funções reprodutivas se desejarem.

Redução da transmissão de DST/HIV/AIDS

A prevenção e a redução da transmissão das doenças sexualmente transmitidas são fundamentais porque algumas delas são transmitidas verticalmente ao feto conferindo-lhe seqüelas e aumento do risco de morte. Nas mulheres as DST podem desencadear a esterilidade, infecções pélvicas graves, câncer de colo uterino e eleva o risco de aborto e de morte.

O cumprimento destas ações requer equipes capacitadas e sensíveis ao problema, ampliação e melhoria das estratégias de comunicação (difusão da informação) e de educação em saúde.

São ações que exigem atuação intersectorial para o alcance do grupo alvo. As mulheres idosas estão entre os seguimentos populacionais que registrou maior avanço da infecção pelo HIV na última década e as adolescentes constituem o grupo que mais cresce em relação a gravidez indesejada. É, portanto, prioritário que se amplie o acesso aos meios e ao conhecimento emancipador à população feminina capaz de lhes garantir o acesso aos serviços, a liberdade de escolha e a capacidade de auto-cuidado.

Atenção às mulheres vítimas de violência

Apesar dos poucos dados disponíveis sobre a incidência desse agravo, sabe-se que a violência que mais atinge a mulher brasileira é a sexual e doméstica. O sistema de informação de acidentes e violência está em fase de implantação e poderá ao longo da próxima década melhor caracterizar o problema. No âmbito do setor saúde, a atenção às mulheres, vítimas de violência, são contempladas nos programas de humanização da atenção à saúde mediante a capacitação das equipes para a assistência integral (atendimento de urgência, e de acompanhamento clínico e psico-social), estruturação da rede para o acolhimento oportuno e com privacidade, além do estabelecimento de parcerias com outras secretarias e instituições sociais públicas e privadas capazes de apoiar as mulheres vítimas de violência.

Atenção às mulheres adolescentes e no climatério.

A vulnerabilidade desses dois grupos etários femininos é maior em decorrência das profundas transformações físicas (sobretudo hormonais), psíquicas e sociais que as atinge.

Na adolescência, a assistência tem, como objetivo primordial, garantir o desenvolvimento saudável e orientar sobre os direitos sexuais e reprodutivos com vistas à redução dos riscos de gravidez precoce e infecção por DST/HIV, uma vez que a vida sexual ativa tem se iniciado cada vez mais precocemente, ampliando as chances de exposição a esses agravos.

No climatério, fase de transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, o desequilíbrio hormonal pode ocorrer de modo brusco levando a desconforto e ao aparecimento de sinais e sintomas transitórios. A redução dos hormônios femininos favorece o aparecimento de doenças crônicas degenerativas tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteoporose, neoplasias com destaque para o câncer de mama e os quadros de depressão. Com a evolução farmacêutica e recente acesso a medicamentos de restauração da função erétil masculina, observou-se um aumento das infecções pró-DST/HIV nas mulheres no climatério e menopausadas, fato que constitui novo eixo de atenção para as políticas públicas de saúde da mulher.

Inclusão das mulheres excluídas na assistência

Compreendem este grupo as mulheres indígenas e as trabalhadoras rurais pela deficiência na oferta de programas específicos ou de garantia de acesso a eles. As mulheres negras, também consideradas no grupo de exclusão, apresentam características genéticas que favorecem o aparecimento de hipertensão arterial e diabetes com maior frequência em relação às mulheres brancas, risco acrescido por sua condição social, de renda e escolaridade mais baixas. O menor acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciado por estas características determinando, por conseqüência, uma maior taxa de mortalidade específica.

As mulheres em privação de liberdade (presidiárias) estão mais sujeitas a adquirir doenças como Tuberculose, DST/AIDS, Pneumonias, Dermatoses, Transtornos Mentais, Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, em decorrência da precariedade das condições de vida nas prisões brasileiras. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário existe, mas pouco avançou até o momento, em direção a execução das ações previstas.

A atenção á saúde desses seguimentos da população feminina deve levar em consideração suas especificidades para alcançar o êxito esperado e a melhoria na qualidade de vida.

Investigação das mortes maternas

Desde 1998, a investigação de todos os óbitos de mulheres, em idade fértil, tornou-se obrigatória. Em 2004, com a criação do Pacto pela Vida e a Saúde pelo governo federal, os municípios foram chamados a formalizar seus comitês de investigação, cujo objetivo é quantificar e qualificar os óbitos da população feminina e a partir de sua análise estabelecer políticas locais de redução de risco e morte neste grupo específico.

Humanização e qualidade da atenção integral à saúde da mulher

Humanizar e qualificar a atenção, em saúde, implica compartilhar os saberes e reconhecer os direitos. Humanizar é o contrário de discriminar, frustrar e violar os direitos quando as mulheres buscam atendimento nos serviços de saúde.

Os princípios do SUS induzem à prática humanizada, nos serviços de saúde, ao garantir a universalidade, a integralidade, a equidade da assistência e a participação popular. O enfoque educativo e a busca ativa e sensível das necessidades da mulher poderão garantir o cumprimento das políticas públicas de saúde vigentes.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERNANDES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z.. [Org] *Enfermagem e Saúde da Mulher*. Barueri, SP: Manole, 2007.

2.4 SAÚDE DO HOMEM

O Plano Nacional de Saúde, para o quadriênio 2008 – 2011, incluiu e detalhou, pela primeira vez, políticas de saúde dirigidas ao adulto do sexo masculino. Com base nas informações de morbimortalidade as ações de prevenção e controle com vistas à redução do Câncer de Próstata têm metas e atividades propostas.

A inclusão da saúde do homem na Atenção Básica representa um avanço significativo em direção a equidade e integralidade da assistência.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais saúde: direito de todos 2008 – 2011. Brasília: Editora MS, 2007. Série C: Programas, projetos e relatórios.

2.5 SAÚDE DO ADULTO

O que define o adulto é o encerramento do processo de crescimento e desenvolvimento físico. Cronologicamente, este fato ocorre por volta dos 20 anos. Daí, a classificação como adolescentes as pessoas de 12 a 19 anos. Entretanto, não raro, são considerados adultos os indivíduos que apresentam as principais funções sexuais secundárias.

Um adulto tem a capacidade de se reproduzir e de realizar as atividades produtivas próprias de seu grupo e essas características constituem em fonte de parte dos riscos à saúde, mas é o adequado processo de crescimento e desenvolvimento, aliado às condições de vida, que melhor protegem a sua saúde.

No processo de crescimento, pode-se destacar a influência da carga genética, identificada indiretamente pela história de doenças familiares, a presença de doenças pré-existentes como diabetes, hipertensão, anemias, asma brônquica e outras ou seqüelas de doenças progressivas. A nutrição desempenha papel fundamental em todas as fases da vida, assim como os fatores ambientais representados pelo modo de viver, de morar, de se submeter ao estresse. Por fim, os fatores acidentais (causas externas) podem modificar o curso da vida, impondo limitações não previstas e morte precoce.

No processo de produção merece destaque as doenças ocupacionais, os acidentes do trabalho e o desgaste gerado pela carga e ambiente de trabalho.

O processo de reprodução atinge de modo diferente homens e mulheres. A maternidade, embora não constitua evento mórbido, não é livre de risco, principalmente se associada a condições adversas anteriores.

Não existem políticas de saúde específicas para o adulto como ciclo vital. Porém, os agravos mais prevalentes que incidem sobre este grupo etário são abordados como eventos prioritários para intervenção para redução dos riscos (promoção da saúde) prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. As doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão, Diabetes E Câncer, ao lado das doenças crônicas transmissíveis como tuberculose, Hanseníase Hepatites Virais e Aids figuram neste grupo. Do mesmo modo, doenças agudas com intermediação ambiental como a Dengue e a Leptospirose, assumem em determinados momentos tal magnitude, que passa a interferir sobre a população roubando-lhe a qualidade de vida. Afora as doenças, a violência urbana, representada pelas mortes e seqüelas deixadas por acidentes de trânsito, quedas, agressões e envenenamentos; os homicídios e os suicídios conjugam a condição de vida e saúde do adulto brasileiro, a quem o Sistema Único de Saúde propõe proteção.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais saúde: direito de todos 2008 – 2011. Brasília: Editora MS, 2007. Série C: Programas, projetos e relatórios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. Diário oficial da união Nº 238 -13 de dezembro de 2004. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNS.pdf>.

2.6 SAÚDE DO IDOSO

Um indivíduo é considerado idoso a partir dos 60 anos de idade. Esta é um recorte arbitrário e necessário, a partir do qual são estabelecidas políticas de atenção a este grupo. Aos sessenta anos a capacidade de reprodução das mulheres cessou naturalmente e o vigor masculino experimenta uma desaceleração. As mudanças de ordem física que se manifestam neste ciclo da vida diminuem, paulatinamente, e, também, a capacidade produtiva. Daí, a definição da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) do envelhecimento como

“um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que, o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

O grupo etário que mais cresceu nas últimas décadas foi o de 60 anos e mais, resultado das mudanças na taxa de fecundidade, do acesso ao saneamento básico, aos serviços e tecnologias de saúde, à educação e informação e, melhor qualidade de vida.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência-senilidade.

Esta distinção é importante porque as políticas de saúde do idoso têm, como objetivo central, promover, para a maior parcela da população idosa, um processo de envelhecimento natural, caracterizado como senescência. Para tal é necessário que se conheça e se reconheça precocemente os desequilíbrios e ou alterações da saúde de modo a reduzir a sobrecarga exercida e a produção de doença. Algumas características do processo não patológico de deterioração do organismo maduro devem ser consideradas: a redução da capacidade cognitiva decorrente de alterações neurológicas desfavoráveis à fixação da memória recente (aprendizagem de coisas novas). A aposentadoria não planejada, que induz ao isolamento social, abrindo espaço para distúrbios emocionais e estados de depressão, muitas vezes confundidos com “caduquice” ou simplesmente “velhice”. A substituição natural de massa muscular por massa gorda reduz a força física e quando acompanhada de distúrbios ósteoarticulares como Osteopenia, Osteoporose e ou Artroses favorecem o sedentarismo e o agravamento de outros distúrbios metabólicos como Dislipidemias, resistência a insulina, etc.

Uma das alterações mais freqüentes e importantes é o Edentulismo (perda de dentes) e outros processos de alteração da saúde bucal que participam diretamente da instalação de distúrbios nutricionais. A Obesidade, a má nutrição e a desnutrição aparecem com igual importância entre os problemas de saúde do idoso. A concomitância na ocorrência de patologias no mesmo indivíduo torna correto afirmar que este é o grupo etário que se caracteriza por apresentar multipatologias e por causa delas fazer uso de polifarmacologia. Esta, por sua vez, se constitui em um problema de grande severidade, tanto pelas reações colaterais que desencadeiam, como pelo sinergismo e/ou antagonismo de diferentes drogas, ora potencializando os efeitos, ora anulando-os. A regularidade no uso de múltiplas prescrições é um desafio permanente ao idoso e o risco do uso indevido e ou irregular da medicação é freqüente motivo de quedas agravamento de doenças e internações hospitalares.

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação.

A avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é

fundamental e determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Didaticamente, elas estão subdivididas em:

Atividades de Vida Diária (AVD)

São as relacionadas ao auto-cuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas:

- Alimentar-se
- Banhar-se
- Vestir-se
- Mobilizar-se
- Deambular
- Ir ao banheiro
- Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)

São as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas:

- Utilizar meios de transporte
- Manipular medicamentos
- Realizar compras
- Realizar tarefas domésticas leves e pesadas
- Utilizar o telefone
- Preparar refeições
- Cuidar das próprias finanças

Estão igualmente preconizadas as avaliações nas seguintes áreas:

Estado nutricional mediante verificação e acompanhamento do Índice de massa corporal

($IMC = \text{Peso} / \text{estatura}^2$)

- ☐ Acuidade visual
- ☐ Acuidade auditiva
- ☐ Incontinência urinária
- ☐ Sexualidade
- ☐ Situação vacinal
- ☐ Mobilidade, da capacidade cognitiva
- ☐ Depressão
- ☐ Risco de quedas e
- ☐ Apoio familiar e social.

Para cada aspecto, foram já desenvolvidos instrumentos de medida, registro e interpretação, assim como de condutas a serem adotadas para a prevenção e recuperação das perdas observadas.

A atenção à saúde da pessoa idosa, por meio da avaliação da capacidade funcional, tem demonstrado ser mais significativa, nas intervenções terapêuticas, do que apenas a presença ou ausência de doenças. Para melhor entendimento, será utilizado o seguinte exemplo: dois idosos têm o diagnóstico de Diabetes mellitus; um se mantém independente para todas suas AVD e o outro necessita de ajuda para sair da cama e alimentar-se. Os dois possuem a mesma doença de base, mas, seu nível funcional é muito diferente.

No âmbito social, a promulgação do Estatuto da Pessoa Idosa representou um importante passo no reconhecimento do direito à cidadania e ao cuidado desta parcela da população, havendo, entretanto, um longo caminho a percorrer até que se possa afirmar que o idoso tem garantia de qualidade de vida e saúde.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. [tradução Suzana Gontijo]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

UNIDADE V

INTERVENÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA SOCIALMENTE DETERMINADOS

1. PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE - PNEH

“A endemia hanseníase apresenta-se, na virada do milênio, no limiar da sua eliminação como problema global de saúde pública. O Brasil é o único país da América Latina onde a doença não foi eliminada congrega mais de 80% dos casos de hanseníase do continente americano... e é o único país da região ainda considerado endêmico”.
(MARTELLI et al., 2002)

No final de 2005, o coeficiente de prevalência da Hanseníase no Brasil foi igual a 1,48 casos/10.000 habitantes e um coeficiente de detecção de 2,09/10.000 habitantes. Ainda que o País registre um importante decréscimo nas taxas de prevalência e de detecção de casos novos de hanseníase nos últimos anos, os níveis de magnitude da doença, segundo as regiões geográficas, demonstram a necessidade de se dar continuidade à execução de atividades que impactem a transmissão da doença, de modo a atingir taxa inferior a 1 caso/10.000 habitantes em cada município.

O Brasil ainda apresenta uma alta magnitude da endemia de Hanseníase em menores de anos, com um coeficiente de detecção de 0,6 em cada 10.000 habitantes, indicando transmissão recente e ativa da doença. Apesar dos esforços no diagnóstico precoce o Brasil ainda tem importante contingente de pessoas com incapacidades físicas (Extraído do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase – Ministério da Saúde, 2006-2010).

Dos textos acima se depreende características da hanseníase no Brasil e justifica a sua manutenção como problema de saúde pública:

- é uma endemia de distribuição heterogênea no território nacional, que apresenta áreas que alcançaram a eliminação e outras que se mantêm hiperendêmicas.
- os principais indicadores de acompanhamento da doença são o coeficiente de prevalência num ponto (referência: último dia de cada ano) e o coeficiente de detecção que se refere aos casos novos detectados no ano.
- que a descoberta de casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos (ou crianças) significa a persistência de fontes de infecção não descobertos ou não tratados adequadamente.
- que o contingente de pessoas com incapacidades físicas geradas pela hanseníase significa que o diagnóstico ocorreu tardiamente e /ou o tratamento não foi eficaz para a prevenção e recuperação das seqüelas.

A Hanseníase é também uma das doenças que carrega um estigma social atávico. A equivocada associação da doença a monstruosas deformidades e perdas de pedaços do corpo humano, da transmissão pela aproximação ou contato com a pele do doente, não tem

fundamentação científica, mas imprime ao acometido um sofrimento maior do que aquele próprio da doença.

Revisão de alguns conceitos básicos

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés.

O *Mycobacterium leprae* é um parasita celular obrigatório, cuja principal via de transmissão é pelo trato respiratório. Sua multiplicação é extremamente lenta podendo levar em média de 11 a 16 dias. Tem alta infectividade, baixa patogenicidade e baixa virulência. As condições socioeconômicas desfavoráveis e condições de vida precárias aumentam o risco de adoecer.

O período de incubação da Hanseníase é muito longo, variando entre 2 a 7 anos.

Fisiopatologia

Após a penetração no organismo, os bacilos são captados por células macrofágicas se estabelecendo nas áreas neurais periféricas onde se multiplicam até que o sistema imunológico do infectado se manifeste. A evolução da doença vai depender da capacidade imunológica do indivíduo. Há pessoas cujo sistema imune é capaz de especializar células sanguíneas de defesa (linfócitos) que desenvolvem a capacidade de destruir os bacilos de Hansen (Fator N), portanto, resistentes ao bacilo. Essas pessoas abrigam um pequeno número de bacilos no organismo, insuficientes para infectar outras pessoas. São chamados paucibacilares (PB).

Um número menor de pessoas não apresenta resistência ao bacilo ou ela é insuficiente, e o bacilo se multiplica livremente, se dissemina pelo organismo e é eliminado para o meio exterior, podendo infectar outras pessoas. Esses são chamados casos multibacilares (MB) e são fonte de infecção, responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase.

Ao iniciar o tratamento, as primeiras doses da medicação matam os bacilos ou os tornam incapazes de infectar outras pessoas.

A classificação mais detalhada segundo as formas clínicas da doença as divide em:

PB: Forma I – Indeterminada ou inicial e Forma T- Tuberculóide

MB: Forma D - Dimorfa Forma e V -Virchoviana

A única evolução entre formas clínicas que ocorre é da forma inicial, comum a todas, para a forma T, ou V, ou D.

As manifestações dermatoneurológicas variam de acordo com a forma clínica da doença.

A principal manifestação dermatológica é o aparecimento de manchas pigmentares ou discrômicas (violáceas ou esbranquiçadas) resultantes da alteração na pigmentação da pele.

Entre as manifestações neurológicas destaca-se a dor e espessamento de nervos periféricos, a perda da sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos, principalmente em mãos, pés e olhos e perda de força nos músculos inervados por esses nervos, principalmente, nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores. O acometimento neural não tratado leva a instalação de incapacidades e deformidades pela alteração da sensibilidade (dolorosa, térmica e tátil) e funcional das áreas comprometidas.

Diagnóstico

O diagnóstico da hanseníase é realizado mediante exame clínico, quando se procede a avaliação dermatológica para identificar manchas na pele e alterações da sensibilidade;

avaliação neurológica para identificar acometimento dos principais nervos periféricos (face, braços e pernas).

Diagnóstico laboratorial

Tem papel somente de apoio ao diagnóstico que deve ser firmado clinicamente. A baciloscopia é o exame microscópico onde se observa o Mycobacterium leprae diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansenicas ou de outros locais de coleta selecionados: lóbulos auriculares e ou cotovelos.

A biopsia da lesão oferece a caracterização do processo inflamatório específico.

Todos os casos confirmados de Hanseníase devem ser notificados ao SINAN.

Tratamento

O tratamento conhecido como Poliquimeoterapia ou PQT, foi adotado em 1986 com esquemas que variam na composição e tempo de duração.

Esquema Paucibacilar (PB)

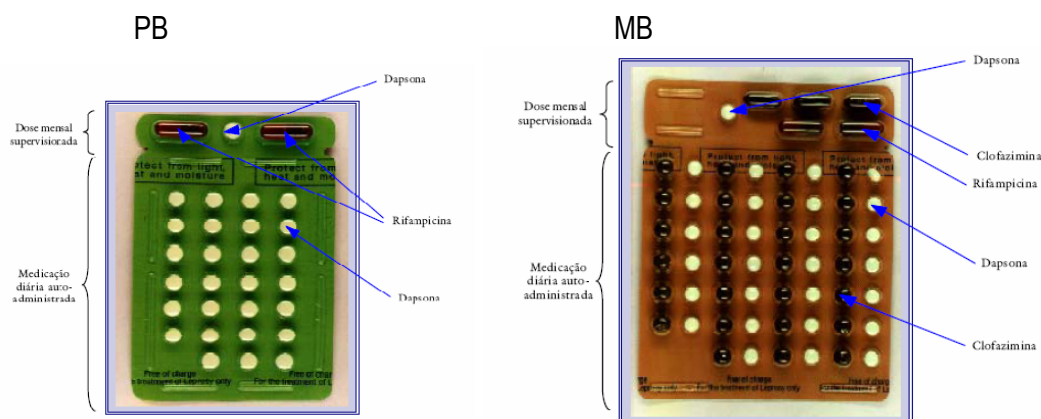
Neste caso, é utilizada uma combinação da rifampicina e dapsona, acondicionados numa cartela, no seguinte esquema:

rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada,

dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada

A duração do tratamento é de 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina.

- critério de alta: 6 doses supervisionadas em até 9 meses



Esquema Multibacilar (MB)

Aqui é utilizada uma combinação da rifampicina, dapsona e de clofazimina, acondicionados numa cartela, no seguinte esquema:

rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada;

clofazimina: uma dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada; e

dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada;

- duração do tratamento: 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina;
- critério de alta: 12 doses supervisionadas em até 18 meses

Objetivos do PNEH

O objetivo do Programa é controlar a doença, reduzindo a sua prevalência, a menos de um caso em 10.000 habitantes, quebrando assim a cadeia epidemiológica da doença e a produção de novos casos.

A eliminação da Hanseníase está baseada no diagnóstico precoce dos casos, seu tratamento e cura, visando eliminar as fontes de infecção e seqüelas.

O principal indicador epidemiológico do controle da Hanseníase é o coeficiente de detecção em menores de 15 anos, que expressa a força da transmissão recente e sua tendência. Também devem ser considerados os coeficientes de detecção em todas as idades, a prevalência e a proporção de cura dos casos diagnosticados, que é o mais importante indicador de resultado das atividades de controle.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. 1ª. Edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância Epidemiológica. Plano nacional para eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MARTELLI, Celina Maria Turchi et al . Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. Rev. Bras. Epidemiol.. São Paulo, 2002, v.5, n.3.

2. PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE - PNCT

A Organização Mundial da Saúde declarou a tuberculose emergência mundial em 2003, sendo ainda hoje, a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. Segundo estimativas da OMS, dois bilhões de pessoas correspondendo a um terço da população mundial, está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Destes, oito milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão a cada ano.

O Brasil ocupa o 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Estima-se uma prevalência de 50 milhões de infectados com cerca de 111.000 casos novos e 6.000 óbitos ocorrendo anualmente.

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/MS), são notificados anualmente 85 mil casos novos (correspondendo a um coeficiente de incidência de 47/ 100.000 habitantes) no Brasil. São verificados cerca de seis mil óbitos por ano em decorrência da doença.

A tuberculose ainda é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. Está, intimamente ligada à pobreza e à má distribuição de renda, além do estigma que implica na não adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes. O surgimento da epidemia de AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistente agravam ainda mais o problema da doença no mundo.

(Extraído do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – Ministério da Saúde).

O texto de apresentação do PNCT dá a dimensão deste agravo em relação à sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Essas características se reproduzem nas diferentes regiões brasileiras. No Município de São Paulo, o número de casos novos de tuberculose descobertos anualmente varia entre 6.000 e 7.000. Morrem cerca de 500 doentes de tuberculose por ano, a

maioria na faixa etária de 30 e 39 anos. A taxa de abandono permanece acima de 12% dos tratamentos iniciados anualmente.

Revisão de alguns conceitos básicos:

Tuberculose é uma doença infecciosa, transmissível, contagiosa, de transmissão respiratória, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, podendo se manifestar nas formas clínicas pulmonares e ou extrapulmonares. Embora todas as formas sejam graves, a forma clínica pulmonar é a que tem importância epidemiológica, pois alimenta a cadeia de transmissão.

M. tuberculosis é quase exclusivamente transmitido por via aérea. Uma transmissão bem sucedida necessita de partículas infecciosas, difundidas por via aérea, que sejam suficientemente pequenas para atingir um alvéolo na periferia do pulmão. Tais partículas podem manter-se em suspensão por várias horas. As partículas maiores geralmente caem mais rapidamente para o chão ou, se inaladas, são apanhadas pelo sistema mucociliar da árvore traqueobrônquica, varridas e tornadas inofensivas após a deglutição.

Fisiopatologia

A infecção tem início com a penetração de poucos bacilos por via respiratória que alcançam o pulmão, onde se multiplicam livremente por cerca de 15 dias. Neste período, alcançam uma quantidade aproximada de 10⁵ bacilos resultando na disseminação por via hemática e linfática podendo se alojar em outros órgãos. No momento da disseminação hematogênica, o organismo, já com a imunidade adquirida desenvolvida, impede o estabelecimento de tuberculose doença em 95% dos casos, encerrando então a primoinfecção. Apenas 5% das pessoas infectadas adoecerão a partir da primoinfecção e o quadro é chamado de tuberculose primária. Os 95% dos indivíduos que encerraram a primoinfecção com êxito seguem infectados e 5% deles evoluirão tardiamente para o adoecimento em algum momento da vida.

Suspeito de Tuberculose Pulmonar é todo indivíduo com sintomatologia clínica sugestiva de tuberculose pulmonar: tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite ou suspeito ao exame radiológico.

Diagnóstico laboratorial

O método mais rápido, barato e seguro é a baciloscopia do escarro ou de outro material nas suspeitas de formas clínicas extra-pulmonares. Seu resultado é apontado em cruzes (+, ++ ou +++), de acordo com a quantidade de bacilos observados por campo da lâmina com esfregaço do material. O mesmo material pode ser semeado em meios de cultura que, havendo crescimento pode ser enviado para identificação da cepa e teste de sensibilidade aos quimioterápicos utilizados para o tratamento.

A baciloscopia negativa não descarta o diagnóstico.

Nos casos em que há clínica sugestiva com ou sem vínculo epidemiológico, com três amostras sucessivas negativas à baciloscopia a cultura deve ser realizada. Também é recomendada a sua realização em todos os casos suspeitos em prisioneiros, residentes em abrigos, albergues, orfanatos ou habitações coletivas como asilos e similares ou população em situação de risco (morador de rua).

Diagnóstico radiológico

O exame radiológico do tórax é considerado auxiliar para o diagnóstico porque mostra a presença de lesão sugestiva de tuberculose ou evidencia a presença de caverna. As imagens radiológicas podem persistir na forma de cicatriz no pulmão após a cura do paciente ou pode ser devida a outras patologias pulmonares. Daí a necessidade de caracterizar clínica e epidemiologicamente o paciente antes de firmar o diagnóstico e iniciar o tratamento.

Prova tuberculínica

É uma prova de alergia, ou seja, indica a sensibilidade do organismo ao bacilo da tuberculose, portanto, indica somente se o indivíduo está ou não infectado, mas não se evoluiu para a doença. Não tem validade em vacinados com BCG. A leitura do teste aplicado via intradérmica deve ser realizada 72 a 96 horas após a aplicação.

0 a 4 mm não reator

5 a 9 mm reator fraco

10 e mais mm..... reator forte

Caso de tuberculose

Indivíduo com evidências laboratoriais positivas ou negativas porém, com quadro clínico epidemiológico compatível com tuberculose, excluídos outros diagnósticos diferenciais. Nesta circunstância poderá ser instituído tratamento de prova.

Somente os casos confirmados deverão ser notificados ao SINAN.

Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso da tuberculose está baseado em tres características do Mycobacterium tuberculosis (BK): a necessidade de oxigênio para se multiplicar; a multiplicação muito lenta e a alta proporção de cepas mutantes resistentes aos medicamentos.

Os medicamentos agem no momento da divisão dos bacilos e como ela ocorre muito lentamente, de 16 a 20 horas cada divisão, o tratamento se estende por longo prazo.

Em relação à resistência aos medicamentos, ela ocorre quando uma mesma pessoa inicia e interrompe várias vezes o tratamento, ou o faz de modo intermitente e irregular. O aumento da resistência à Isoniazida (6% no II Inquérito – 2007) e à Rifampicina (1,5%) justificaram a mudança do esquema de tratamento da tuberculose no final de 2009 que passou a ser realizado com quatro drogas nos primeiros dois meses de tratamento – fase de ataque. Nos quatro meses seguintes – fase de manutenção, foi mantido o esquema com duas drogas (Rifampicina e Isoniazida), como se vê a seguir:

Esquema básico de tratamento de tuberculose.

Duração	Fármacos	Faixa de peso do paciente	Unidades/dose
02 meses Fase intensiva ou de ataque	RHZE 150/75/400/275mg Por comprimido na dose fixa combinada	20 a 35 kg 35 a 50 kg ➤ 50 kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos
04 meses Fase de manutenção	RH 300/200 mg ou 150/100 mg por cápsula	20 a 35 kg 36 a 59 kg ➤ 50 kg	1 cápsula 1 caps 300/200 + 1 caps 150/100 2 cápsulas 300/200

R= Rifampicina H= Hidrazida ou isoniazida Z= Pirazinamida E= Etambutol

Um paciente adulto com peso corporal acima de 50 quilos receberá na fase de ataque (2 meses) 4 comprimidos da dose fixa combinada- DFC e na fase de manutenção (4 meses) 2 cápsulas de Rifampicina + Isoniazida.

Se a forma clínica da tuberculose for meningoencefálica (meningite por Mycobacterium tuberculosis) pacientes com situações específicas de co-morbidade ou que apresentem evolução ou reações adversas serão tratados de modo específico em serviços de referência específica.

Objetivos do PNCT

O objetivo final do Programa é interromper a cadeia de transmissão da doença tendo como objetivos específicos:

Reduzir as fontes de infecção

Busca ativa para identificar sintomáticos respiratórios e bacilíferos, tratar 100% dos casos descobertos. A meta de cura é de 85% dos casos tratados.

Reduzir o número de casos de tuberculose

Alcance e manutenção de taxas mínimas de cura de 85% dos casos tratados. Expandir a estratégia de tratamento supervisionado

Reduzir a morbimortalidade

A redução de óbitos, agravos e seqüelas mediante ações educativas, oferta de serviços de acompanhamento com qualidade (exames laboratoriais e clínicos; referência secundária e internação hospitalar se necessário) e medicação , vigilância epidemiológica e ações intersetoriais de intervenção sobre os determinantes sociais da tuberculose.

Ações de vigilância epidemiológica

Vacinação com BCG-ID na maternidade

Busca ativa sistemática de sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde e comunidade.

Tratamento de 100% dos casos descobertos, preferencialmente supervisionado.

Registrar, avaliar e monitorar o perfil de ocorrência da doença.

Divulgação dos sinais, sintomas e situação epidemiológica da doença à população.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6. ed. rev. e atual. – Brasília:Ministério da Saúde, 2002.70 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 148)

3. CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (Extraído do Caderno de Atenção Básica 15 – Ministério da Saúde).

Conceito

É uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática (na grande maioria dos casos) que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados.

É também definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Atualmente a Hipertensão Arterial é abordada em conjunto com outras doenças crônicas não transmissíveis cujos fatores de risco e de prevenção, principalmente os ambientais, são comuns. É o que se chama de abordagem global. Fazem parte deste grupo a hipertensão arterial sistêmica, a Diabetes mellitus e a Doença Renal Crônica.

A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: Doença Cérebro-Vascular; Doença Arterial Coronariana; Insuficiência Cardíaca; Doença Renal Crônica e Doença Arterial Periférica. Para isso foram desenvolvidos protocolos específicos para busca ativa de casos (rastreamento e inquérito epidemiológico de base populacional), investigação clínica, classificação por risco e tratamento.

A pressão arterial é um parâmetro que deve ser avaliado continuamente, mesmo que não haja queixa ou que os resultados sejam normais. Havendo alteração dos valores da pressão arterial, a investigação clínica - laboratorial deve ser iniciada para confirmar a elevação da pressão e firmar o diagnóstico; avaliar a presença de lesões em órgão alvo (coração, rins e cérebro); identificar fatores de risco global e específico para doenças cardiovasculares, diagnosticar doenças associadas à hipertensão e, quando houver, a causa da hipertensão arterial.

A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada levando em conta o sexo, a idade e a presença de fatores de risco para instalação e complicações da doença, atribuindo pontuação conforme sua importância na fisiopatologia.

Tratamento

Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Em seguida, é necessária a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado.

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso.

Em linhas gerais a decisão terapêutica obedece à seguinte distribuição:

PA 140-159 / 90 – 99 mmHg e

baixo risco : modificação do estilo de vida

moderado risco : modificação do estilo de vida + tratamento medicamentoso

alto risco : tratamento medicamentoso

PA \geq 160/ \geq 100 mmHg, independente do nível de risco, está indicado tratamento medicamentoso

As modificações do estilo de vida propostos implicam em intervenções multiprofissionais e são:

Controle do peso

A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial.

Adoção de hábitos alimentares saudáveis

Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, *trans* e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos.

Redução do consumo de bebidas alcoólicas

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições.

Abandono do tabagismo

Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.

Prática de atividade física regular

Além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias por semana).

Tratamento medicamentoso

Os agentes anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial. Basicamente, podem ser catalogados em cinco classes: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio. A associação de medicamentos de mais de uma dessas classes é usual por apresentar melhores resultados clínicos e os medicamentos mais utilizados integram a lista básica de medicamentos de distribuição gratuita na rede básica.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais .Brasília : Ministério da Saúde, 2006.56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

4. CONTROLE DA DIABETE MELLITUS

No Brasil, são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas, em 2010. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o Diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

O maior custo, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral ; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna.

Conceito

O Diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Os tipos de diabetes mais freqüentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como Diabetes Juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o Diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como Diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior freqüência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o Diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal.

Diabetes tipo 1

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta, geralmente causada por processo auto-imune, que, eventualmente, leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

Diabetes tipo 2

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações.

Complicações mais frequentes

Microangiopatias: Nefropatias (Doença Renal Crônica) e Retinopatias (Cegueira)

Macroangiopatias: Coronariana, Cerebral e Periféricas.

Neuropatia: Polineuropatia Simétrica Distal, Focal e Autonômica. Pés Diabéticos

São determinantes das complicações

- a duração da doença
- o grau de controle metabólico
- suscetibilidade genética
- tabagismo
- etilismo e
- hipertensão arterial associada.

Diagnóstico

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os "4 Ps"). Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como Neuropatia, Retinopatia ou Doença Cardiovascular Aterosclerótica. Entretanto, como já mencionado, o Diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, a suspeita clínica ocorrendo então a partir de fatores de risco para o Diabetes.

Exames laboratoriais

Os exames mais comumente utilizados para o diagnóstico são:

- glicemia de jejum: nível de glicose sangüínea após um jejum de 8 a 12 horas – considerado normal até 110mg/dl. Resultados entre 110 e 125 mg/dl são considerados hiperglicemias intermediárias ou glicemia de jejum alterada. Seus portadores apresentam alto risco para o desenvolvimento do diabetes. São também fatores de risco para doenças cardiovasculares, fazendo parte da assim chamada síndrome metabólica, um conjunto de fatores de risco para diabetes e doença cardiovascular.
- teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g): O paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão. É considerado normal até 140 mg/dl de sangue. Entre 140 e 199 mg/dl considera-se que o paciente tenha tolerância à glicose diminuída.
- glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição. Os resultados acima de 200 mg/dl são considerados suspeitos de diabetes devendo ser melhor investigados.

Alguns fatores são indicativos de maior risco para diabetes

- Idade >45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de Diabetes.
- Hipertensão Arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL d"35 mg/dL e/ou triglicérides e"150 mg/dL.
- História de Macrossomia ou Diabetes Gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Tratamento

As intervenções terapêuticas do Diabetes visam ao rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas no sentido de prevenir ou retardar a progressão da doença para as complicações crônicas micro e macrovasculares, assim como evitar complicações agudas.

Diabetes Tipo 1

Pela maior complexidade do cuidado, esses pacientes devem preferencialmente ser acompanhados por endocrinologista. O encaminhamento deve ser imediato, com o cuidado de evitar demora no atendimento, pois, eles apresentam risco elevado de descompensação metabólica.

Diabetes Tipo 2

Tem como objetivo central o controle glicêmico com a prevenção das complicações agudas e a prevenção das complicações crônicas.

Cerca de 80% dos casos de Diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto que os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. Em ambos os casos, a coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da equipe de atenção básica.

A abordagem terapêutica deve ser multiprofissional, incluindo a assistência farmacêutica, o monitoramento da glicemia e outros parâmetros clínicos, planejamento da atividade física e orientação dietética. A participação do paciente e seu envolvimento constante e harmonioso com a equipe de saúde, é fundamental para que as recomendações sejam seguidas e o tratamento, efetivo. A organização do cuidado integral deve estar centrada na pessoa que vive com diabetes, em sua família e incluir a comunidade; deve ser planejada levando em conta os diversos aspectos do cuidado, as circunstâncias e os recursos locais.

À semelhança da abordagem da hipertensão, a abordagem terapêutica não medicamentosa tem impacto importante na prevenção e no controle da Diabetes. Entre as recomendações se destacam:

Alimentação – é parte fundamental do plano terapêutico incluindo orientações sobre a adequação da quantidade energética ingerida à atividade física do paciente; o fracionamento da alimentação diária em 5 ou 6 refeições; a proporção e tipo de carboidratos que compõe as refeições (50 a 60%); o encorajamento para ingestão regular de alimentos ricos em fibras; o controle/redução da ingestão de gorduras (<300mg colesterol/dia); uso moderado de adoçantes artificiais, entre outras, disponíveis em manuais específicos.

Atividade física - A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física é considerada prioritária.

Os portadores de diabetes tipo I deverão seguir rigorosamente as orientações médicas para a prática de exercício físico.

Políticas públicas ao portador de hipertensão e diabetes.

O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis é objeto das políticas públicas de saúde prioritárias há mais de uma década. Em 2002 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Hipertensão com o objetivo de reorganizar a atenção ao hipertenso e diabético.

Transcorrido um quinquênio, os dados compilados no datasus indicam baixa adesão ao programa por parte dos estados e municípios. Mesmo assim, anualmente tem sido realizada uma campanha de detecção de casos suspeitos dos dois agravos. Em 2006, o governo federal instituiu mediante a Lei 11347, posteriormente regulamentada pela Portaria MS- 2583, a

disponibilização gratuita pelo SUS de medicamentos e insumos necessários ao controle e monitorização da doença aos portadores de diabetes. O Programa prevê a vinculação desses usuários a unidades de saúde:

... “a participação de portadores de diabetes mellitus pressupõe vínculo com a unidade de saúde do SUS responsável pela oferta do Programa de Educação, que deve estar inserido no processo terapêutico individual e coletivo, incluindo acompanhamento clínico e seguimento terapêutico, formalizados por meio dos devidos registros em prontuário”; além de estabelecer a oferta de cuidado clínico e a promoção da saúde.

“Um programa de cuidado integral ao diabetes mellitus deve ter como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco, a detecção precoce, o tratamento adequado que permita modificar a evolução da doença, previna as complicações e melhore a qualidade de vida dos portadores” .(Portaria MS-2583)

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

5. SAÚDE BUCAL

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, esta tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida.

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” que aponta para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, destacando ainda a humanização do processo de trabalho, a co-responsabilização dos serviços, o desenvolvimento de ações voltadas para linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso.

As ações propostas visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças.

Para responder a esta demanda, a Política de Saúde Bucal foi estruturada em três grandes eixos:

I - A promoção da saúde bucal – abrange a identificação e difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde, com componentes de natureza eminentemente educativo-preventivas. A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que integra ações que ampliem o acesso à água tratada, incentivem a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para

outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

Fluoretação das águas – sua oferta constitui um importante fator de proteção de cárie, atuando como instrumento de equidade.

Educação em Saúde - compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia. A atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto às peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa.

Higiene Bucal Supervisionada - visa à prevenção da cárie – quando for empregado dentifrício fluoretado – e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado.

Aplicação Tópica de Flúor - A aplicação tópica de flúor (ATF) visa à prevenção e controle da cárie, através da utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas. Está recomendada para comunidades que não tenham acesso a água fluoretada, ou tenham acesso a menos de cinco anos ou ainda se os teores de flúor forem baixos, além das comunidades que tenham índices de cárie em menores de 12 anos que justifiquem.

Ações de Recuperação - esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças. O tratamento deve priorizar procedimentos conservadores — entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários — invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos.

Ações de Reabilitação - Consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

II - Ampliação e qualificação da atenção básica - À atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Neste seguimento estão incluídos:

Prevenção e controle do câncer bucal – busca ativa de casos suspeitos em campanhas e em atendimentos de rotina; criação de serviços de referência e ou fazer parcerias para garantir o tratamento e reabilitação.

Implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento - organizar serviços de pronto atendimento de acordo com a realidade local e incluir a avaliação da situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência.

Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica - inserir na atenção básica procedimentos de maior complexidade de acordo com a realidade local.

Inclusão da reabilitação protética na atenção básica - Considerar em cada local a possibilidade de inserir na atenção básica procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Assim será possível avançar na superação do quadro atual, onde os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população. **Ampliação do acesso** – inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: por linhas de cuidado; e por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do

adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras.

III - Ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária - A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande demanda reprimida. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. O reconhecimento deste déficit aponta para a necessidade de investimentos públicos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

Em 2002 teve início a incorporação de equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família. Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer às ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

6. SAÚDE MENTAL

Alguns dados relevantes da saúde mental brasileira em 2004:

- . 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes;
- . >6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- . 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual;
- . 2,3% do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental.

A hospitalização de portadores de transtorno mental é uma prática muito antiga, relatada na história brasileira desde os tempos do reinado de D. João VI. E foi na década de 1970, em plena ditadura militar que teve início a discussão sobre a reforma psiquiátrica. Contemporânea à reforma sanitária, mas, partilhando do ideário de equidade e saúde cidadã, profissionais da saúde, intelectuais, acadêmicos e familiares de portadores de transtornos mentais se organizaram e forma em busca de suas demandas. Apresentaram à sociedade a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Neste período a Itália havia experimentado com sucesso a desospitalização da psiquiatria e parecia possível fazê-lo também no Brasil. A abertura política, a criação do SUS deram fôlego a este movimento.

Surgiram os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS , e os primeiros hospitais começaram a reinserir seus internos nas famílias e na sociedade. Em 1999 o Congresso nacional recebeu um projeto de lei que tratava da matéria. Somente em 2001 um substitutivo do projeto de Lei de Pulo Delgado foi aprovado e foi possível obter os primeiros recursos que possibilitassem a expansão da reforma psiquiátrica. Os Núcleos e Centros de Assistência Psico-Social se multiplicaram e o programa “De volta pra casa” começou a ser implementado. Este programa prevê o pagamento de uma pensão que auxilie o paciente a recomeçar a vida, fora dos muros dos hospitais. Também foram criadas as residências terapêuticas, com o objetivo de receber pacientes sem vínculo fora do hospital. Cada residência deve receber no máximo 8 pacientes e contar com um cuidador. À medida que os pacientes deixam os hospitais, os leitos deveriam ser desativados.

Atualmente, uma década depois, o mesmo processo continua no caminho, lentamente, perseguindo uma transição segura. Paralelamente, outros desafios se apresentam ao SUS no campo da saúde mental: o crescente número de dependentes químicos (uso abusivo de álcool e drogas), as condições de vida estressantes e violentas, sobretudo nos grandes centros urbanos, a escassez de parcerias para o acolhimento de pacientes egressos dos manicômios, a pressão dos donos dos hospitais que viram parte de seu negócio esmaecer.

A Reforma Psiquiátrica (mudança no modelo assistencial), a desospitalização e a reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos, dividem espaço na sociedade com

- a existência de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação, - - os inegáveis transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas e sem tratamento assegurado,
- a persistência do modelo hospitalocêntrico incompatível com a garantia da acessibilidade e
- o distanciamento entre as instituições de formação e pesquisa e a saúde pública, no Brasil, que agrava as carências de formação e qualificação de profissionais;

impõem a adoção de medidas paralelas para conter o aumento e agravamento das demandas em saúde mental.

Nesse sentido é surgem novos caminhos na política de saúde mental, entre eles a proposta de articulação intersetorial para tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento mental é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas o empenho por :

- Uma alimentação saudável;
- A prática de atividade corporal e física;
- Redução de danos por álcool e drogas
- Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito
- Prevenção e combate ao tabagismo
- Prevenção da violência e estímulo a uma cultura de paz.
- Promoção do desenvolvimento sustentável.

Esses compromissos constituem as metas do Pacto da Promoção da Saúde, para a melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos

depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: 2005

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política nacional de Saúde Mental. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/> [acesso em 23 de julho de 2008].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

UNIDADE VI INTERVENÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES SÓCIO-AMBIENTAIS DO PROCESSO SAÚDE- DOENÇA.

1. IMUNIZAÇÃO

Alguns conceitos são necessários para a melhor compreensão deste Programa:

BASES IMUNOLÓGICAS

O tecido sanguíneo é composto por uma parte líquida chamada plasma e uma sólida formada pelos elementos celulares conhecidos como glóbulos vermelhos (hemácias e eritrócitos) e glóbulos brancos (leucócitos e linfócitos).

Os glóbulos vermelhos são produzidos pela medula óssea e são responsáveis pelo transporte de oxigênio. Os glóbulos brancos são produzidos pela medula óssea e pelos órgãos linfóides (gânglios, baço e timo) e são responsáveis pela proteção do organismo através da fagocitose de microorganismos e desenvolvimento de memória imunológica.

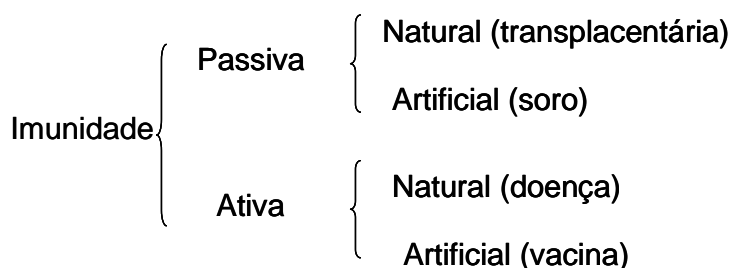
O corpo humano tem a capacidade de resistir a quase todos os tipos de organismos através das barreiras naturais: pele, secreção gástrica, fagocitose e compostos químicos do sangue capazes de inativar e destruir os invasores. Esta capacidade é chamada imunidade natural.

O corpo humano tem também a habilidade de produzir elementos de defesa específicos contra invasores, chamada imunidade adquirida.

A imunidade é considerada passiva se oferecida pronta ao organismo. Essa oferta pode se dar pela transferência natural de anticorpos da mãe ao feto pela placenta ou pelo leite materno; ou artificial, pela administração de soros específicos (soro anti-rábico / imunoglobulinas tetânica).

A imunidade que é produzida pelo organismo a partir da exposição a um agente agressor ou antígeno é chamada ativa e pode ser desenvolvida a partir do estímulo da própria doença (natural) ou pelo estímulo da vacina (artificial).

Esquemáticamente:



Há tipos diferentes de imunidade: a humoral ou células B que são os anticorpos circulantes (globulinas) no sangue. É o elemento de defesa identificado nas sorologias.

O outro tipo é a imunidade celular ou célula T, constituída por grandes quantidades de linfócitos ativados (específicos). Trata-se da capacidade afetada nas síndromes de imunidade adquirida como a AIDS.

O sistema imune tem ainda algumas características importantes a serem lembradas:

Especificidade

O organismo reconhece e reage com a produção de anticorpos específicos contra determinado agente infeccioso.

Diversidade

O sistema imunológico é capaz de reconhecer milhares de tipos de microorganismos, bastante diferentes uns dos outros, e de desencadear contra cada tipo uma resposta adequada.

Sensibilidade

As células têm uma grande sensibilidade diante de substâncias estranhas que invadem o corpo. Mesmo diante de pequenas quantidades de antígenos, as células se excitam e desencadeiam uma intensa mobilização da nossa defesa.

Aquisição de memória

Uma vez que o sistema imunológico tenha entrado em contato com um agente infeccioso, poderá desenvolver células capazes de reconhecer esse agente, mesmo depois de várias décadas.

VACINA

A vacina é produto farmacêutico que contém um ou mais agentes imunizantes (vacina isolada ou combinada) em diversas formas biológicas, quais sejam: bactérias ou vírus vivos atenuados; vírus inativados e bactérias mortas; componentes purificados e/ou modificados dos agentes causadores das doenças contra as quais a vacina é dirigida.

Origem dos produtos

Laboratórios nacionais e internacionais fornecem as vacinas para o país. Embora a maioria dos produtos seja obtida a partir de cepas iniciais padronizadas provenientes de instituições de referência da Organização Mundial da Saúde - OMS, e os meios ou células de cultura também estejam padronizados, existem particularidades no processo de produção de cada laboratório, ou mesmo substâncias químicas acessórias (adjuvantes; conservantes; estabilizadores ou outras), que podem ser diferentes. Estes fatores eventualmente contribuem para que as vacinas variem discretamente no seu aspecto (presença de floculação) ou coloração.

Conservação

Todos os agentes imunizantes devem ser mantidos em temperatura adequada, de acordo com as especificações do seu produtor. As vacinas, imunoglobulinas e soros que fazem parte do Programa Nacional de Imunização – PNI, devem ser conservados em geladeira, fora do congelador, em temperaturas entre 2 e 8°C. Alguns produtos não podem ser submetidos a temperaturas que levem ao congelamento. Por isso, por precaução, recomenda-se que, nas Unidades de Saúde, as geladeiras sejam mantidas, de preferência, com temperaturas entre 4 e 8°C, principalmente, nas regiões mais frias.

Pessoa a ser imunizada

O programa de imunização visa, em primeira instância, a ampla extensão da cobertura vacinal, para alcançar adequado grau de proteção imunitária da população contra as doenças transmissíveis por ele abrangidas.

Contra-indicações gerais

As vacinas de bactérias atenuadas ou vírus vivos atenuados, em princípio, não devem ser administradas a pessoas:

- com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- acometidas de neoplasia maligna;
- em tratamento com corticosteróides em dose alta (equivalente a prednisona na dose de 2mg/kg/dia ou mais, para crianças, ou de 20 mg/dia ou mais, para adultos, por mais de duas semanas) ou submetidas a outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia etc.);
- grávidas (salvo situações de alto risco de exposição a algumas doenças virais imunopreveníveis, como, por exemplo, febre amarela). Ressalte-se que, mesmo em países onde o abortamento por possível infecção do feto conta com respaldo legal, a vacinação inadvertida durante a gravidez não constitui indicação para a sua interrupção.

Associação de vacinas

A administração de vários agentes imunizantes em um mesmo atendimento é conduzida indicada e econômica que, além de facilitar a operacionalização do esquema, permite num reduzido número de contatos da pessoa com o serviço de saúde, imunizar contra um maior número de doenças.

A associação de vacinas pode ser:

Vacinação combinada

Quando dois ou mais agentes são administrados em uma mesma preparação (exemplos: vacina Tetra, contra a difteria, a coqueluche, tétano e haemophilus B; e trivalente contra a poliomielite).

Vacinação simultânea

Quando várias vacinas são administradas em diferentes locais ou por diferentes vias. Assim, em um mesmo atendimento podem ser aplicadas simultaneamente as vacinas DPT (intramuscular), contra a poliomielite (oral), BCG (intradérmica), contra a hepatite B (intramuscular), contra a febre amarela e contra o sarampo, a rubéola e a caxumba (subcutâneas).

Campanha e/ou intensificação de vacinação

São estratégias que visam o controle de doenças de maneira intensiva ou a extensão da cobertura vacinal para complementação do serviço de rotina.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO - PNI.

Um século atrás, Oswaldo Cruz empreendeu no Brasil uma obra saneadora que se converteria num dos episódios mais comoventes da história da saúde pública mundial. O grande sanitarista estabeleceu um modelo de ação e deixou um exemplo que ainda inspira o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que já comemorou seu 30º aniversário.

O PNI foi criado em 1973 e instituiu um calendário mínimo obrigatório de vacinação para menores de um ano. Posteriormente, foi elaborado um calendário para adolescentes e adultos e, mais recentemente, os idosos ganharam espaço específico com a vacinação contra influenza e pneumonia. Os esquemas de vacinação podem sofrer alterações de acordo com a situação epidemiológica local, regional ou nacional. Em 2011 ocorreu a mais recente alteração dos calendários de vacinação, com inclusão de novos produtos na rotina (vacina pneumocócica e meningocócica) e modificação dos grupos a serem vacinados. A seguir apresentamos os calendários para crianças até seis anos de idade, para crianças maiores de

sete anos e adolescentes e o calendário para adultos entre 20 e 59 anos, extraídos do SUPLEMENTO DA NORMA TÉCNICA DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO – 2011, disponível em www.cve.saude.sp.gov.br. Na mesma fonte podem ser consultados os calendários para adultos com 60 anos ou mais e para gestantes e puérperas.

Além desses existem calendários específicos para portadores de Síndrome de Down e clientes com situações especiais são avaliados e atendidos pelos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIES.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA CRIANÇAS ATÉ SEIS ANOS DE IDADE – 2011

IDADE	VACINAS
Ao nascer	BCG ¹ + HEPATITE B ²
2 meses	POLIOMIELITE (ORAL) + HEPATITE B + DTP-Hib + ROTAVÍRUS ³
3 meses	PNEUMOCÓCICA 10 valente + MENINGOCÓCICA C
4 meses	POLIOMIELITE (ORAL) + DTP-Hib + ROTAVÍRUS ⁴
5 meses	PNEUMOCÓCICA 10 valente + MENINGOCÓCICA C
6 meses	POLIOMIELITE (ORAL) + DTP-Hib + HEPATITE B
7 meses	PNEUMOCÓCICA 10 valente
9 meses	FEBRE AMARELA ⁵
12 meses	SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA + MENINGOCÓCICA C
15 meses	POLIOMIELITE (ORAL) + DTP + PNEUMOCÓCICA 10 valente
4 a 6 anos	POLIOMIELITE (ORAL) + DTP + SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA

¹ Caso a vacina BCG não tenha sido administrada na maternidade, aplicar na primeira visita ao serviço de saúde, juntamente com a Hepatite B

² A vacina contra hepatite B deve ser administrada preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, ainda na maternidade. Caso não tenha sido administrada na maternidade, aplicar na primeira visita ao serviço de saúde, juntamente com a BCG. O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose da vacina contra a hepatite B é de 30 dias.

³ Idade máxima para a primeira dose é de 3 meses e sete dias.

⁴ Idade máxima para a segunda dose é de 5 meses e quinze dias.

⁵ Para pessoas que residem ou viajam para regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica. Reforço a cada dez anos.

Calendário de Vacinação para crianças (maiores de sete anos) e adolescentes¹ - 2011

INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	ESQUEMA
PRIMEIRA VISITA	BCG ² HEPATITE B dT POLIOMIELITE (ORAL) ² SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA	DOSE ÚNICA PRIMEIRA DOSE PRIMEIRA DOSE PRIMEIRA DOSE
2 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	HEPATITE B dT POLIOMIELITE (ORAL) ² SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA FEBRE AMARELA ³	SEGUNDA DOSE SEGUNDA DOSE SEGUNDA DOSE SEGUNDA DOSE DOSE INICIAL
4 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	HEPATITE B ⁴ dT POLIOMIELITE (ORAL) ²	TERCEIRA DOSE TERCEIRA DOSE TERCEIRA DOSE
A CADA 10 ANOS	dT ⁵ FEBRE AMARELA ³	REFORÇO

¹ adolescência – período entre 10 e 19 anos de idade (OMS, SBP). Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema já iniciado. Ressalte-se que a adolescência é o período apropriado para a verificação e complementação de esquemas vacinais iniciados na infância.

² As vacinas BCG e oral contra a poliomielite são indicadas, prioritariamente, para pessoas com até 15 anos de idade.

³ Para pessoas que residem ou viajam para regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica.

⁴ O intervalo mínimo entre a segunda e a terceira dose é de dois meses desde que o intervalo de tempo decorrido entre a primeira e terceira dose seja, no mínimo, de quatro meses.

⁵ Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimento, deve-se reduzir este intervalo para cinco anos.

Siglas utilizadas nos calendários de vacinação:

BCG: vacina contra a tuberculose

DTP: vacina contra a difteria, o tétano e a coqueluche.

dT: vacina dupla, tipo adulto, contra a difteria e o tétano

SCR: vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola.

Hib : haemophilus influenzae tipo b

Indicadores de desempenho do PNI

A cobertura vacinal representa a parcela da população alvo que recebeu o esquema completo de uma determinada vacina. É calculada pela fórmula:

$$\text{Cobertura vacinal de vacina de dose única: } \frac{\text{número de doses aplicadas}}{\text{População total a ser vacinada}} \times 100$$

$$\text{Cobertura vacinal de vacina com três doses: } \frac{\text{número de terceiras doses aplicadas}}{\text{População total a ser vacinada}} \times 100$$

O abandono de esquema vacinal é outro indicador de acompanhamento importante porque aponta para o déficit no vínculo entre usuário e serviço. É calculado pela fórmula:

$$\text{Taxa de abandono} = \frac{\text{Número de terceiras doses aplicadas}}{\text{Número de primeiras doses aplicadas da mesma vacina}} \times 100$$

As características operacionais detalhadas deste programa estão disponíveis no site do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: www.saude.gov.br/ e www.cve.saude.sp.gov.br.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Procedimentos para Vacinação / elaboração de Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda et al. 4. ed. - Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde ; 2001. 316 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais – CRIEs. 2ª. Ed. Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde ; 2000.

SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Norma do Programa de Imunização. São Paulo, 2008.

SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Suplemento da norma técnica do programa de imunização: São Paulo, 2011.

2. NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Alimentação é um processo voluntário e consciente, influenciado por fatores culturais, econômicos e psicológicos, mediante o qual cada indivíduo consome um elenco determinado de produtos naturais ou artificiais (os alimentos) para atender as suas necessidades biológicas de material e energia, a partir do meio externo (ROUQUAYROL 2003).

Nutrição é o processo de transformação que sofrem os alimentos no organismo vivo, compreendendo, assim, a digestão, absorção, utilização da energia e nutrientes (metabolismo) e o reaproveitamento ou a eliminação de escórias ou subprodutos do catabolismo. Abrange, portanto, o ciclo de processos mecânicos e bioquímicos de simplificação dos alimentos (mastigação/digestão) e de seu aproveitamento (anabolismo/catabolismo) no interior do organismo. (ROUQUAYROL, 2003).

Nutrientes são substâncias químicas retiradas dos alimentos e aproveitadas pelo organismo para a manutenção de suas funções vitais. Em função do papel que desempenham se distribuem em três categorias básicas: plásticos, energéticos e reguladores. Um nutriente pode exercer duas ou até as três funções simultaneamente ou sequencialmente. Essa classificação é estendida aos alimentos de acordo com seus nutrientes predominantes.

São raros os alimentos que disponham de apenas um componente nutricional. Um exemplo é o açúcar industrializado composto exclusivamente de carboidratos. Do contrário, o leite materno,

nos primeiros meses de vida, atende a totalidade das necessidades orgânicas da criança. Estas características fundamentam a necessidade de uma alimentação variada para que a partir da diversificação se disponibilize ao organismo a combinação adequada de nutrientes.

No grupo plástico ou alimentos construtores, estão as proteínas presentes nas carnes vermelhas, aves, peixes e algumas leguminosas.

No grupo dos energéticos estão os carboidratos e as gorduras presentes nos pães, massas cereais, doces, óleos, margarinas, leite, etc.

No grupo dos reguladores estão os sais minerais, vitaminas, fibras e água responsáveis pela função metabólica e fisiológica, presentes nas hortaliças e frutas.

As necessidades nutricionais de cada indivíduo são variáveis de acordo com a idade, o sexo, fatores fisiológicos como gestação e lactação, as atividades físicas desempenhadas, as condições climáticas e intercorrências patológicas.

A alimentação, entretanto deve superar as necessidades estimadas para cada pessoa, levando-se em conta a capacidade de absorção de alguns nutrientes e para garantir reservas para eventual aumento da sua demanda orgânica.

Parâmetros de normalidade nutricional.

Para a avaliação nutricional são utilizados indicadores diretos,

Antropométricos – peso, estatura relacionados à idade e sexo. São os mais utilizados por serem de baixo custo e suficientemente sensíveis para indicar desvios nutricionais.

Bioquímicos – de custo elevado e com dificuldades de operacionalização por envolver exames laboratoriais. São pouco sensíveis.

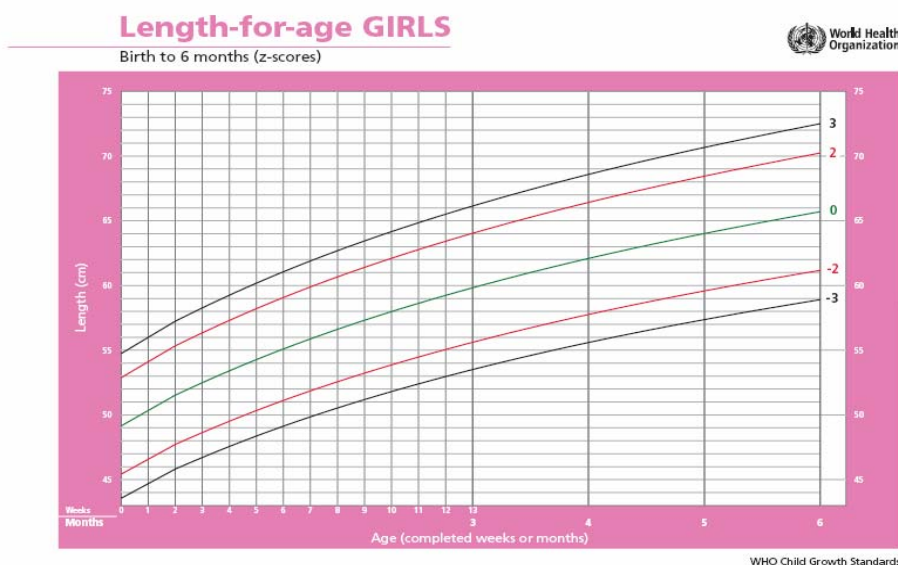
Clínicos – indicam fases avançadas das alterações porque se traduzem pelas causas de internações hospitalares e mortes.

A avaliação antropométrica faz parte dos protocolos de acompanhamento da criança – gráfico de desenvolvimento pondo-estatural e do adolescente, adulto e idoso pelo cálculo do Índice de Massa Corporal – IMC, dado pela razão entre o peso e o quadrado da estatura.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$$

A interpretação dos resultados vai variar de acordo com a idade e sexo. O registros assinalados no gráfico linear permitem a visualização no tempo do perfil de crescimento/ desenvolvimento da criança, a identificação de estagnação ou mudança de direção no processo. Considera-se adequada a curva ascendente, atenção no platô horizontal e perigo na curva descendente. Os parâmetros de normalidade são definidos para a evolução entre as linhas correspondentes aos percentis 10 e 97, risco de desnutrição entre o percentil 10 e três e de obesidade acima de 97. Considera-se desnutrição quando a evolução se situa abaixo do percentil três (curva inferior na figura abaixo).

Curvas de crescimento Peso/Idade meninas de 0 a 6 anos . NCHS



A interpretação do IMC também é padronizada com a seguinte distribuição para a fase adulta:

Desnutrição : baixo de 18,5

Normal: de 18,5 a 24,9

Sobrepeso: de 25,0 a 29,9

Obesidade : de 30,0 a 39,9 e

Obesidade mórbida: igual ou maior que 40,0

A partir dos 60 anos (idosos), as faixas de normalidade e baixo peso e sobrepeso são diferentes em virtude do processo morfofisiológico natural deste ciclo de vida. Passa a ser :

Baixo peso: IMC menor ou igual a 22,0

Peso adequado: IMC entre 22,1 e 27,0

Sobrepeso IMC maior ou igual a 27,0

Problemas alimentares e nutricionais no Brasil:

No Brasil, são inúmeros os problemas inerentes à alimentação e à nutrição inadequadas (Brasil, 2003g). As deficiências de micronutrientes, sobretudo as carências relativas à vitamina A, ao ferro, ao iodo e ao ácido fólico, evidenciam um quadro preocupante. Em 1996, 10,5% das crianças brasileiras apresentavam déficit de altura (<-2dp), com variações entre as regiões brasileiras, situando-se entre 5,1%, no Sul, e 17,9%, no Nordeste. Enquanto na população urbana do Nordeste 13% de crianças apresentam déficit de estatura, na zona rural, a frequência é de 25,2%, em contraste com 4,6% no centro-sul urbano do País. Em 1996, os maiores índices de déficit de crescimento na população urbana passaram a ser encontrados no Norte e não mais no Nordeste.

A obesidade na população brasileira está se tornando mais freqüente que a desnutrição infantil, indicando um processo de transição epidemiológica. Em 1989, cerca de 32% dos adultos brasileiros apresentaram algum grau de excesso de peso, entre os quais 6,8 milhões de indivíduos (8%) possuíam obesidade, com predomínio entre as

mulheres (70%). Na faixa etária de 45-54 anos de idade, 37% e 54% têm obesidade, entre homens e entre mulheres, respectivamente. O aumento da prevalência da obesidade no Brasil, apesar de estar distribuído em todas as regiões e nos diferentes estratos socioeconômicos da população, é proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda. (Extraído do PNS 2004-2007).

As políticas públicas para redução dos problemas de origem nutricional da população brasileira são diversificadas, indo da inclusão de famílias em condições de vida e saúde precárias decorrentes da pobreza em programas sociais como Bolsa Família, que implica em agir intersetorialmente, cabendo à área da saúde entre outras ações a vigilância nutricional das pessoas cobertas pelo programa; o incentivo e a instalação de bancos de leite materno em todas as regiões do país; campanhas anuais de comunicação social -, bem como de outros agravos associados à alimentação e à nutrição, principalmente as doenças crônicas não-transmissíveis e da desnutrição constituirão foco prioritário das medidas a serem adotadas, tendo como uma das estratégias essenciais o incentivo à adoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; garantia de acesso a serviços de saúde e procedimentos especializados na área de nutrição, legislação específica para rotulagem dos alimentos, a fortificação de alimentos destinados a crianças, gestantes e nutrízes, monitoramento das doenças transmitidas por alimentos - DTAs, para a sua prevenção; incentivo aos estudos e as pesquisas necessários ao apoio das ações indispensáveis à segurança dos produtos alimentícios e da alimentação, com vistas a prevenir agravos à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 236p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ROUQUAYROL MZ E ALMEIDA JUNIOR, N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/ arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida.

Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária.

Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elege[m] determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.
(Extraído da Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006).

Em 2005 o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde agregando três eixos chamados Pactos. O primeiro, em Defesa do SUS, reafirma os princípios constitucionais de criação do SUS de garantia de equidade e acesso universal; o segundo, em Defesa da Vida, no qual a *promoção, informação e educação em saúde* são apresentadas como prioridades inequívocas das três esferas do governo.

“A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde” (Costa & López, 1996, citado por Alves, 2005).

“Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde” (Alves, 2005).

A educação em saúde figurou entre as ações de saúde em diferentes momentos históricos, se revestindo das ideologias e convicções predominantes em cada época.

No final do século XIX e início do século XX, período marcado pelas grandes epidemias, os serviços de saúde assumiram a responsabilidade de impor a população práticas as quais obedeciam sem direito a escolha. Exemplo clássico foram as campanhas de Osvaldo Cruz no combate a peste bubônica e à varíola. *“O discurso biologicista propagava que os problemas de saúde eram decorrentes da não observância das normas de higiene pelos indivíduos e que a mudança de atitudes e comportamentos individuais garantiriam a resolutividade dos problemas de saúde”* (Alves, 2005).

Atualmente, discursos semelhantes ainda são encontrados em alguns serviços na defesa do aleitamento materno, da imunização de crianças, da instituição de dietas, etc.

No período seguinte, a partir de 1940 e mais acentuadamente de 1960, as pessoas deixam de ser vistas como culpados individualmente para serem culpados coletivamente pelos problemas de saúde. Neste período a educação em saúde era voltada para a conscientização da comunidade sobre seus problemas e necessidades de saúde, cabendo a ela mesma encontrar soluções em direção à resolução. O discurso assumiu características moralistas e estigmatizantes. Os tuberculosos, por exemplo, eram segregados como portadores de uma doença familiar (*família de tísicos*) ou doença de boêmios e desregrados.

Na década seguinte, durante o período militar, as ações educativas tiveram pouco espaço. Mesmo assim é possível identificar suas características. Neste período (1975/76) foi implantado o Programa Nacional de Imunização, uma ação preventiva específica e que deveria ser coroada pela educação em saúde na direção da melhoria da qualidade de vida. No entanto, a sua implantação caracterizou-se pela imposição e pelo controle dos indivíduos. Exemplo disso é a exigência da apresentação da carteira de vacinação dos filhos menores anualmente à empresa contratante. A não apresentação ou a inobservância do esquema vacinal implicava em

suspensão do salário família (um adicional ao salário que ainda é pago atualmente aos trabalhadores formais).

Ao longo da década de 1970 os movimentos sociais começaram a se organizar para resistir à ditadura militar, evidenciando a proposta pedagógica de Paulo Freire que estimulou a revisão das práticas educativas da época. O movimento de Educação Popular em Saúde emergiu da aproximação de intelectuais e população das regiões periféricas dos grandes centros urbanos e áreas rurais, modificando o modo de ver e agir de muitos profissionais de saúde.

A assistência à saúde prestada as classes populares estava inserida em projetos mais amplos nos quais os profissionais de saúde tiveram contato com a metodologia de Paulo Freire reconhecendo suas potencialidades para a educação em saúde. *“Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento”* (Vasconcelos, 1999).

Educação em Saúde e os modelos assistenciais.

O movimento de saúde que antecedeu a criação do SUS e a 8ª. Conferência Nacional de Saúde apontaram, entre outros problemas da atenção à saúde naquela época, a desigualdade no acesso aos serviços, a inadequação destes às necessidades da população e a dicotomia entre as ações curativas e preventivas. A criação do SUS em consonância com a declaração da saúde como direito do cidadão a ser alcançada mediante políticas públicas de redução de riscos insere automaticamente as ações educativas em saúde em todos os níveis de assistência.

As políticas públicas de saúde, desde então, definidas para todos os ciclos de vida e para os problemas de saúde prioritários e seus determinantes contemplam necessariamente ações de educação em saúde. Na estratégia Saúde da Família a educação em saúde é um eixo integrador da assistência a ser exercida por todos os elementos da equipe.

Atualmente, nos serviços de saúde convivem dois modelos de educação em saúde: o tradicional e o dialógico.

O Tradicional focaliza a doença, a intervenção curativa e está fundamentado no referencial biologicista (alterações biológicas observadas no corpo) e na mudança a partir de comportamentos e práticas individuais. Este é o modelo predominante nos materiais educativos amplamente distribuídos pela rede básica de saúde, cujo foco é essencialmente informativo.

O segundo modelo, Dialógico, tem no diálogo o instrumento essencial. Para dialogar é preciso conhecer o outro - suas crenças, suas condições de vida. A prática educativa é emancipatória, ou seja, visa a autonomia e a responsabilização dos sujeitos – individualmente, em família e em comunidade - no cuidado da saúde. Este é o modelo aplicado nos grupos temáticos de saúde desenvolvidos nas unidades locais, na comunidade, nos domicílios, nas escolas e outras instituições comunitárias.

“A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e vinculação com os usuários possibilita o fortalecimento da confiança nos

serviços. Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado”(Alves, 2005).

Educação em saúde como política de saúde.

O Pacto em Defesa da Vida firmado entre o ministério, secretarias estaduais e municipais de saúde em 2006, cujos compromissos são reafirmados no Plano Nacional de Saúde 2008-2011, define a partir das condições de vida e saúde da população brasileira apontadas pelos indicadores de saúde temas prioritários para educação em saúde. Esses temas perpassam os determinantes sócio ambientais de diferentes agravos que incidem sobre a população, a saber:

Alimentação saudável com seis estratégias pré definidas, entre elas a redução da pobreza e inclusão social como garantia cidadã à alimentação e a implementação de ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação;

Prática corporal/atividade física com quatro estratégias pré-definidas, entre elas:
Ações na rede básica de saúde e na comunidade de organização, desenvolvimento, aconselhamento e avaliação do impacto das atividades físicas e práticas corporais na promoção da saúde e ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Prevenção e controle do tabagismo com seis estratégias entre elas:
- Sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto favorável a redução do tabagismo e aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.

Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas
Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população e apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de cada território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito
Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação e apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e seqüelas provocadas por acidentes de trânsito.

Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz
Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual e implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências, de modo a subsidiar programas de intervenção específicos.

Promoção do desenvolvimento sustentável

Reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável e promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA:

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação que produz saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 16 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

VASCONCELOS, E. M. (Org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC