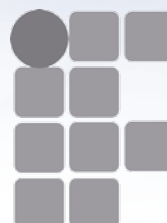




·rede
e-Tec
Brasil

Saúde Coletiva I

João Luis Gallego Crivellaro



**INSTITUTO FEDERAL
PARANÁ**
Educação a Distância

**Curitiba-PR
2012**

Presidência da República Federativa do Brasil

Ministério da Educação

Secretaria de Educação a Distância

© 2012 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - PARANÁ -
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Este Caderno foi elaborado pelo Instituto Federal do Paraná para o Sistema Escola
Técnica Aberta do Brasil - e-Tec Brasil.

Prof. Irineu Mario Colombo
Reitor

Profª. Mara Christina Vilas Boas
Chefe de Gabinete

Prof. Ezequiel Westphal
Pró-Reitoria de Ensino - PROENS

Prof. Gilmar José Ferreira dos Santos
Pró-Reitoria de Administração - PROAD

Prof. Paulo Tetuo Yamamoto
**Pró-Reitoria de Extensão, Pesquisa e Inovação -
PROEPI**

Neide Alves
**Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Assuntos
Estudantis - PROGEPE**

Prof. Carlos Alberto de Ávila
**Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento
Institucional - PROPLADI**

Prof. José Carlos Ciccarino
Diretor Geral de Educação a Distância

Prof. Ricardo Herrera
**Diretor de Planejamento e Administração
EaD - IFPR**

Profª Mércia Freire Rocha Cordeiro Machado
**Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão
EaD - IFPR**

Profª Cristina Maria Ayroza
**Coordenadora Pedagógica de Educação a
Distância**

Prof. Rubens Gomes Corrêa
Coordenador do Curso

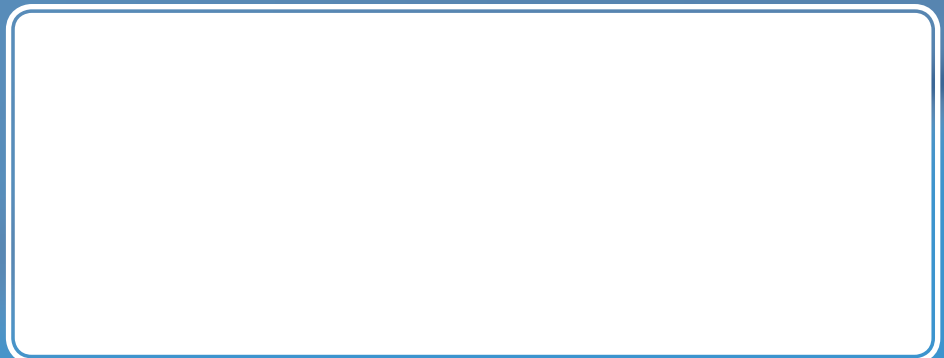
Adriana Valore de Sousa Belo
Cassiano Luiz Gonzaga da Silva
Denise Glovaski Faria Souto
Rafaela Aline Varella
Assistência Pedagógica

Profª Ester dos Santos Oliveira
Profª Linda Abou Rejeili de Marchi
Luara Romão Prates
Revisão Editorial

Flávia Terezinha Vianna da Silva
Goretti Carlos
Diagramação

e-Tec/MEC
Projeto Gráfico

**Catálogo na fonte pela Biblioteca do Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia - Paraná**



Apresentação e-Tec Brasil

Prezado estudante,

Bem-vindo ao e-Tec Brasil!

Você faz parte de uma rede nacional pública de ensino, a Escola Técnica Aberta do Brasil, instituída pelo Decreto nº 6.301, de 12 de dezembro 2007, com o objetivo de democratizar o acesso ao ensino técnico público, na modalidade a distância. O programa é resultado de uma parceria entre o Ministério da Educação, por meio das Secretarias de Educação a Distância (SEED) e de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC), as universidades e escolas técnicas estaduais e federais.

A educação a distância no nosso país, de dimensões continentais e grande diversidade regional e cultural, longe de distanciar, aproxima as pessoas ao garantir acesso à educação de qualidade, e promover o fortalecimento da formação de jovens moradores de regiões distantes, geograficamente ou economicamente, dos grandes centros.

O e-Tec Brasil leva os cursos técnicos a locais distantes das instituições de ensino e para a periferia das grandes cidades, incentivando os jovens a concluir o ensino médio. Os cursos são ofertados pelas instituições públicas de ensino e o atendimento ao estudante é realizado em escolas-polo integrantes das redes públicas municipais e estaduais.

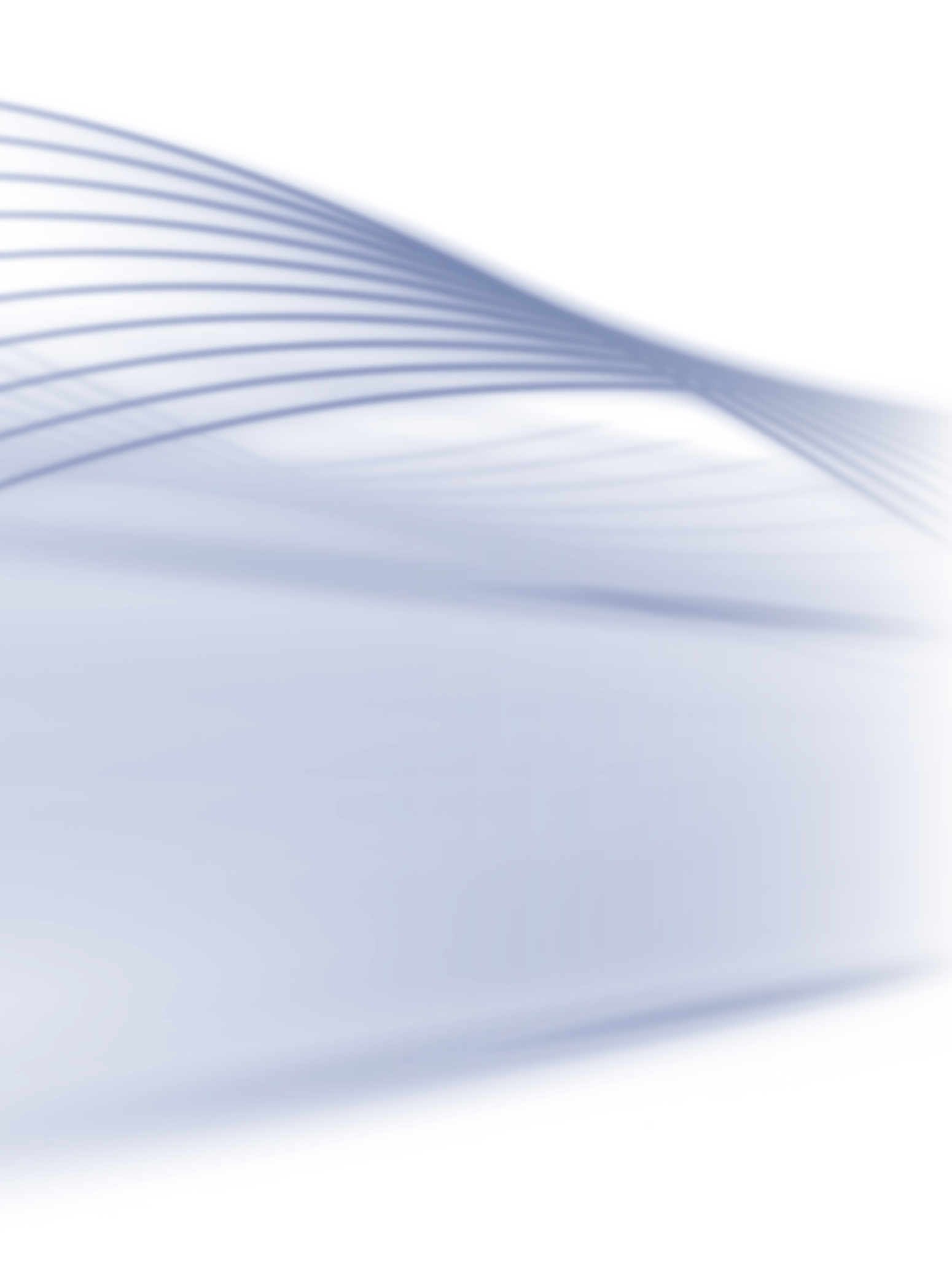
O Ministério da Educação, as instituições públicas de ensino técnico, seus servidores técnicos e professores acreditam que uma educação profissional qualificada – integradora do ensino médio e educação técnica, – é capaz de promover o cidadão com capacidades para produzir, mas também com autonomia diante das diferentes dimensões da realidade: cultural, social, familiar, esportiva, política e ética.

Nós acreditamos em você!

Desejamos sucesso na sua formação profissional!

Ministério da Educação
Janeiro de 2010

Nosso contato
etecbrasil@mec.gov.br



Indicação de ícones

Os ícones são elementos gráficos utilizados para ampliar as formas de linguagem e facilitar a organização e a leitura hipertextual.



Atenção: indica pontos de maior relevância no texto.



Saiba mais: oferece novas informações que enriquecem o assunto ou “curiosidades” e notícias recentes relacionadas ao tema estudado.



Glossário: indica a definição de um termo, palavra ou expressão utilizada no texto.



Mídias integradas: sempre que se desejar que os estudantes desenvolvam atividades empregando diferentes mídias: vídeos, filmes, jornais, ambiente AVEA e outras.



Atividades de aprendizagem: apresenta atividades em diferentes níveis de aprendizagem para que o estudante possa realizá-las e conferir o seu domínio do tema estudado.

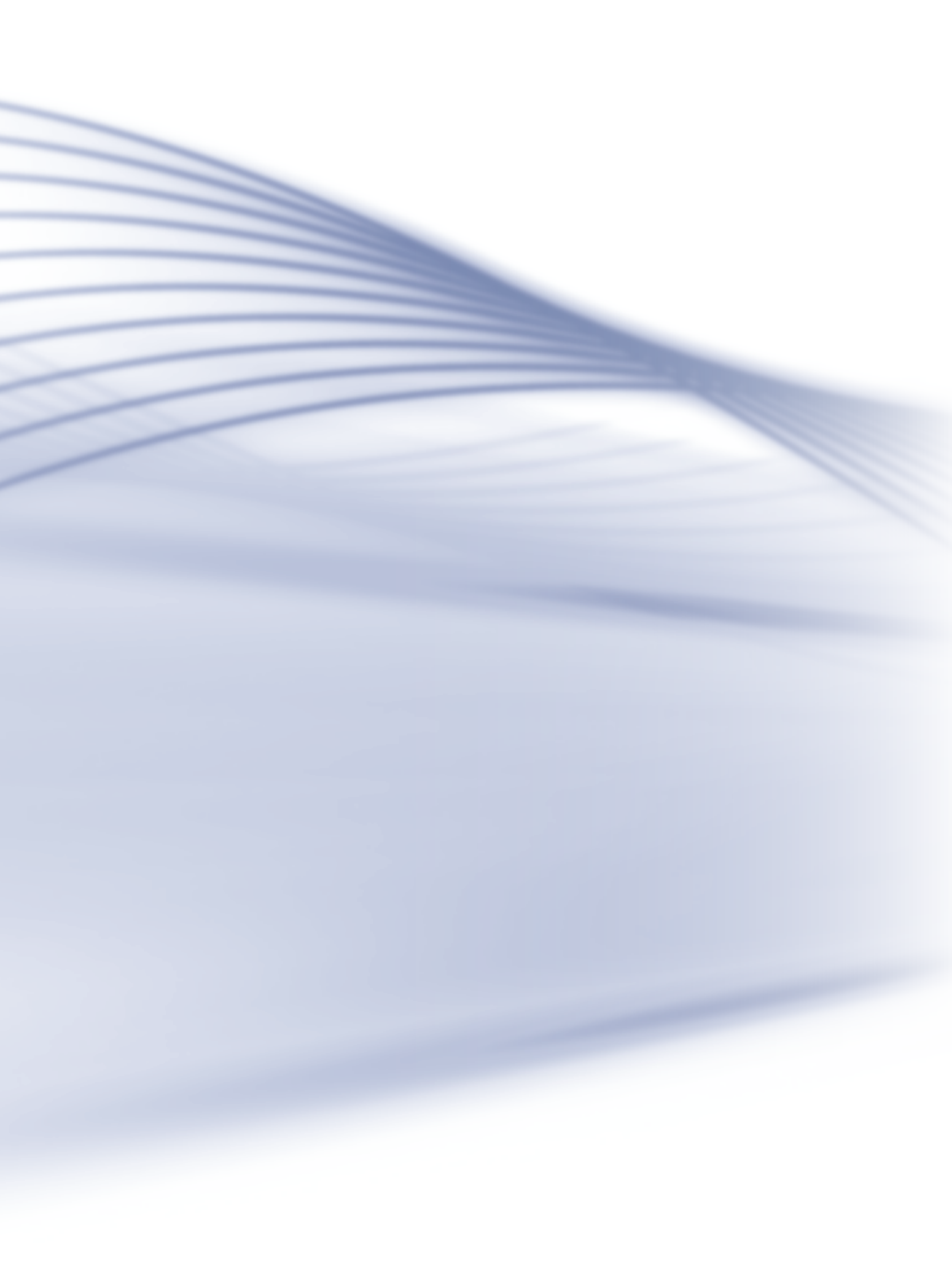


Sumário

Palavra do professor-autor	11
Aula 1 – Breve história das políticas de saúde	13
1.1 Brasil Colônia (1500 a 1888).....	13
1.2 A República Velha/ Primeira República (1889 a 1930).....	14
Aula 2 – Período populista – Era Vargas (1930 a 1945)	17
Aula 3 – Período do desenvolvimento (1946 a 1964)	21
3.1 Período de Estado Militar e o Milagre Brasileiro (1964 a 1984).....	22
Aula 4 – Período da nova república e da luta pela reforma sanitária (1985 a 1990)	25
Aula 5 - SUS - Sistema Único de Saúde - I	29
5.1 O que é o SUS?.....	29
5.2 Como surgiu o SUS?.....	29
5.3 O papel dos Serviços de Saúde.....	30
Aula 6 - SUS - Sistema Único de Saúde - II	33
6.1 Redes de Atenção à Saúde.....	33
6.2 O que é municipalização?.....	33
Aula 7 - SUS - Sistema Único de Saúde - III	37
7.1 Como o município passa a ser gestor do SUS?.....	37
7.2 Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01).....	38
7.3 Cartão nacional de saúde - SUS.....	39
7.4 O SUS tem problemas?.....	40
7.5 O “SUSesso” do SUS.....	42
7.6 Controle Social: O que é isso?.....	42
7.7 O que é Conselho Regional de Saúde?.....	43
7.8 Conselhos Locais de Saúde.....	43

Aula 8 - Saúde coletiva	47
Aula 9 - História natural da doença	51
9.1 Agente patológico	51
9.2 História natural de uma doença no homem	52
Aula 10 - Níveis de atenção e prevenção à saúde	55
10.1 Fase de prevenção primária	55
10.2 Proteção específica	56
Aula 11 - Níveis de atenção e prevenção à saúde	59
11.1 Fase de prevenção secundária	59
11.2 Diagnóstico precoce e tratamento	59
11.3 Fase de prevenção terciária	60
11.4 Reabilitação	60
Aula 12 - Modelos de atenção à saúde	63
12.1 Pacto pela saúde	64
Aula 13 - Pacto em defesa do SUS	67
13.1 Pacto de gestão	67
13.2 A demanda por serviços de saúde	67
Aula 14 - Saúde da família	69
14.1 Objetivos do modelo de saúde da família	71
14.2 Princípios operacionais da ESF	71
Aula 15 - Organização das unidades de saúde da família I	73
15.1 Atribuições das equipes	74
15.2 Composição das equipes de saúde da família	74
Aula 16 - Organização das unidades de saúde da família II	77
16.1 Composição das equipes de saúde da família	77
Aula 17 - Programas nas Unidades de Saúde	83
17.1 Vigilância à saúde	83
Aula 18 - Doenças infectocontagiosas	87
18.1 Hepatites virais	87
18.2 Hepatite aguda	89
18.3 Hepatite crônica	90
18.4 Imunização vacina contra hepatite B	91

18.5 Imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B.....	91
Aula 19 - AIDS.....	93
19.1 Descrição.....	93
19.2 Agentes etiológicos.....	93
19.3 Modo de transmissão e transmissibilidade.....	94
19.4 Período de incubação.....	95
19.5 Suscetibilidade e vulnerabilidade	95
19.6 Manifestações clínicas.....	95
Aula 20 - Tuberculose.....	97
20.1 Descrição.....	97
20.2 Agente etiológico.....	97
20.3 Sinais e sintomas.....	97
20.4 Transmissão.....	98
20.5 Prevenção.....	98
20.6 Sistema de informação em saúde.....	98
Referências.....	101
Atividades autoinstrutivas.....	105
Currículo do professor-autor.....	119



Palavra do professor-autor

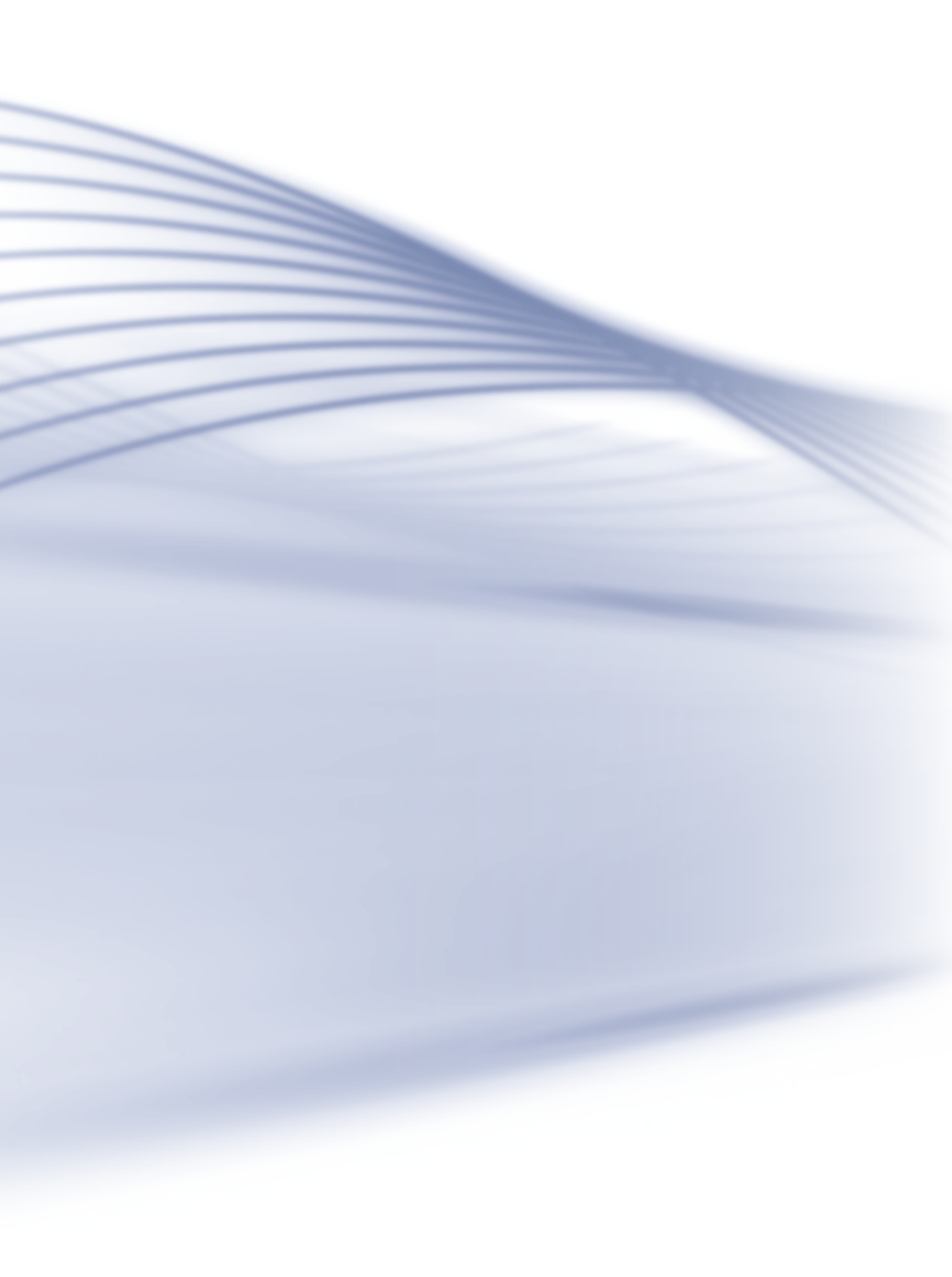
Prezado (a) aluno (a),

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta atualmente um desafio na mudança do modelo fragmentado e desarticulado. Busca um modelo mais integrado, construído a partir das necessidades e dos recursos planejados regionalizadamente e com maior capacidade resolutiva e que resultem em valores reconhecidos pela população. A construção das Redes de Atenção, o fortalecimento da APS (atenção primária à saúde) integrando ações do cuidado à saúde com as de vigilância apoiadas por ações de educação permanente configuram a agenda estratégica necessária às reorientações pretendidas.

A mobilização em defesa de uma política assistencial comprometida com a produção de autonomia dos profissionais de saúde, aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua reinserção social na construção de uma mudança na Política de Saúde, resultou na criação de serviços substitutivos ao modelo tradicional hospitalocêntrico (hospital no centro) para modelos que implementam uma política de construção de caminhos alternativos para a Educação e aos serviços de saúde: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), Hospitais-Dia e Residências Terapêuticas, dentre outros.

Essa perspectiva de atuação em saúde tem refletido diretamente na implementação de uma ótica diferenciada de participação social, buscando congregiar os mais diversos saberes existentes nas comunidades. Nesse sentido, vale à pena propor a construção de uma nova cultura em pensar e viver saúde pública, da desmistificação da Política em Saúde.

Para tanto o nosso objetivo consiste em buscar e habilitar os profissionais que atuam na promoção, prevenção e recuperação da saúde na drogadição.



Aula 1 – Breve história das políticas de saúde

Em nossa primeira aula trabalharemos alguns conceitos básicos do conhecimento da história e evolução da política brasileira, influenciadas pelas transformações socioculturais e econômicas.

1.1 Brasil Colônia (1500 a 1888)

O período do descobrimento, também denominado de Brasil Colônia, urge com a necessidade de incluir práticas sanitárias para o controle de doenças de fácil contaminação, devido às condições de higiene precária da população.

A grande dificuldade deste Brasil colônia, marcava por termos poucos médicos, pois a população não tinha poder aquisitivo para pagar consulta, sendo assim, praticava-se muito a “sangria” método de extrair sangue do doente para curá-lo e o uso de purgativos nos tratamentos.

Com tantas dificuldades para atender as pessoas doentes, a maioria da população utilizava a medicina popular (cultura indígena, jesuítas e africana).

A **varíola**, doença hoje erradicada no mundo, mas conhecida desde 3.000 a.C, introduzida no Brasil pelos colonizadores portugueses, provavelmente vindo da Europa e da África. Sabe-se que a primeira **epidemia** de varíola ocorreu em 1563, na Bahia. As comunidades indígenas eram as mais vulneráveis e muitas tribos foram extintas pelas epidemias da doença.



Figura 1.1: Vítima de varíola

Fonte: <http://en.wikipedia.org>



Varíola (também conhecida como bexiga) foi uma doença infectocontagiosa. É causada por um Orthopoxvirus, um dos maiores vírus que infectam os seres humanos, é considerada extinta desde 11 de setembro de 1978, ano em que ocorreu o último caso que vitimou uma médica num laboratório inglês por erro (Janet Parker); o último caso registado fora dos laboratórios foi registado em 1977, na Somália.

Epidemia se caracteriza pela incidência, em curto período de tempo, de grande número de casos de uma doença. Este termo tem origem no grego clássico: epi (sobre) + demos (povo) e sabe-se ter sido utilizado por Hipócrates no século VI a.C.

Em 1543, Brás Cubas fundou, na cidade de Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos, que davam assistência aos doentes vítimas de longas viagens marítimas. A partir dessas primeiras instituições de assistência, outras se seguiram, como a de Olinda (1540), da Bahia (1550), de Belém do Pará (1654), de São Paulo (1714), com compromisso de socorrer os enfermos e abrigavam os indigentes. (PIZANI, 2005)

Em 1685 a 1694, campanha sanitária para combater epidemia de febre amarela em Recife e Olinda.

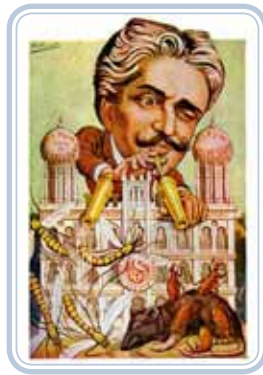


Figura 1.2: Projeto Memória (Oswaldo Cruz)
Fonte: www.projetomemoria.art.br



Figura 1.3: Santa Casa de Santos (1911)
Fonte: Actas Ciba nº. 5, ano VIII, maio de 1941, página 129.

1.2 A República Velha/ Primeira República (1889 a 1930)

Período marcado pela hegemonia do café, governado pelas oligarquias regionais (São Paulo, Rio de Janeiro, e Minas Gerais). Com a Abolição da Escravidão em 1888, gerou crise da mão de obra, iniciaram as imigrações da Itália, Espanha e Portugal.

A falta de políticas sociais e de saúde levou ao crescimento de epidemias de cólera, febre amarela, peste bubônica, varíola e dentre outras, acabaram prejudicando os portos brasileiros.

Devido à necessidade de saneamento, o médico Oswaldo Cruz adotou o modelo das campanhas sanitárias para combater **endemias** urbanas e posteriormente as rurais (modelo que quebrassem a relação agente/hospedeiro).

O governo de Rodrigues Alves marcou pelas ações de “higienização”, realizadas pelo médico Oswaldo Cruz, como uma questão de política pública de saúde. As doenças contagiosas e mentais passaram a ser hospitalizadas

A-Z

Endemias

Qualquer fator mórbido ou doença espacialmente localizada, temporalmente ilimitada, habitualmente presente entre os membros de uma população, cujo nível de incidência se situe sistematicamente nos limites de uma faixa endêmica que foi previamente convencionada para uma população e épocas determinadas.

para proteger a população e instituindo a obrigatoriedade da notificação das doenças contagiosas.

A revolta da vacina ocorrida em 1904, no Rio de Janeiro, provocou insatisfação na população contra a política da obrigatoriedade da vacinação da varíola. Essas inúmeras insatisfações populares fizeram o governo recuar e suspender a obrigatoriedade.

Neste período, algumas doenças se destacavam como, a malária, a doença de Chagas, tuberculose, alcoolismo e desnutrição. Estabelecendo a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que visava à expansão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial. Foram instituídas também as Inspetorias de Higiene do Trabalho, da Educação Sanitária e os Centros de Saúde.

Em 1923, surge a assistência previdenciária com a lei Elói Chaves que beneficiava as empresas das estradas de ferro com o CAPs (caixa de aposentadoria e pensões – assistência médica e farmacêutica) que mais tarde, em 1926 estendeu-se aos portuários marítimos, dando início ao sistema previdenciário no país, baseado em contribuições em longo prazo.

Resumo

Foram vistos na aula de hoje os seguintes tópicos:

- Controle sanitário dos portos, contra varíola.
- Práticas indígenas com as plantas/curandeirismo.
- Fundação das Santas Casas de Misericórdias.
- Marco do sanitarismo no Brasil, erradicação da febre amarela pelo médico Osvaldo Cruz.
- Modelo autoritário e médico-cêntrico.
- A doença é o resultado inevitável da negligência, da sujeira pessoal, da promiscuidade.
- Saúde, nesse período era uma visão basicamente moral.



Assista ao filme: **Brava gente brasileira**. Direção de Lúcia Murat - Brasil, 2000. 104 minutos. O filme trabalha em torno do conflito entre os dois mundos e na prática o surgimento de um terceiro, onde os conceitos dos dois lados começam a se desintegrar.

Aula 2 – Período populista – Era Vargas (1930 a 1945)

Nesta aula, veremos um país que se inicia com objetivo de crescimento, porém centrados na produção do trabalho, era importante para conquista do trabalhador. Era o Brasil virando a página no espaço do desenvolvimento populista.

Nos períodos anteriores, vimos um Brasil Colônia que se manteve enferma, pois a base da cura das doenças eram meramente por ritos, feitiços, práticas e saberes populares.



Figura 2.1: Trabalhadores de Fábricas

Fonte: www.google.com.br



Figura 2.2: Carteira de Trabalho

<http://araraquara.sp.gov.br>

Com a quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929, faz o café desvalorizar no mercado internacional, ocorrendo assim o êxodo rural, impulsionando o processo de industrialização e urbanização. A população migra para regiões onde há indústrias e intensificou os surtos epidêmicos, a piora das condições de vida, decorrentes principalmente do excesso populacional e da falta de infraestrutura sanitária.

Surgem os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) que beneficiam os trabalhadores com carteiras assinadas (comerciantes, transportes e cargas, marítimos, bancários, funcionários públicos), com assistência médica gratuita e auxílio nos casos de adoecimento e acidentes. Os trabalhadores não formais continuavam sendo atendidos pelo setor público ou entidades de caridades.

Os programas de saúde pública, via de regra, eram limitados pela opção política, adotados como modelo sanitarista.

Em 1943, com a Consolidação das Leis Trabalho (CLT), o trabalhador obteve novos ganhos como: salário mínimo, jornada de trabalho de oito horas/dia, férias remuneradas, horas extras, direito à licença-maternidade remunerada, etc.

A-Z

Doenças infectocontagiosas são decorrentes de ambientes e condições inadequados, muitas vezes relacionados por baixos padrões de higiene, condições socioculturais e econômicas, podendo ser transmitidas a outras pessoas.

A assistência previdenciária e a assistência médica foram expandidas aos familiares dos operários. Neste período observou-se um avanço das **doenças infectocontagiosas**, entre elas doença de Chagas, tuberculose, lepra, tracoma, esquistossomose, ancilostomíase, etc.

Saiba mais...

Doença de Chagas - Conhecida como mal de Chagas ou chaguismo, também chamada tripanossomíase americana/Trypanosoma cruzi, é transmitida por insetos, conhecidos no Brasil como barbeiro, ou ainda, chupança, fincão, bicudo, chupão. Podendo tornam-se crônicos e graves, se não tratada, poderá ser fatal. Pacientes em estado grave são muitas vezes encaminhados ao transplante cardíaco, porém não há cura para a doença.

Tuberculose (Tb) - Doença infectocontagiosa, causada pelo Mycobacterium tuberculosis, a transmissão ocorre através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente ao tossir, espirrar ou falar em voz alta, quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença, tem cura e o tratamento com duração de no mínimo 6 meses.

Hanseníase (Lepra) - Doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo Mycobacterium leprae. A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. A hanseníase tem tratamento e cura.

Resumo

Tópicos marcantes vistos nesta aula:

- Criação dos institutos de seguridade social.
- Modelo centralizador, populista, paternalista e autoritário que caracterizou a Era Vargas.

- Saúde, nesse período é basicamente ensinar o trabalhador a cuidar do seu corpo, para preservar sua força de trabalho para o desenvolvimento da nação.
- Modelo excludente, pois apenas os sindicatos fortes poderiam ter acesso aos serviços de saúde.

Atividades de aprendizagem



1. Pesquise no ambiente do seu trabalho ou familiar quantas pessoas têm carteira profissional assinada nos últimos cinco anos?

2. Qual o valor de desconto/mês do INSS das pessoas com carteira assinada nos últimos cinco anos?

3. Quantos têm plano de saúde e qual o valor pago por mês?



Aula 3 – Período do desenvolvimento (1946 a 1964)

Nesta aula veremos a crise política e econômica, agravada com o final da Segunda Grande Guerra. Com a destituição de Getúlio Vargas, surgiu no ano seguinte, um período de liberalização do regime político, de uma constituição democrática de inspiração liberal. Os movimentos sociais exigiam melhorias nas condições de vida, saúde e de trabalho.



Figura 3.1: A Lavadeira - 1920 - Anita Malfatti (Brasil 1889-1964) - óleo sobre tela

Fonte: www.google.com.br

Em 1948, o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), com objetivo de melhoria na condição de saúde da população, mas não chegou a pôr em prática, devido à escassez dos recursos financeiros.

Em 1953, criação do Ministério da Saúde, mantido com orçamento escasso, voltando a campanhas e assistência médico-assistencial, regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (Lei nº 1.920, de 25/7/1953).

3.1 Período de Estado Militar e o Milagre Brasileiro (1964 a 1984)



Figura 3.2: Manifestação contra a Ditadura

Fonte: <http://compostura.files.wordpress.com>



Figura 3.3: Ditadura militar

Fonte: <http://liberdadeexpressao.wordpress.com>

A-Z

Hospitalocêntrico

É isso mesmo, “hospital no centro”. Expressão comumente usada dentro do setor da saúde para criticar um modelo de saúde baseado no hospital (nas ações curativas). Um modelo que não leva em consideração a atenção básica, a prevenção (que acontece fora dos hospitais, nas unidades básicas de saúde, na ação dos agentes comunitários de saúde, da equipe de saúde da família, etc.) tão importantes quanto o tratamento que acontece no hospital.

Em 1964, a crise política leva ao golpe militar, centralização na esfera federal, o que gerou em cortes significativos no orçamento do Ministério da Saúde. As doenças e agravos entre elas a meningites e seus indicadores de saúde eram omitidos ou manipulados, pois as doenças aconteciam da mesma forma como nos períodos anteriores.

Em 1967, ocorreu a unificação dos institutos em INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que levou um aumento da assistência médica da previdência e individualista e não coletivista. Assim, os investimentos nas ações de promoção e prevenção à saúde são transferidos a compras de serviços hospitalares das iniciativas privadas.

A consequência deste modelo que chamamos de **hospitalocêntrico**, e medicina de grupo, aumentaram em muito os gastos, que necessitou a busca de empréstimo a fundo perdido.

Foram criados diversos órgãos para a organização do setor, entre eles o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, autarquia responsável para a assistência médica e social e o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

Em meados da década de 1970, com o modelo econômico implantado pela ditadura militar, entra em crise. A população com baixos salários, desemprego, aumento das favelas, da marginalidade e a mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário mostrava-se incapaz de resolver os problemas de saúde coletiva.

O Plano de Pronta Ação (PPA) teve como objetivo a divisão de atendimento médico de urgência, ficando a cargo do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), responsável pelo pagamento dos hospitais, conveniados ou não, que prestassem atendimento aos trabalhadores. Criação do DATAPREV para controle de contas hospitalares, ampliação dos setores conveniados e normalizações do funcionamento de setores.

Em 1975, o Sistema Nacional de Saúde (Lei 6229) com objetivo de baratear e organizar os setores de saúde, financiamentos, convênios, clínicas (prestadoras de serviços de saúde).

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata (Cazaquistão), com um novo conceito de saúde: “estado de completo bem estar físico, mental e social” e propuseram “Saúde para todos” até o ano 2000. Muda-se o conceito de que saúde é a ausência de doenças. Em 1980, criação do PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básico de Saúde).

Para a reorganização do setor saúde, o governo criou plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) para as ações de saúde coletiva.

Em 1983, atendendo as recomendações do CONASP criou AIS (Ações Integradas de Saúde) buscavam nos serviços de saúde assistenciais (federal, estadual e municipal), a integração dos serviços de saúde, previdência e educação.

Resumo

Tópicos marcantes da nossa aula foram:

- A saúde/doença começa a ser analisada sob diferentes óticas – não só a da biologia.
- Início do desenvolvimento sanitário x atenção médica individual, face aos crescentes problemas de saúde da população urbana e rural.



Assista ao filme: "Eles não usam black-tie", direção Leon Hirzman. Brasil, 1981, 134 min. Em São Paulo, em 1980. Vocês verão como a ditadura influenciava na vida dos brasileiros, nos diversos aspectos cotidianos.

- 20 anos de ditadura militar;
- Período de "milagre" brasileiro (1968 a 1974), elevada taxa de produtividade, aliada a baixos salários, para grande maioria dos trabalhadores (menos especializados);
- A saúde passou a ser um bem de consumo;
- Aumento de hospitais e clínicas com o financiamento da Previdência Social;
- Orçamento para a saúde, visando à consulta médica, hospitalização, consumo de tecnologia e de medicamentos, em detrimento de uma política de saúde coletiva;
- Aumento de grupos de saúde, centrados na lógica de saúde;
- Ensino médico desvinculado da realidade sanitária e voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas;
- Serviço de saúde basicamente federal.



Atividades de aprendizagem

- Depois de assistir ao filme indicado em mídias integradas, discuta com seus colegas sobre o movimento sociocultural. E após relate o que mais te marcou neste filme.

Aula 4 – Período da nova república e da luta pela reforma sanitária (1985 a 1990)

Nesta aula, estudaremos o período marcado pelas eleições diretas à presidência da república, apesar de que o presidente Tancredo Neves e o vice, José Ribamar Sarney, foram eleitos através da Câmara. José Ribamar Sarney assumiu a presidência de um governo chamado de transição, devido à morte de Tancredo Neves. Durante esta época, iniciou-se a luta pela reforma sanitária no país.



Figura 4.1: Notícia sobre Tancredo Neves

Fonte: Jornal do Brasil: Segunda-feira, 22 de abril de 1985

Em 1986, no Canadá, a 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, na Carta de Ottawa, enfatizou a importância e o impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais com relação às condições de saúde.

A promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, consiste no processo que procura criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, no sentido de melhorá-la.

Esses fatores podem ser sistematizados em três vertentes inter-relacionadas e complementares:

Educação para a saúde: uso da comunicação pedagógica para facilitar a aprendizagem em saúde.

Prevenção da doença: conjunto de medidas que evitam, detectam e tratam precocemente doenças específicas e eventuais sequelas.

Proteção da saúde: ações que visam o controle dos fatores de risco.
(Carta de Ottawa)



A criação do personagem símbolo da erradicação da poliomielite, o Zé Gotinha, e a publicação do documento “A marca de um compromisso” ocorreram em 1986.

Os profissionais da saúde tinham que achar uma motivação. Foi feita, então, uma campanha nas escolas de todo o Brasil, para a escolha do personagem que iria marcar a vacinação no Brasil. Foi aí que surgiu o Zé Gotinha que, sem dúvida nenhuma, é fator preponderante no estímulo à prevenção de doenças. A vacinação no Brasil hoje é exemplo para o mundo. A partir daquela época não tivemos mais nenhum caso de paralisia infantil. Com certeza esse foi um fato marcante.

Em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional da Saúde, como marco para a participação da sociedade civil ao processo preparatório que envolveu profissionais da área da saúde, usuários, intelectuais, partidos políticos e sindicatos. Tendo como foco o controle social, econômico e ambiental, debatendo-se a reformulação do sistema nacional de saúde (Reforma Sanitária) com o início da criação de um Sistema Único de Saúde.

Em 1987, foi dado um passo importante na história da saúde com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), cujo objetivo era a consolidação das AIS (Ações Integradas de Saúde), reforçando a descentralização dos serviços e indo ao atendimento das necessidades da população, onde elas vivem, adoecem e morrem. Porém, a implementação do SUDS dependia do grau de compromisso dos governantes.

Em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal garantindo saúde como direito do cidadão e dever do Estado. O artigo 196 reza que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Em 19 de setembro de 1990, a Lei 8080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulamentando em todo o território nacional o SUS, juntamente com suas ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.



Figura 4.2: VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986

Fonte: www.google.com.br - sejarealista.wordpress.com - sobreascidades.wordpress.com

Resumo

Vimos nesta aula:

- Transição de um regime ditatorial, para uma situação de estabilidade democrática.
- Favoreceu a descentralização dos serviços, em níveis municipais, através dos AIS.
- 1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde discussão da reforma sanitária a ser implantada pela Assembleia Nacional Constituinte (1988).
- SUDS – Extinção da apresentação da carteirinha do INAMPS.

Atividades de aprendizagem

- Busque informações na Secretaria Municipal de Saúde do seu município para os seguintes pontos:

a) Data de fundação do Conselho Municipal de Saúde?

b) Quantos membros fazem parte do conselho?

c) Qual a periodicidade de reunião do conselho municipal de saúde?



Você não pode deixar de assistir ao fantástico documentário intitulado Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde, dirigido por Renato Tapajós, lançado pelo Ministério da Saúde (2006). Acesse: <http://video.google.com/videoplay?docid=5787222578615549628#>



d) Qual foi a data da última conferência municipal de saúde?

e) Qual foi a data da última conferência estadual da saúde?

f) Quantos conselheiros foram delegados na conferência estadual?

Conhecendo estes dados, você pode começar a participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e expor a sua opinião como profissional na área da Reabilitação em Dependência Química.

Anotações

Aula 5 - SUS - Sistema Único de Saúde - I

O foco da aula de hoje é apresentar o processo de funcionamento e a organização da SUS para atender a população brasileira.

5.1 O que é o SUS?

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, os quais definem a integração de ações, atividades e serviços de saúde prestados pelos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, de forma complementar, as entidades de iniciativa privada. Os serviços integram uma rede organizada por regiões com diferentes níveis de complexidade.

O SUS permite atendimento a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de contribuições sociais e impostos pagos pela população e compõe os recursos tripartite governo federal, estadual e municipal.



Figura 5.1: Sistema Único de Saúde
Fonte: www.google.com.br

5.2 Como surgiu o SUS?

No início da década de 70, os serviços públicos de saúde eram centrados na atenção as medidas curativas e não as preventivas; priorizavam os interesses da área privada, e eram organizados sem a participação da população. A partir daquela década, na busca de soluções, os municípios começaram a estruturar atividades de assistência à saúde implantando Postos de Saúde (PS). A sociedade se organizou através do movimento da “Reforma Sanitária”, revendo a estrutura dos serviços oferecidos pela União, Estado e Município.

Em 1986, no fórum de debates sobre a saúde, a 8ª Conferência Nacional de SAÚDE elaborou propostas de mudanças que passaram a constar na Constituição Federal de 1988.



Fazem parte do Sistema Único de Saúde os centros, os postos de saúde, as unidades básicas de saúde, a unidade saúde da família, os hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, bancos de leite humano, além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brasil.

Na Constituição de 1988, a saúde é então definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, como parte de seguridade social, cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema de Saúde organizado segundo as diretrizes:

- 1. Descentralização:** significa compartilhar o poder, isto é, distribuir o poder e recursos além de redefinir as atribuições de competência de cada esfera do governo. Assim, o município passa a assumir uma série de ações e serviços que antes eram feitas pelo governo do estado ou pelo governo federal.
- 2. Atendimento integral:** O princípio da integralidade se baseia na compreensão de que os usuários têm o direito de serem atendidos em todas as suas necessidades. Deve haver integração entre as ações preventivas e curativas, com maior atenção para as preventivas.
- 3. Universalidade:** Todas as pessoas têm acesso garantido às ações e serviços de saúde com igualdade. É de responsabilidade do poder público oferecer condições para o exercício deste direito. Isso acontecerá mediante a implantação do SUS.
- 4. Direito às informações:** Todas as pessoas têm acesso garantido às informações sobre a situação de saúde, assim como à condição de saúde da comunidade, organizações dos serviços bem como a forma de sua utilização.
- 5. Equidade:** Não é a mesma coisa que igualdade. É o respeito às diferentes condições e necessidades da população. O sistema de saúde deve estar sempre atento às desigualdades, utilizando a realidade de cada comunidade para definir as prioridades na destinação de recursos e na orientação de programas a serem desenvolvidos.
- 6. Participação da comunidade:** Toda a sociedade tem direito de participar no planejamento, na avaliação e na fiscalização dos servidores de saúde de forma organizada, através de conselhos municipais, regionais e locais.

5.3 O papel dos Serviços de Saúde

A assistência à saúde se organiza em três níveis de complexidade: primária, secundária e terciária. Cada nível tem atribuições específicas. Esta divisão é

muito importante, porque estabelece as Unidades Básicas de Saúde (postos de saúde) como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, podendo chegar aos serviços de maior complexidade. Tudo depende da necessidade de cada usuário.

Resumo

Na Constituição de 1988, a saúde é então definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, um sistema organizado segundo as diretrizes:

1. Descentralização
2. Atendimento integral
3. Universalidade
4. Direito às informações
5. Equidade
6. Participação da comunidade

Atividades de aprendizagem

- Com base nas diretrizes da Constituição Federal de 1988, identifique quais os aspectos que podem ser apontados como decisivos para o êxito da construção do SUS. Discuta com os colegas de sala de aula a respeito deste assunto.





Aula 6 - SUS - Sistema Único de Saúde - II

Nesta aula veremos como funciona o SUS, através das redes de atenção à saúde de acordo com os critérios da municipalização.

6.1 Redes de Atenção à Saúde

- 1. Rede de atenção primária:** Fazem parte as Unidades Básicas de Saúde que prestam atendimentos, como: vacinação, controle de pressão, curativos, pré-natal, inalações, injeções, atendimento odontológico e clínica médica básica (clínica geral, pediatria e ginecologia).
- 2. Rede de atenção secundária:** Divide-se em serviços ambulatoriais e hospitalares. Os serviços ambulatoriais prestam atendimento em especialidades como: dermatologia, cardiologia, oftalmologia, etc. Os serviços hospitalares realizam ações de baixa complexidade como urgências/emergências, partos normais e cirurgias de pequeno e médio porte.
- 3. Rede de atenção terciária:** São os serviços ambulatoriais e hospitalares que realizam atendimento de grande complexidade e que, muitas vezes, necessitam de equipamentos sofisticados como cirurgia de coração, hemodiálise, tomografia, quimioterapia, etc.

6.2 O que é municipalização?

Na prática, municipalizar a saúde é aplicar o princípio da descentralização. É trazer para o governo municipal a capacidade de definir, junto com os usuários, as ações e atividades do setor. Os governos estaduais e federais transferem para os municípios as atribuições que eram de sua competência.

Quando o município se torna gestor dos recursos públicos, existe mais agilidade para oferecer aos cidadãos respostas para os problemas locais, diminuem-se as fraudes e a distribuição dos recursos se dá de acordo com a realidade de cada município.

6.2.1 Como acontece a municipalização?

Para regulamentar o SUS, foi editado em 1990 as “Leis Orgânicas de Saúde” (Leis nº 8080/90 e 8142/90); em 1993, foi publicada a Norma Operacional

Básica/93 (NOB/93); em 1996, foi a Norma Operacional Básica/96 (NOB/96), e em 2001, a Norma Operacional da Assistência a Saúde (01/NOAS/2001). Todos eles dispendo sobre a descentralização e as formas de gerência do SUS.

O gerenciamento acontece através de três comissões especiais:

- Em âmbito nacional, a “Comissão Intergestores Tripartite” é formada por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A função da “Comissão Tripartite” é elaborar propostas políticas em nível nacional. Ela esta subordinada ao Conselho Nacional de SAÚDE, que é composto por representantes dos usuários (50%), e representantes dos demais segmentos (governo federal, trabalhadores da saúde, prestadores públicos e privados).
- Em âmbito estadual, a “Comissão Bipartite” é formada por representantes da Secretaria de Estado e Secretarias Municipais de Saúde, de forma partidária e tem a função de elaborar propostas políticas de saúde em nível estadual. A comissão esta subordinada ao Conselho Estadual de Saúde que é composto por representantes dos usuários (50%), representantes dos demais segmentos 25% (governo estadual) e 25% (trabalhadores de saúde, prestadores públicos e privados).
- Em âmbito municipal, o “Conselho Municipal de Saúde” atua de forma deliberativa no planejamento e no controle da execução da política de saúde municipal. A formação do conselho varia conforme a lei de cada município, porém respeitando a Lei 8142/90.



Segundo a Lei 8142/90, de quatro em quatro anos, cada esfera do governo deve realizar uma conferência ou fórum reunindo vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.



Resumo

Nesta aula continuamos a conhecer a história da implantação do SUS no país, sistema presente até hoje no atendimento à saúde do nosso povo. Mas o assunto continuará na próxima aula, mãos à obra!

Atividades de aprendizagem



- Pesquise a infraestrutura da Secretaria de Saúde Municipal e responda:

- Quantas Unidades Básicas de Saúde há?

- Quantos serviços de programas (atendimentos) de saúde o município desenvolve?

- Quais são as referências para encaminhamento dos serviços de atenção secundária e terciária do município?



Aula 7 - SUS - Sistema Único de Saúde - III

Nesta aula veremos como funcionam os modelos de gestão e recursos do SUS.

7.1 Como o município passa a ser gestor do SUS?

As secretarias municipais de saúde assumem a gestão das ações e serviços de saúde através de normas. A Norma Operacional Básica/93 (NOB/93) apresentou modalidades de gestão progressivas, em que – gradativamente – os municípios foram assumindo responsabilidades. Por esta norma, os municípios passaram a atuar no gerenciamento ambulatorial, programas de vigilância epidemiológica e sanitária, e ações em saúde do trabalhador, podendo até chegar a gerência de atividades hospitalares.

A Norma Operacional Básica/96 (NOB/96) estabeleceu duas modalidades de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. Na Gestão Plena da Atenção Básica, o município gerencia as ações e serviços relacionados à assistência básica. Recebe os recursos para o custeio destas ações, planejamento, executando ou acompanhando a execução e avaliando o impacto das ações e remunerando os serviços realizados. E na Gestão Plena do Sistema Municipal, o município é o gestor de todo o sistema de saúde, planejamento, acompanhamento e avaliando os serviços de saúde. Recebe a totalidade dos recursos no Fundo Municipal e procede ao pagamento dos serviços realizados.

Para o custeio das ações básicas (vacina, curativos, assistência farmacêutica, atividades educativas e preventivas, consultas médicas de pediatria, ginecologia e clínica médica, e procedimentos de odontologia) foi definido o valor de R\$ 10,00 per capita/ano, denominado Piso de Atenção Básica (PAB).

O valor programado para o custeio das ações, serviços de saúde e áreas de vigilância sanitária e epidemiológica (ações básicas, ações de média e alta complexidade, internações hospitalares) é denominado Teto Financeiro de Assistência Municipal (TFAM).

Em janeiro de 2001, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/ 01/2001) que define as regras de regionalização do atendimento, na qual os municípios de referência para procedimentos mais especializados poderão receber por atendimento prestado a moradores de outros municípios.

7.2 Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01)

1. **Plano Diretor Regional para assistência (PDR):** Diretrizes que garantem acesso à assistência à saúde integral dos usuários do SUS o mais próximo de sua residência, de modo hierarquizado, utilizando bem os recursos humanos e tecnológicos existentes em cada localidade.
2. **Plano Diretor de Investimentos (PDI):** Estabelece, com base em critérios populacionais, as normas para destinação de recursos tecnológicos necessários para complementar as ações assistenciais de média e alta complexidade, criando uma rede de referência qualificada e apta a prestar assistência aos usuários.
3. **Programação Pactuada Integrada (PPI):** Define o fluxo para assistência de média e alta complexidade com o conhecimento da rede de referência (UTI, Centro de Atendimento a Pacientes com Câncer e cirurgias cardíacas, neurocirurgia, ortopedia e outros), entre os gestores municipais, assumindo as responsabilidades do repasse de recursos e garantia de assistência a ser prestada. O Ministério da Saúde está repassando um incentivo financeiro para estimular os municípios a reorganizarem seus serviços com enfoque para a saúde da família. Assim existe um acréscimo ao valor repassado para o Piso de Atenção Básica quando os municípios resolvem implantar tais estratégias, como Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.
4. **Programa Saúde da Família (PSF):** Com este programa o serviço de saúde passa a funcionar com equipes compostas por médico, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e enfermeiro. Cada equipe fica responsável por grupos de aproximadamente cerca de 2.400 a 4.000 pessoas. As famílias são cadastradas e as equipes trabalham com as seguintes atribuições:
 - Conhecer a realidade das famílias

- Identificar os problemas de saúde e situações de risco de adoecer
- Elaborar, com a participação da comunidade e outros serviços, um plano para enfrentar os problemas que determinam os riscos de adoecer
- Prestar assistência integral, com ênfase à promoção da saúde
- Desenvolver ações educativas para a saúde
- Outras ações com base na realidade local. A base das ações inclui, ainda, as atividades de visitas domiciliares, com cuidados no domicílio e participação em grupos comunitários.

5. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS): O agente comunitário de saúde desenvolve suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade de saúde, que programa e supervisiona suas atividades.

Observação: Em cada município deve ser elaborada a forma como será desenvolvido o trabalho do ACS desde que atenda a Portaria nº 648/06. Hoje no Brasil, existem realidades muito diferentes. Além da ESF, EACS, ESB, e Agente de Endemias (Agente da Dengue) Portaria nº 1007/10, o Ministério da Saúde também incentiva financeiramente o Programa de Combate as Carências Nutricionais, Ações de Vigilância Sanitária e Assistência Farmacêutica Básica.

7.3 Cartão nacional de saúde - SUS



Figura 7.1: Cartão Nacional de Saúde
<http://www.camarasorriso.mt.gov.br/les>



Criado em 1988, pela Constituição Federal, o SUS tem como principal finalidade oferecer a população acesso ao atendimento público de saúde. Antes de sua formação, a assistência médica era responsabilidade do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Entretanto, ela era restrita aos empregados que contribuíssem contribuíam com a previdência. O Sistema Único de Saúde possui várias unidades espalhadas pelo país, incluindo postos e centros de saúde, hospitais universitários, serviços de vigilância sanitária, hemocentros, órgãos de vigilância ambiental, de vigilância epidemiológica e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ (Fundação de Pesquisa) e o Instituto Vital Braz.

Para facilitar o atendimento à população, criou-se o Cartão Nacional de saúde (SUS), que traz toda a informação pessoal do usuário. Este documento ainda fornece os dados sobre os procedimentos clínicos realizados pelo paciente e os nomes dos medicamentos que ele utiliza, especialmente dos que possuem maior custo.

Hoje, o SUS atende milhares de usuários que, através do cartão, podem ser devidamente registrados. Para organizar todas essas informações, o sistema é frequentemente atualizado, desta forma, o médico que presta o atendimento fica sabendo de tudo o que já foi feito com a pessoa que está sendo atendida.

O histórico emitido é totalmente confiável, já que o Sistema Único de Saúde é uma entidade íntegra, que preza pela qualidade dos serviços prestados. A utilização do cartão diminui a possibilidade de fraudes, pois, toda vez que uma consulta ou medicamento é solicitado, fica registrado para quem ele foi entregue.

O cadastramento do usuário é fácil e rápido, basta ir ao posto de sua cidade ou a qualquer unidade básica de saúde, portando o RG, CPF (Cadastro de Pessoa Física), comprovante de endereço (conta de luz, telefone, água, etc.) e número do PIS/PASEP.

O cartão SUS é importantíssimo e fundamental na marcação de consultas, dentre outros serviços, pois ele torna muito mais prático e rápido o processo de agendamento e atendimento.

7.4 O SUS tem problemas?

Uns dos maiores problemas do SUS é a falta de recursos financeiros. Com o princípio da universalização, colocado em prática após a implantação do SUS, o número de pessoas que deve ser atendido pelo sistema público aumentou. Para que toda a população seja atendida com dignidade e qualidade, é necessário um aumento de investimento em saúde.

Os valores de investimento com saúde no Brasil são demonstrados com base numa série histórica, cujos valores apresentam-se como resposta ao controle social no SUS. O financiamento é destinado ao cumprimento das legislações específicas para o pagamento de serviços e procedimentos de saúde em todos os níveis de complexidade. Se comparado com outros países da América Latina, em 1990 o Brasil teve um gasto per capita semelhante ao

da Argentina, Chile e Uruguai, No entanto, foi o país que apresentou uns dos piores indicadores de níveis de saúde, como expectativa de vida, taxa de mortalidade infantil, mortalidade materna e cobertura vacinal.

Outro problema é a pouca participação dos estados que, com a municipalização da saúde, retiram progressivamente os investimentos no financiamento do SUS, alocando em média, por exemplo, no ano de 1995, 3,8% do seu orçamento para a área da saúde. Os municípios, em geral, aplicaram, no mesmo ano, cerca de 8,7% de seus orçamentos na área da saúde.

Com a diminuição de recursos do governo federal, os estados e municípios têm que investir cada vez mais em saúde. O art. 33 da Lei Federal nº 8080/90 cita que os recursos financeiros são oriundos do orçamento da Seguridade Social e de outros orçamentos da União, além de outras fontes. O pouco detalhamento das fontes e omissão dos percentuais orçamentários destinados à saúde, com conseqüente redução de recursos para o setor, fez com que vários setores se organizassem para que fosse proposta uma emenda constitucional que fixasse percentuais de destinação dos orçamentos da União, estados e municípios para a área da saúde. Desde o ano de 1996, esta proposta vinha sendo discutida pela Assembleia Legislativa e Senado Federal e, finalmente, em meados do ano de 2000, foi aprovada a proposta de emenda constitucional nº 29 (EC 29), com as seguintes determinações, as quais até hoje não saíram do papel:

- A União terá que agregar 5% a mais ao Orçamento da Saúde com base no repasse de 1999. O reajuste fica atrelado à variação nominal do Produto Interno Bruto;
- Os Estados terão que gastar, no mínimo, 7% dos seus orçamentos com saúde em 2000. O percentual deve chegar a 12% até 2004;
- Os Municípios comprometem 7% de suas contas em 2000, chegando a 15% também em 2004.

A emenda define que não são considerados gastos em “ações e serviços públicos de saúde” as despesas com inativos e pensionistas, dívidas, assistência médica e odontológica específica para servidores, serviços de limpeza pública e tratamento de resíduos sólidos, ações de saneamento e ações financiadas com transferências voluntárias da União ou do Estado.

Não há dúvida da necessidade premente de se aumentar os investimentos públicos em saúde, cujo destino deve ser claramente definido, para que a prioridade seja sempre a necessidade da população, e não mais o corporativismo de empresas multinacionais de medicamentos que provocam aumento desenfreado de custos no Sistema de Saúde, sem a melhoria dos níveis de saúde.

7.5 O “SUSesso” do SUS

O SUS está sendo construído e, para efetivação e aprimoramento integral das diretrizes do Sistema, é necessário à participação de todos os cidadãos nos conselhos de saúde (local, regional e municipal).

Afinal, o que significa Cidadania?

Os dicionários, em geral, definem cidadania como: estado ou qualidade de cidadão.

“... a cidadania inclui, além dos direitos civis e políticos, os direitos sociais que se referem às condições de vida e trabalho e ao acesso a bens e serviços reconhecidos pela sociedade como mínimos indispensáveis a uma vida digna”.

Uma das coisas mais importantes conseguidas na Constituição Federal de 1988 foi a garantia da participação da população no Sistema Único de Saúde. Isto é exemplo de exercício da cidadania através do controle social.

7.6 Controle Social: O que é isso?

O controle social é a participação na definição de prioridades e metas; bem como a fiscalização do poder público para impedir a ação inadequada do uso dos recursos públicos.

No Conselho Municipal de Saúde, a população usuária, os trabalhadores de saúde, a administração pública (municipal e estadual) e os representantes de prestadores de serviço de instituições privadas e filantrópicas buscam, juntos, uma solução para os problemas de saúde.

As conferências municipais de saúde também são espaços decisivos para participação da sociedade na definição e na avaliação da política pública de saúde.

7.7 O que é Conselho Regional de Saúde?

O conselho regional é uma instância de participação dos conselhos locais de saúde e de outras entidades sociais da área que atuam na defesa dos interesses regionais da comunidade.

Essas entidades congregam e sistematizam, em nível regional, as necessidades da população e também contribuem com as diretrizes dos serviços de saúde para o município.

7.8 Conselhos Locais de Saúde

No Brasil, a saúde, muitas vezes, ocupa espaço na imprensa de forma negativa: mau atendimento, cobranças indevidas, filas grandes, falta de vagas, etc.

Isso está mudando e pode mudar ainda mais com a implantação dos “Conselhos Locais de Saúde”. A comunidade organizada pode participar colaborando com a qualidade dos serviços de saúde.

7.8.1 Como criar o Conselho Local de Saúde?

Os Conselhos Locais são criados pelas conferências locais de saúde. Por isso, é fundamental a participação de todo grupo organizado para que sejam discutidos os problemas de saúde. O Conselho, depois de eleito, deve definir as normas de funcionamento e montar o regimento interno.

7.8.2 As funções do Conselho Local de Saúde são:

- Atuar na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde com função consultiva e fiscalizadora sobre os serviços locais de saúde.
- Fiscalizar a execução do plano e das políticas municipal e local de saúde.
- Detectar irregularidades e buscar soluções.
- Elaborar propostas e sugestões para o Conselho Municipal e a Conferência Municipal de Saúde.



Figura 7.2: participação da comunidade na gestão do SUS

Fonte: www.google.com.br - cerestpinda.blogspot.com

O Conselho de Saúde ainda pode:

- pesquisar as condições de vida e os problemas de saúde do bairro;
- priorizar soluções para problemas urgentes;
- participar da elaboração de atividades a serem realizadas pela unidade como: novos programas, forma de agendamento de consultas, etc.;
- elaborar formas de comunicação para divulgar os serviços prestados pela unidade;
- receber denúncias de irregularidades e fazer apurações.

7.8.3 Como o Conselho Local de Saúde pode planejar suas ações?

É muito importante que o Conselho Local de Saúde não fique preso apenas ao problema da falta de médicos e medicamentos, mas que além destes pontos passe a pensar sobre aspectos que determinam a condição de saúde e da doença.

Desenvolver um trabalho que objetive a mudança das condições da população exige que a equipe da Unidade de Saúde e o Conselho Local de Saúde conheçam bem a área de abrangência sob sua responsabilidade, suas micro-áreas de maior risco de adoecer, a condição de seus domicílios e de acesso aos serviços de saúde.

Para planejar suas ações, o conselho pode optar pelo Método Altadir do Planejamento Popular – MAPP. Este método permite selecionar os problemas

mais importantes e estabelecer o que fazer, quem vai fazer e quando fazer. Permite criar uma disciplina de análise em grupo, para enfrentar os reais problemas de sua área de responsabilidade.

O planejamento, através do MAPP, deve ser realizado por quem vai executar as operações que foram traçadas, isto é: planeja quem executa. Além deste princípio, é preciso analisar a condição de governabilidade sobre o problema e a sua importância antes de priorizar o que será trabalhado pelo grupo. Respeitando estes princípios, o resultado atingido com certeza será bom, o que deixa o grupo animado para continuar agindo com compromisso.



Assista ao filme **Sicko** (traduzido é SOS Saúde). Reflita sobre o sistema de saúde do Brasil (SUS) e os demais países do mundo. Troque ideias com os colegas de sala e do trabalho

Resumo

Agora podemos nos sentir conhecedores do Sistema Único de Saúde, o SUS. É importante entender que é um processo que caminha com dificuldades, pois temos um país continental em seu tamanho e uma população doente devido ao pouco investimento em saúde preventiva e saneamento básico.

Atividades de aprendizagem

- Apresente aos membros do Conselho Municipal de Saúde de sua cidade, os objetivos e a importância do profissional do curso técnico de Reabilitação em Dependência Química na composição de uma equipe multiprofissional. Depois encaminhe à coordenação do curso, relato sucinto apresentando os aspectos positivos e negativos de sua participação na reunião.





Aula 8 - Saúde coletiva

Das aulas que tivemos até agora, trabalhamos as Políticas Públicas de Saúde desde o descobrimento do Brasil até o SUS, porém não acaba aqui. Daremos continuidade nas ações da Saúde Pública. Você conhecerá o Processo de Trabalho em Saúde.



Figura 8.1: Saúde Pública Brasileira

Fonte: www.fotolog.com/saudepublica

Para alguma dúvida acerca da diferença entre Saúde Pública e Saúde Coletiva. A meu ver não vejo diferença entre ambas, mas se destaca que a Saúde Coletiva vem atendendo a mudança da política de saúde e sociais no país, buscando em alguns artigos, dissertações, teses e livros. Deixamos aqui uma reflexão de diversos autores, quem sabe possamos criar um novo conceito que atenda a Saúde Pública (vacina) e que estimule ainda mais a participação social da responsabilidade do **sujeito** não como apenas **usuário**, e sim em **cidadão**, que tenha a responsabilidade na mudança da qualidade de vida; **ser sujeito de transformação social com responsabilidade e deveres de responder o exercício de cidadania.**



Figura 8.2: Dra. Zilda Arns

Fonte: <http://www.arquidioceseolindarecife.org>

A Pastoral da Criança, hoje presente em 27 países, foi destaque da **1.ª edição do Prêmio ODM Brasil, em 2005.**

“A atuação desta grande mulher e grande sanitarista brasileira foi essencial para elevar a criança a uma condição prioritária dentro das políticas públicas brasileiras”, afirmou o ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão. “Morreu em missão, como viveu toda a sua vida.”

A garantia de assegurar saúde para a comunidade não é responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde e sim de responsabilidade de todos os cidadãos, para quem sabe poderemos cobrar de fato a responsabilidade do Estado, com o papel de monitorar, avaliar, fiscalizar através de auditoria os serviços de saúde prestadores ou não do SUS. E se abre uma proposta para a mudança do 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” (BRASIL, 1988).

O que se está ressaltando, contudo, é que o objetivo de produzir saúde seria comum a todas as práticas em saúde e não somente àquelas vinculadas à saúde pública. Toda prática sanitária, em alguma medida, estaria obrigada a produzir algum valor de uso; no caso, algum coeficiente de bem-estar. Ainda que junto se produzam também **iatrogenia** e controle social. Nenhum bem ou serviço pode desvincular-se completamente da obrigação de atender a necessidades sociais. O que varia é o grau e a qualidade com que são atendidas as necessidades. A saúde pública e a clínica se diferenciam pelo recorte do objeto de intervenção. A saúde coletiva, pensada como núcleo de saberes e práticas, recorta parcela do objeto processo saúde/doença de maneira diferente à clínica, ou aos outros programas sociais, mantendo, contudo, o mesmo objetivo: produzir saúde.

Qual seria, então, o objeto da saúde coletiva? Para responder a essa questão haveria de se investigar a história concreta. Afinal o recorte do objeto da saúde coletiva é bastante influenciado pela dinâmica política (Donnangelo, 1983) e varia conforme a correlação de forças, a ação do Estado e de distintos atores sociais. De qualquer forma, diversos autores vêm dando indicações desse objeto: centralmente o processo saúde/doença/ intervenção em sua dimensão mais coletiva a saúde pública.

Para Basaglia (1985), “inventar saúde” implicaria mais do que uma invenção técnica; já que ele ligava essa noção à de “reprodução social do paciente”.

A-Z

Iatrogenia

Refere-se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico.

Reprodução social entendida como exercício de cidadania e de participação social.

Em saúde pública, poder-se-ia trabalhar com a ideia de mudança tanto das estruturas, sua democratização e das normas de direito, quanto da capacidade reflexiva e de iniciativa dos sujeitos individuais e coletivos. A reconstrução da saúde coletiva passaria por um deslocamento de ênfase, antes foi a doença, depois as estruturas, agora se trata de também valorizar o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos. No entanto, esse deslocamento de ênfase não pode significar abandono das outras dimensões. Assim, como produzir sujeitos saudáveis sem considerar a doenças ou a possibilidade de se enfermar. Ou sem avaliar criticamente aspectos estruturais (ambiente, leis, normas etc.).

Na realidade, valeria buscar uma nova dialética entre doença, saúde, estruturas e sujeitos, que não seria nem a antidialética positivista da medicina, que fica com a doença descartando a responsabilidade com a história dos sujeitos concretos, nem o estruturalismo da saúde pública tradicional, que delegava ao Estado e ao aparato técnico quase toda a responsabilidade pela produção de saúde.

Saúde Coletiva é uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referido à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. As origens do movimento de constituição deste campo remontam ao trabalho teórico e político empreendido pelos docentes e pesquisadores de departamentos de instituições universitárias e de escolas de Saúde Pública da América Latina e do Brasil, em particular, ao longo das duas últimas décadas

“Saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e para-médicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde”

Aula 9 - História natural da doença

Nesta aula trabalharemos a história natural do processo saúde versus doença e seus determinantes.

A história natural de uma doença abrange as etapas da inter-relação entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente. A partir do momento em que o estímulo patológico é criado no meio ambiente ou em outro lugar, ocorre a resposta do homem a esse estímulo, que resultará na sua recuperação, cronicidade da doença, invalidez ou morte.

A história natural de qualquer processo mórbido no homem compreende os períodos de pré-patogênese e de patogênese. Por meio da história e com auxílio da epidemiologia, é possível esquematizar as medidas preventivas.

A doença não é uma condição estática, é um processo que segue um curso mais ou menos natural. Este processo desenvolve-se como resultado de múltiplas causas que afetam a interação de:

A – agente **H** – homem **M** – meio ambiente.

Saúde → Pré Doença → Doença → Doença Crônica → Invalidez → Morte.

Fonte: Crivellaro (2003)

9.1 Agente patológico

Qualquer substância ou elemento (nutritivo, físico, químico ou biológico) cuja ausência ou presença pode desencadear ou perpetuar um processo patológico.

Sua participação no processo da doença depende de suas características biológicas, químicas ou físicas, das reações produzidas no homem, de suas reservas e fontes na natureza, e dos veículos e condições para a contaminação no homem. Ex.: vírus, bactérias, fungos, frio, calor, tóxico, poluição, etc.

- 1. Hospedeiro humano** - É o homem que irá desenvolver ou não a doença, dependendo da intensidade da agressão do agente e do meio ambiente, mas também, de acordo com a idade, sexo, raça, hábitos e costumes, nível educacional, características e reações psicológicas, mecanismos de defesa.

2. **Meio Ambiente** - O conjunto de todas as condições e influências externas ao homem que interferem na sua saúde física e mental. Os fatores ambientais são os físicos, sociais, econômicos e biológicos, tais como a geografia, clima, saneamento, renda familiar, condições de habitação e a cultura (tabus, lendas, tradições).
3. **Período de Pré-Patogênese** - É a fase que precede a doença, ou seja, o período de interação entre o agente potencial, o hospedeiro e o meio ambiente.
4. **Período Patogênese** - É o curso natural da doença durante a qual o homem interage com o estímulo (uma situação ambiental, um agente infeccioso) e apresenta como resposta inicial uma mudança nos tecidos ou uma reação alterada. A seguir, ocorrem alguns sinais ou sintomas que após a ação do tempo ou da terapêutica, provocarão a sua recuperação, cronicidade, invalidez ou morte.

A falta de informações corretas sobre o processo pré-clínico dificulta o diagnóstico precoce da patologia, o que acarretará prejuízos à saúde do homem, devido ao tratamento mais prolongado e/ou agressivo, a recuperação tardia ou a instalação de sequelas ou cronicidade.

9.2 História natural de uma doença no homem

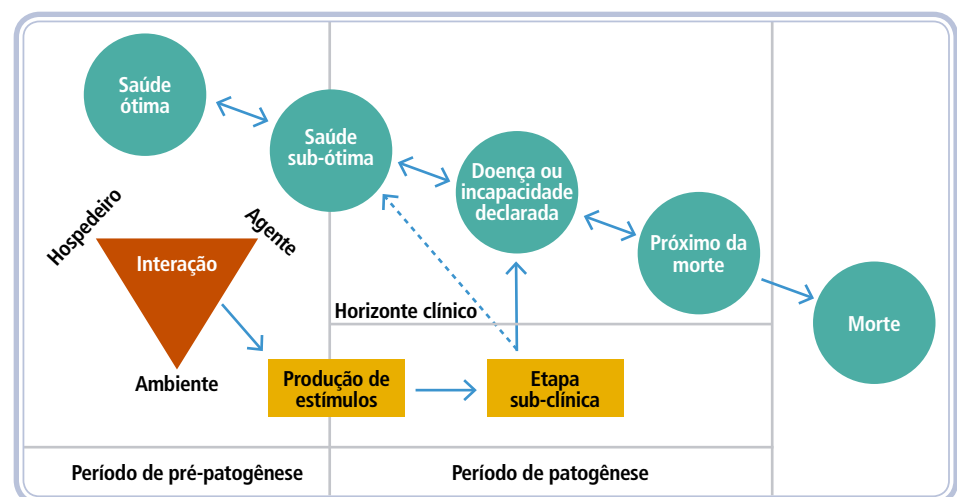


Figura 9.1: Esquema da história natural da doença no homem

Fonte: Minayo. Cadernos de saúde pública

A Saúde Pública estabelece medidas sanitárias que possam ser aplicadas economicamente a grande número de pessoas, com resultados satisfatórios para uma alta porcentagem delas, por exemplo: vacinação. Lembre-se que é um dever de todos nós mantermos nossa vacinação em dia, para não corrermos risco de pegar doenças evitáveis, como tétano, hepatite, etc.



Figura 9.2: Zé gotinha
Fonte: www.zegotinha.com.br

Resumo

Para bloquear a evolução da patologia, a prevenção exige uma providência precoce, uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença. A prevenção depende do conhecimento das inúmeras causas relacionadas com as características do hospedeiro, do ambiente e do meio ambiente e da facilidade ou dificuldade com que os fatores são anulados ou interrompidos. Os níveis de aplicação das medidas preventivas na história natural da doença são: período de pré-patogêneses e o período de patogênese.

Atividades de aprendizagem

- Falando em período de pré-patogênese e período de patogênese, descreva uma doença com característica que o agente etiológico é causado por vírus, que ocorre basicamente durante o ano todo.





Aula 10 - Níveis de atenção e prevenção à saúde

A partir desta aula, você terá um entendimento mais abrangente sobre os níveis de atenção à promoção e prevenção à saúde, para que possamos pensar no hoje, no amanhã e no futuro. Para bloquear a evolução da patologia, a prevenção exige uma providência precoce, uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença.

A prevenção depende do conhecimento das inúmeras causas relacionadas com as características do hospedeiro, do ambiente, do meio ambiente e da facilidade ou dificuldade com que os fatores são anulados ou interrompidos.

Os níveis de aplicação das medidas preventivas na história natural da doença são:

10.1 Fase de prevenção primária

Esses grupos de ações podem ser desenvolvidos por instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e indivíduos. Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Esses grupos compreendem um elenco bastante vasto e diversificado de ações, de natureza eminentemente preventiva, que, em seu conjunto, constituem um campo de aplicação precípua do que se convencionou chamar, tradicionalmente, de Saúde Pública, ou seja: o diagnóstico e tratamento científico da comunidade.

No campo da promoção, são exemplos de ações: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos, como os de cunho genético e sexual. Através dessas ações, são estimuladas as práticas da ginástica e outros exercícios físicos, os hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental e, em contrapartida, desestimulados o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, a promiscuidade sexual. No desenvolvimento dessas ações devem ser utilizados, de forma programática e sistemática, com emprego de linguagem adequada ao

público-alvo, os diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade: cartazes, rádio, jornal, televisão, alto-falantes, palestras e debates em escolas, associações de bairro, igrejas, empresas, clubes de serviço e lazer, dentre outros.

Fonte: Ministério da Saúde – S. N. A. S. – ABC do SUS.



Figura 10.1: Amamentação

Fonte: <http://mamaetuka.blogspot.com>

No campo da proteção, são exemplos de ações: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros.

Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar continuamente, o estado de saúde da comunidade e para desencadear, oportunamente, as medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde.

Fonte: Ministério da Saúde – S. N. A. S. – ABC do SUS.

10.2 Proteção específica

É a prevenção no seu sentido convencional. Ao empregar medidas dirigidas a uma doença ou grupo de doenças específicas, iremos interromper as causas das mesmas, antes que atinjam o homem.

Como as diversas causas dos processos patológicos encontram-se na comunidade, no lar e no meio ambiente de trabalho, combatem-se esses fatores por meios específicos aplicáveis ao agente, ao hospedeiro e meio ambiente, tais como: imunização específica, higiene pessoal, alimentação suplementar, proteção contra as substâncias carcinogênicas e alérgicas, proteção contra

os riscos ocupacionais, cloração da água, condições socioeconômicas e saneamento em geral.

Fonte: Ministério da Saúde – S. N. A. S. – ABC do SUS.

Resumo

1. Níveis de prevenção primária
 - Promoção à Saúde
 - Aleitamento
 - Planejamento familiar
 - Divulgação de informações
 - Educação para a saúde
2. Proteção específica
 - Imunização
 - Vigilância em saúde

Atividades de aprendizagem



1. Pesquise quais são os 10 (dez) passos do aleitamento materno?

2. Quais são os métodos contraceptivos que você conhece? E quais as vantagens e desvantagens dos mesmos?



Aula 11 - Níveis de atenção e prevenção à saúde

Nesta aula daremos continuidade aos níveis de atenção à saúde. Mas lembre-se: se não dermos conta da fase anterior, teremos que dar conta da fase secundária em relação ao diagnóstico precoce.



Figura 11.1: Prevenção de doenças

Fonte: radiosolaris.com.br

11.1 Fase de prevenção secundária

A necessidade de alertar para os sinais e sintomas iniciais de uma determinada doença e do processo saúde-doença, o diagnóstico precoce e o tratamento intervêm na melhora dos índices de investigação, na prevenção, controle e cura das patologias.

A detecção precoce e o pronto início do tratamento detêm um importante papel na redução da mortalidade e morbidade de diversas doenças.

11.2 Diagnóstico precoce e tratamento

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os de nível primário de assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde - o diagnóstico e o tratamento - visto que tais serviços representam a porta de entrada do sistema de saúde, onde a população toma os seus primeiros contatos com a rede assistencial.

O tratamento deve ser prestado ao paciente portador de qualquer alteração de sua saúde, desde uma afecção corriqueira, cujo atendimento pode ser

efetuado por pessoal de nível elementar, até uma doença mais complexa, que exige a atenção por profissional especializado e tecnologia avançada. O tratamento deve ser conduzido, desde o início, com a preocupação de impedir o surgimento de eventuais incapacidades decorrentes das diferentes doenças e danos.

11.2.1 Limitação da incapacidade

Devido à falha nos níveis de prevenção anteriores, ocorre um reconhecimento tardio da moléstia. Nesta fase, pretende-se prevenir ou retardar as consequências de doenças clinicamente avançadas.

Por conta do nível tardio de prevenção, as medidas são principalmente terapêuticas e voltadas para o homem: tratamento adequado para interromper o processo mórbido, evitar futuras complicações e sequelas, provisão de meios para limitar a incapacidade e evitar a morte.

Fonte: Ministério da Saúde – S. N. A. S. – ABC do SUS.

11.3 Fase de prevenção terciária



Figura 11.2: Reabilitação

Fonte: <http://www.jornalvicentino.com.br>

11.4 Reabilitação

Consiste na recuperação parcial ou total das capacidades no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional. Com essa finalidade, são utilizados não só os serviços hospitalares como os comunitários, visando à reeducação e treinamento, ao reemprego do reabilitado ou à sua colocação seletiva, através de programas específicos, junto às indústrias e ao comércio para a absorção dessa mão de obra.

As ações de recuperação da saúde, na maior parte das vezes, podem e devem ser planejadas, através de estudos epidemiológicos, de definição de co-

bertura e concentração das ações ambulatoriais e hospitalares, aplicando-se parâmetros de atendimento. No caso da atenção a grupos de risco, a previsão e planejamento destas ações tornam-se conjugadas às ações de promoção e proteção. Assim vistas, as ações de recuperação da saúde devem ser também geradas no diagnóstico e tratamento científico da comunidade, integrando junto às ações promotoras e protetoras, o que podemos chamar de moderna Saúde Pública, por exemplo: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Social com a reintegração na sociedade.

Fonte: Ministério da Saúde – S. N. A. S. – ABC do SUS.

Resumo

Nível de prevenção secundária.

Diagnóstico precoce e tratamento:

- Descoberta de casos e notificações;
- Programas para detectar deficiências auditivas e visuais;
- Controle das doenças transmissíveis;
- Diagnóstico precoce do câncer de mama e do colo de útero, diabetes, hipertensão arterial e nutrição adequada.

Limitações da incapacidade:

- Visitas domiciliares;
- Acompanhamento dos pacientes;
- Enfermagem na saúde pública.

Atividades de aprendizagem

- A hipertensão arterial é uma das doenças crônicas que elevam os indicadores de saúde no sexo masculino com alta taxa de mortalidade, sendo assim pesquise quais são os fatores de risco.





Aula 12 - Modelos de atenção à saúde

A partir desta aula daremos importância no que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS), que se constitui em um lócus singular e insubstituível do cuidado à saúde das pessoas, famílias e território por ser o ponto de atenção mais próximo da população. De acordo com os princípios doutrinários e organizacionais do SUS, de acesso, universalidade, integralidade, equidade, participação social, descentralização, regionalização e hierarquização, a APS é fundamental quando se quer garantir a saúde como direito de cidadania.

Segundo Mendes (2007), o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

O modelo médico-hospitalocêntrico vinha demonstrando sinais de esgotamento, por isso surgiu a necessidade de esboçar estratégias de saúde mais claras, que melhorasse os indicadores de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se porta de entrada para um sistema organizado com a finalidade de otimizar e potencializar os recursos e níveis de média e alta complexidade do sistema de saúde da população.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais a APS assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem 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 uni-

versalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.



Figura 12.1: Unidade Municipal de Saúde Rio Bananal

Fonte: <http://www.paradaviva.com>



As atividades serão realizadas em outras escolas da região de abrangência das Unidades de Saúde em Jundiá – SP, 18 de maio de 2011 - ojundiainse.com.br/saude/agentes-comunitarios-reforcam-acoes-de-combate-a-dengue - <http://www.google.com.br/imgres> -

12.1 Pacto pela saúde

O programa Pacto pela vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais. Os estados e municípios devem pactuar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos.

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008):

1. Atenção à saúde do idoso
2. Controle do câncer de colo de útero e de mama
3. Redução da mortalidade infantil e materna
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS
5. Promoção da saúde
6. Fortalecimento da atenção básica
7. Saúde do trabalhador
8. Saúde mental
9. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência
10. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência
11. Saúde do homem.

Fonte: Ministério da Saúde – S. N. A. S. – ABC do SUS.

Resumo

O modelo de atenção à saúde propõe um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, agregando valores não desenvolvidos anteriormente. Entre eles, citamos: Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do homem.

Aula 13 - Pacto em defesa do SUS

Trabalharemos os aspectos importantes na gestão, entre elas a valorização da relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão no SUS.

Expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e articula as ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. Expressa movimento de reopulização da saúde, com uma clara estratégia de imobilização social e buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes Federados e incluem regulamentação da emenda constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional.

13.1 Pacto de gestão

O Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação:

- Descentralização
- Regionalização
- Financiamento do SUS
- Planejamento no SUS
- Programação Pactuada Integrada (PPI)
- Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial
- Participação e Controle Social
- Gestão do Trabalho na Saúde
- Educação na Saúde

Fonte: Ministério da Saúde – S. N. A. S. – ABC do SUS.

13.2 A demanda por serviços de saúde

De acordo com Mendes (2001), existe atualmente, no mundo inteiro, uma pressão sobre o sistema de saúde motivada pelo aumento da demanda por bens, serviços e qualidade de vida. Os principais fatores da demanda por saúde são:

- 1. Mudanças demográficas** - O envelhecimento da população, visto que estudos feitos na Europa demonstram que as pessoas acima de 65 anos de idade consomem entre 5 a 12 vezes mais medicamentos que as pessoas abaixo desta idade. As pessoas idosas geralmente padecem de mais de uma patologia crônico-degenerativa (diabetes, hipertensão, artroses etc.), as quais demandam consultas e controle frequentes, bem como exames mais sofisticados.
- 2. Novas doenças** - Como AIDS, hepatite C, estresse, doenças cardiovasculares, traumas etc., que demandam diagnósticos e tratamentos sofisticados.
- 3. Novos tratamentos** - Como os recentes avanços na área do câncer e dos transplantes, que prolongam a sobrevida e aumentam a pressão pelo acompanhamento médico

Resumo

O SUS é uma política que avança de acordo com as necessidades situacionais seja no âmbito individual ou coletivo, porém requer um compromisso do gestor quanto à aplicação dos recursos, fortalecendo a municipalização e a regionalização dos serviços de saúde.



Atividades de aprendizagem

1. Pesquise quais são as vias de transmissão das hepatites B e C?

2. Como está o seu esquema de vacinação da Hepatite B? Lembre-se de que o esquema básico são 3 doses.
Busque no Site: www.saude.gov.br maiores informações sobre a doença.

Aula 14 - Saúde da família

Iniciaremos uma nova proposta em saúde, como a lógica da proximidade, pensando na organização do processo de acolhimento.

Segundo Richard Bach: O laço que une a sua família verdadeira não é de sangue, mas de respeito e alegrias pela vida um do outro. Raramente os membros de uma família se criam sobre o mesmo teto.



Figura 14.1: Saúde da família

Fonte: logo_familia.png - saude.al.gov.br superradiopiratinga.com.br

Com um percentual de 97,58% da população atendida, Teresina, a capital ostenta, entre todas as capitais do Nordeste e do Brasil, a primeira colocação em cobertura do Programa da Estratégia Saúde da Família (ESF ou PSF), assistindo 783.150 pessoas dos 802.537 habitantes. Esta informação é do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cujos dados são de abril de 2011.

A Saúde da Família é a estratégia que o Ministério da Saúde do Brasil escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção básica (BRASIL, 1997).

Essa estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e, em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes completas, incorporando a atuação dos agentes em uma proporção média de um agente para aproximadamente 575 pessoas acompanhadas (BRASIL, 1997).



Conforme o Ministério da Saúde (1997), a Unidade de Saúde da Família (USF) destina-se a "realizar atenção à saúde de forma contínua em uma localidade nas especialidades básicas, com equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção".



A população brasileira é de 190.755.799 habitantes, num total de 5.529 municípios existentes. Observe os quadros 2 e 3 com relação às estratégias de ACS e ESF.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2007, o Brasil já contava com 27.324 equipes implantadas em 5.125 municípios, atendendo 46,6% da população brasileira. No mesmo ano, as equipes de saúde bucal já somavam 15,7 mil em 4,3 mil municípios, e os agentes comunitários já totalizavam 211 mil, distribuídos por 5,3 mil municípios (Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde em 11/06/2008).

Quadro 02 – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil - 2011

Agentes Comunitários de Saúde							
Meses	Nº de Municípios com ACS	Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no sistema	Implantados	Estimativa da população coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
Abril	5.374	487.293	301.817	250.748	246.130	120.448.182	62,87
Mai	5.377	487.293	302.906	250.954	246.342	120.530.135	62,92
Junho	5.378	484.618	303.858	251.631	246.976	120.829.910	63,34
Julho	5.388	484.618	304.194	252.322	247.845	121.106.614	63,49
Agosto	5.391	484.618	305.034	253.001	248.521	121.516.425	63,7
Setembro	5.393	484.618	305.720	252.995	248.295	121.445.605	63,67

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.
MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

Quadro 03 – Estratégia Saúde da Família no Brasil – 2011

Agentes Comunitários de Saúde							
Meses	Nº de Municípios com ESF	Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no sistema	Implantados	Estimativa da população coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
Abril	5.279	79.844	40.368	32.519	31.981	101.097.004	52,77
Mai	5.281	79.844	40.545	32.458	31.960	100.963.084	52,7
Junho	5.282	79.494	40.605	32.496	32.029	101.181.210	53,04
Julho	5.273	79.494	40.665	32.517	31.945	100.960.128	52,93
Agosto	5.284	79.494	40.728	32.612	32.079	101.309.191	53,11
Setembro	5.288	79.494	40.820	32.637	32.081	101.336.637	53,12

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.
MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

O único remédio infalível contra todas as doenças é não ficar doente. Um caminho seguro para buscar esse objetivo é garantir que as pessoas tenham acesso aos serviços de atenção básica, como se dá na Estratégia Saúde da Família (ESF): pela promoção da saúde, assistência básica e prevenção, cada pessoa da comunidade é assistida antes que os problemas se agravem, no seu surgimento, ou antes, mesmo que eles apareçam (BRASIL, 2001).

14.1 Objetivos do modelo de saúde da família

De acordo com o Ministério da Saúde (1997), no documento intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, os objetivos da implantação do modelo saúde da família são:

- Prestar assistência integral, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população **adscrita**.
- Intervir sobre os fatores de risco a que a população está exposta.
- Humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

A-Z

Adscrita

1. Aditamento ao que já foi escrito. 2. Registro, inscrição, transcrição.

14.2 Princípios operacionais da ESF

De acordo com Brasil (2001), são princípios operacionais da ESF:

- A definição territorial/adscição da clientela.
- A organização do processo de trabalho para a resolução dos problemas identificados no território.
- A noção da família como foco da assistência.
- O trabalho em equipe interdisciplinar.
- Os vínculos de coresponsabilidade entre os profissionais e as famílias assistidas.

- A noção de que as ações devem-se caracterizar pela integralidade, resolutividade (capacidade de solucionar os problemas de saúde da comunidade) e intersetorialidade (colaboração entre os diferentes setores).
- A importância do estímulo à participação social.

Resumo

Considerando que as equipes da ESF estão voltadas para as comunidades locais, com maiores necessidades de intervenção nas ações básicas de saúde, e associado ao grande número de implantação de novas equipes de Saúde da Família e alto índice rotatividade dos profissionais em equipes já implantadas, urge a necessidade da realização de cursos introdutórios em Saúde da Família para capacitação e instrumentalização desses novos profissionais.

Sabe-se também, que após os processos de qualificação de RH, pouco se faz para garantir um processo de Educação Permanente capaz de colaborar na consolidação do aprendizado, na troca de experiência e na oportunidade de integração ensino serviço.



www.saude.gov.br ou www.google.com.br digite; Portaria 2488/2011 do MS

A Saúde da Família é uma estratégia que busca garantir um modelo coerente com os princípios de reforma sanitária, visando uma assistência integral que vigie a saúde continuamente.



Atividades de aprendizagem

- Preencha o quadro abaixo dos últimos 6 meses referentes ao município de Residência:

Nº de ACS e os demais são da Equipe da ESF.

Equipe de Saúde da Família nos últimos 6 meses							
Meses	Nº de ACS	Equipes ESF	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no sistema	Implantados	Estimativa da população coberta	Proporção de cobertura populacional estimada

Fonte: www.dab.gov.br –Evolução das equipes Saúde da Família.

Aula 15 - Organização das unidades de saúde da família I

A partir desta aula trabalharemos o funcionamento, a dinâmica da organização do processo de trabalho dos profissionais da ESF, através da base territorial, como diagnóstico situacional das condições de saúde, social e econômica.

As USF funcionam segundo algumas diretrizes operacionais e conceitos próprios (BRASIL, 2001). Vejamos melhor cada uma:

- 1. Adscrição da clientela:** cada unidade é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a uma área (território de abrangência). Cada USF pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas, com 2.400 ao limite máximo de 4.000 habitantes.
- 2. Cadastramento:** as equipes deverão realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas aos domicílios, de acordo com a área territorial que foi preestabelecida para a adscrição.
- 3. Integralidade e hierarquização:** a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, chamado "atenção básica". Necessita estar vinculada à rede de serviços, de maneira que seja garantida atenção integral aos indivíduos e às famílias e que sejam asseguradas a referência e a contrarreferência para níveis superiores de complexidade.
- 4. Equipe multiprofissional:** cada equipe é composta, no mínimo, de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 5 a 12 agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) faz a busca ativa, a equipe vai às casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, age para evitar as doenças, para curar os casos em que ela já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde (BRASIL, 2001).

15.1 Atribuições das equipes

As equipes de Saúde da Família devem estar capacitadas para:

- Identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias adscritas.
- Reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos a que a população está exposta.
- Planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde-doença.
- Atender à demanda programada ou espontânea.
- Utilizar corretamente o sistema de referência e contrarreferência.
- Promover educação à saúde e melhorar o autocuidado dos indivíduos.
- Incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas identificados.

15.2 Composição das equipes de saúde da família

15.2.1 O Profissional Médico

O médico de família deve ter sólida formação geral, visto ter por função atender todos os componentes da família, independentemente de sexo ou idade. Deverá acompanhar os indivíduos, as famílias e a sociedade em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas nos momentos do adoecer. Por conhecer pessoalmente as famílias de assiste, sente-se responsável pela saúde da comunidade onde atua. Ele cuida de cada um e cuida de todos.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), as principais atribuições médico da família são:

- Prestar atenção integral aos indivíduos.
- Valorizar a relação médico-paciente e médico-família como parte do processo terapêutico.
- Aproveitar os contatos com a comunidade para abordar aspectos de educação em saúde.

- Empenhar-se em manter as pessoas saudáveis.
- Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em seu território.
- Executar as ações de assistência, inclusive primeiros atendimentos nas urgências e pequenas cirurgias.
- Promover a qualidade de vida.
- Ajudar a desenvolver, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania.
- Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades.

1. Características desejáveis em um médico de família:

- Gosto pelo trabalho em equipe.
- Sensibilidade para aspectos psicológicos e sociais.
- Capacidade para adaptar-se a situações novas e desejo de estar sempre se atualizando.
- Facilidade no trato com pessoas de diferentes faixas etárias.
- Habilidade em planejamento e programação.
- Equilíbrio.
- Resistência a frustrações.
- Empatia.

Resumo

Para o processo de trabalho em equipe multiprofissional faz-se necessário um investimento em recursos humanos, principalmente no tocante as deficiências quantitativas e qualitativas de profissionais de saúde para desenvolverem esta estratégia.

A necessidade de transformação das práticas sanitárias, e o crescente processo de implantação de novas equipes de Saúde da Família têm demandado entre outras ações o redirecionamento dos processos de capacitação.



Atividades de aprendizagem

1. O seu município tem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)? Quais são e qual é a carga horária semanal dos profissionais que compõem a equipe NASF?

2. O seu município implantou o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)? Quais são e qual é a carga horária semanal dos profissionais que compõem a equipe CAPS?

Aula 16 - Organização das unidades de saúde da família II

Nesta aula trabalharemos com profissionais que atuam diretamente com a comunidade, ou seja, no passo a passo na educação em saúde, tanto no acompanhamento dos programas, quanto na busca ativa.

16.1 Composição das equipes de saúde da família

16.1.1 O Profissional Enfermeiro

O enfermeiro desenvolve seu processo de trabalho em dois locais: na Unidade de Saúde, junto à equipe de saúde, e na comunidade, onde apoia e supervisiona o trabalho dos ACS e assiste as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem.

Os enfermeiros acompanham e promovem a capacitação dos agentes e auxiliares, são coresponsáveis pela administração da unidade, além de atuarem na assistência com ênfase na promoção da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2001) as atribuições básicas do enfermeiro são:

- No nível de sua competência, responsabilizar-se pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica.
- Capacitar os ACS e auxiliares de enfermagem.
- Aproveitar os contatos com a comunidade para promover ações de educação em saúde.
- Promover a qualidade de vida, contribuindo para tornar o meio ambiente saudável.
- Discutir junto à equipe da unidade, aos indivíduos e às famílias de sua área de atuação, as relações existentes entre cidadania e saúde.

- Programar e planejar as ações e a organização do trabalho da unidade, em conjunto com os demais profissionais da equipe.

Para atuar no Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), os profissionais de enfermagem são preparados por meio de cursos de especialização ou residência em enfermagem.

Segundo Brasil (2001), as características desejáveis em um enfermeiro que atue na Saúde da Família são:

- Ter liderança.
- Gostar de trabalhar tanto em equipe, quanto no planejamento e programação em saúde.
- Ter empatia.
- Ter capacidade de organizar grupos e reuniões comunitárias.
- Interessar-se pelos aspectos psicológicos e sociais do processo saúde-doença.
- Praticar adequadamente as funções de saúde pública.

16.1.2 O profissional auxiliar de enfermagem

O auxiliar de enfermagem desenvolve suas ações na Unidade de Saúde, nos domicílios e na comunidade. Segundo o Ministério da Saúde (2001), as principais atribuições desse profissional nas equipes de ESF são:

- Atuar, junto aos ACS, na identificação das famílias de risco.
- Auxiliar os ACS nas visitas domiciliares.
- Acompanhar as consultas de enfermagem.
- Executar, segundo a sua qualificação profissional, procedimentos de vigilâncias sanitárias e epidemiológicas.
- Compartilhar de discussões e da organização do processo de trabalho da Unidade de Saúde

16.1.3 Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Orientado pelo profissional médico e enfermeiro da Unidade de Saúde, o ACS vai de casa em casa e anota todas as informações úteis à saúde da comunidade. Em sua maioria, os agentes são mulheres. Alguns homens, porém, adaptam-se perfeitamente à função. Esse fato deve ser incentivado principalmente em regiões de difícil acesso, lugares isolados, com risco de violência ou de elevada concentração de população masculina.

O agente comunitário é responsável pelo acompanhamento de 400 a 750 pessoas da comunidade que vive no seu território de atuação. Ele é, necessariamente, morador da localidade onde trabalha e, por isso, estão totalmente identificados com sua comunidade, seus valores, seus costumes e sua linguagem. Para Brasil (2001), a capacidade de liderança de cada agente comunitário pode se converter em ações que melhoram as condições de vida e de saúde dos moradores do local.

O ACS desenvolve suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e participa da programação das unidades, onde, também, suas atividades são supervisionadas.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), as principais atribuições dos ACS são:

- Mapear sua área de atuação.
- Cadastrar as famílias de sua área, mantendo esse cadastro sempre atualizado.
- Verificar os indivíduos e famílias expostos a situações de risco.
- Realizar visitas domiciliares mensais.
- Obter dados para análise da situação das famílias acompanhadas.
- Desenvolver ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida.
- Incentivar a formação de conselhos locais de saúde.

- Informar à equipe sobre a dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades.
- Compartilhar dos processos de programação e planejamento local de ações de saúde.

As características desejáveis em um agente comunitário de saúde (ACS) são:

- Liderança
- Empatia
- Dinamismo
- Discrção
- Capacidade de planejar e programar
- Gosto por ações educativas
- Simpatia
- Entender a importância fundamental de seu trabalho
- Conhecer sua comunidade.

A ficha a seguir serve de levantamento das condições encontradas na visita às famílias, o que auxilia conhecer características em comum de determinadas comunidades.

Frente da ficha A – Estratégia Saúde da Família/ACS/Plano Diretor do Estado do PR/SESA/DEAB

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA - SIAB/SIF			UF: <input type="text"/>
CUBO:		Nº FICHA IDENTIFICADORA DO FAMILIAR		DATA	
EQUIPE E RESPONSÁVEL		NÚMERO		COMPLEMENTO	
ENDEREÇO		BARRIO			
MUNICÍPIO		SEGMENTO		ÁREA	
TELEFONE		MUNICÍPIO		FAMÍLIA	
LOCALIZAÇÃO: Zona Urbana () Zona Rural ()		PONE CONTATO		CEP	
SITUAÇÃO DE MORADIA E SANEAMENTO		Previdência:			
TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO			
Tipo/Arquit.		Filtragem			
Tela revestida		Recura			
Tela não revestida		Cloração			
Materia		Sem tratamento			
Material apropriado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA			
Cabo fibra		Rede pública			
Outro - Especificar:		Poço ou nascente			
Número de colmeias / peças		Outro			
Energia elétrica		DESTINO DE FEZES E URINA			
DESTINO DO LIXO		Sistema de esgoto (rede geral)			
Coletado		Fossa			
Queimado / Enterrado		Caju aberto			
Caju aberto		Fossa negra			
OUTRAS OBSERVAÇÕES					
Alguém da família possui Plano de Saúde?		Nº de pessoas cobertas por Plano de Saúde?			
EM CASO DE DOENÇA PRODUZIDA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS			
Hospital		Cooperativa			
Unidade de Saúde		Grupo religioso			
Bancários		Associações			
Família		Sindicatos			
Outro - Especificar:		Outro - Especificar:			
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA			
Rádio		Ônibus			
Televisão		Caminhão			
Telefonia		Carro			
Internet		Carranga			
Outro - Especificar:		Outro - Especificar:			
ATIVIDADES PRODUTIVAS E DOMICILIARES		TIPO DE INTERAÇÃO E RELACIONAMENTO COM O ACS E O EQUIPE DE SAÚDE			
Sim		Não		Sim	
				Não	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA FAMÍLIA					
BAIXO RISCO (ESCORE: 0 - 1)		MÉDIO RISCO (ESCORE: 2 - 3)		ALTO RISCO (ESCORE: 4 - 5)	
OBSERVAÇÕES:					



Aula 17 - Programas nas Unidades de Saúde

Nesta aula buscaremos entender a dinâmica do processo de trabalho na vigilância à saúde, nos programas dentro das Unidades de Saúde, no diagnóstico precoce, na notificação, monitoramento, avaliação e no tratamento das doenças.

17.1 Vigilância à saúde

17.1.1 Vigilância Epidemiológica

Conceito de vigilância epidemiológica, segundo a Lei 8.080:

“Conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

A epidemiologia considera como estudo da distribuição da doença e agravos de seus determinantes nas populações, e pode ser dividido em dois segmentos:

- Descritivo: Procura responder às perguntas: Quem? Quando? Onde?
- Analítica: Busca os determinantes do processo em questão, ou seja: Por quê?

Essas ações de atividades são capazes de proporcionar conhecimento necessário sobre o comportamento de determinada doença ou agravos a saúde e de seus fatores condicionantes, de forma a racionalizar e tornar oportuna a aplicação de medidas, que venha interromper a cadeia epidemiológica nas doenças transmissíveis (DT), como criar mecanismos de controle e prevenção nas doenças não transmissíveis.

São itens a serem considerados nesta ação:

1. Agente causal específico: bactéria, vírus, outros.
2. Reservatório: homem ou animal que abriga o agente causador, apresentando ou não a doença.

3. Porta de saída: local (boca, nariz, aparelho digestivo, etc.) por onde o agente causador sai para infectar.
4. Modo de transmissão: é a maneira como o agente causador passa do doente para o sadio (novo hospedeiro).
5. Porta de entrada no novo hospedeiro: é o local por onde o agente causador entra para o organismo.
6. Suscetibilidade: é a capacidade de o novo hospedeiro enfrentar o agente causador ou ter a doença.

O elo desta cadeia pode ser quebrado ou rompido através da adoção de medidas. Por exemplo: com a vacinação ataca-se o elo de 6 (seis), eliminando os suscetíveis, protegendo as pessoas, permitindo que o organismo crie defesas contra as doenças, interrompendo a cadeia de transmissão. As atividades de vigilância epidemiológica são componentes imprescindíveis para o controle de doenças ou agravos a saúde e devem ser escutados em todos os níveis de prestação de serviços (local, municipal, regional e central).

17.1.2 Funções da Vigilância Epidemiológica

Reunir informações necessárias e atualizadas; processar, analisar e interpretar dados; realizar investigação epidemiológica; fazer recomendações para a realização de ações de controle que podem ser imediatas, a médio ou a longo prazo, e retroalimentar as fontes notificadoras.

O Ministério da Saúde estabeleceu através da Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional.

“Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.”



Que tal conhecer a lista das doenças e agravos de notificações compulsórias? Para isso consulte o site do Ministério da Saúde, acessando www.saude.gov.br/sinan_net

Resumo

Nesta aula pudemos perceber a importância da vigilância epidemiológica na notificação, no controle, no monitoramento e na avaliação das doenças e agravos, sempre buscando os determinantes descritivos (Quem? Quando? Onde?) e os analíticos (Por quê?).



Aula 18 - Doenças infectocontagiosas

Nesta aula trabalharemos com uma das doenças aguda e crônica comum transmitida por sangue, a Hepatite.

18.1 Hepatites virais

A infecção, quer seja pelo VHB e/ou pelo VHC, apesar de estar em declínio em muitos países, tem o diagnóstico da doença hepática causada especificamente pelo VHC ainda em elevação. A doença hepática associada à hepatite C está entre as dez maiores causas de morte. Cerca de 70% das mortes devidas às hepatites virais estão relacionadas com a hepatite C. A doença causada pelo VHC constitui uma das principais causas de transplante de fígado. Houve quase cinco vezes mais internações devidas à hepatite C nos últimos anos.

O rastreamento da fonte de infecção relacionada a cada caso é primordial na implantação de medidas de prevenção e controle adequadas. Em termos coletivos, a vigilância permite acompanhar a tendência da doença e avaliar as medidas de prevenção que estão sendo executadas. A realização de busca ativa auxilia na identificação de novos casos, principalmente entre os comunicantes. (Fonte: Ministério da Saúde - BRASIL, 2002 e BRASIL, 2010)

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, e têm grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas.

A distribuição das hepatites virais é universal, sendo que a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. No Brasil, há grande variação regional na prevalência de cada um dos agentes etiológicos. Devem existir cerca de dois milhões de portadores crônicos de hepatite B, e três milhões de portadores da hepatite C. A maioria das pessoas desconhece seu estado de portador e constitui elo importante na cadeia de transmissão do vírus da hepatite B (VHB) ou do vírus da hepatite C (VHC), que perpetua as duas infecções.

A principal via de contágio do vírus da hepatite A (HBA) é a fecal-oral; por

A-Z

Viremia

É a presença de vírus vivos no sangue circulante em um ser vivo.

contato inter-humano ou através de água e alimentos contaminados. Há grande quantidade de vírus presente nas fezes dos indivíduos infectados. A prática de sexo oro-anal pode ser responsável por alguns casos. A transmissão parenteral é rara, mas pode ocorrer se o doador estiver na fase de **viremia** dentro do período de incubação.

A disseminação está relacionada com o nível socioeconômico da população, e grau de saneamento básico, de educação sanitária e condições de higiene e da população. A doença é autolimitada e de caráter benigno. Cerca de 0,1% dos casos pode evoluir para hepatite fulminante, percentual que é maior acima dos 65 anos. Pacientes que já tiveram hepatite A adquirem imunidade para esta, mas permanecem susceptíveis às outras hepatites.

A transmissão do vírus da hepatite B (VHB) se faz por via parenteral, e, sobretudo, pela via sexual, sendo considerada doença sexualmente transmissível. A transmissão vertical (materno-infantil) também é causa frequente de disseminação do vírus. De maneira semelhante às outras hepatites, as infecções causadas pelo VHB são habitualmente anictéricas. Apenas 30% dos indivíduos apresentam a forma icterícia da doença, reconhecida clinicamente. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos infectados tornam-se portadores crônicos do VHB. Caso a infecção ocorra por transmissão vertical, a chance de cronificação é de 70 a 90%. Cerca de 20 a 25% dos casos crônicos com replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose).

O vírus da hepatite C é o principal agente etiológico da hepatite crônica anteriormente denominada não-A não-B. Sua transmissão ocorre principalmente por via parenteral. Em percentual significativo de casos não é possível identificar a via de infecção.

São consideradas populações de risco acrescido para a infecção pelo VHC por via parenteral: **a.** indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993; **b.** usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os equipamentos de uso; **c.** pessoas com tatuagem, piercing ou que apresentem outras formas de exposição percutânea (por exemplo: atendentes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, etc que não obedecem às normas de biossegurança). A transmissão sexual é pouco frequente (risco de 2 a 6% para parceiros estáveis) e, ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo). A coexistência de alguma DST – inclusive o HIV – constitui-se em um importante facilitador dessa transmissão. A transmissão da hepatite C de mãe para filho (vertical) ocorre

em 3-5% dos casos. Entretanto, já se demonstrou que gestantes com carga viral do VHC elevada ou coinfectadas pelo HIV apresentam maior risco de transmissão da doença para os recém-nascidos. Após contato com o VHC, a chance de cronificação da infecção é de 70 a 85% dos casos, sendo que, em média, um quarto a um terço deles evolui para formas histológicas graves no período de 20 anos. O restante evolui de forma mais lenta e talvez nunca desenvolva hepatopatia grave.

Quadro 18.1 Características das hepatites virais

Agente etiológico	Período de incubação	Forma icterícia	Cronificação
HAV	15 a 50 dias (média de 30 dias)	5% a 10% em < 6 anos 70% a 80% nos adultos	Não existem relatos de formas crônicas
HBV	15 a 180 dias	30%	90% em RN 5% a 10% após 5 anos
HCV	21 a 140 dias (media de 49 dias)	Cerca de 20%	70 a 85%
HDV	Semelhante ao da hepatite B, porém menor na superinfecção; 14 a 56 dias.	Variável	Variável
HEV	15 a 60 dias (média de 40 dias)	Variável	Não existem relatos de formas crônicas

Fonte: Acervo do autor.

18.2 Hepatite aguda

Não existe tratamento específico para as formas agudas das hepatites virais. O prognóstico é muito bom para hepatite A e E, e a evolução resulta em recuperação completa. O uso de medicações sintomáticas para vômitos e febre deve ser realizado quando pertinente. Entretanto, faz-se necessária a máxima atenção quanto às medicações utilizadas, já que se deve evitar o emprego de drogas que tenham potencial hepatotóxico. Recomenda-se repouso relativo até praticamente a normalização das aminotransferases, liberando-se progressivamente o paciente para atividades físicas.

Deve ser recomendado que o próprio paciente defina sua dieta de acordo com seu apetite e aceitação alimentar. A única restrição está relacionada à ingestão de álcool, que deve ser suspensa por seis meses no mínimo e, preferencialmente, por um ano. As drogas consideradas “hepatoprotetoras”, associadas ou não a complexos vitamínicos, não tem nenhum valor terapêutico. A administração de corticosteroide é totalmente contraindicada.

O acompanhamento clínico de pacientes com hepatite aguda deve compreender consultas médicas quinzenais no primeiro mês, e consultas mensais

até a resolução do quadro. Esses intervalos devem ser reduzidos, caso o profissional julgue necessário um acompanhamento mais intenso em função das alterações clínicas e laboratoriais. Do ponto de vista laboratorial, deve-se dosar aminotransferases, bilirrubinas, albumina e tempo de protrombina a cada consulta médica. Em todas as consultas deve-se checar a presença de critérios de gravidade. Caso apresente algum critério de gravidade, indica encaminhamento com urgência para Nível III (Centro de referência). Os aspectos clínicos que indicam gravidade são: vômitos repetidos, febre prolongada, hálito hepático, hemorragias espontâneas e sinais de encefalopatia hepática (sonolência e/ou agitação psicomotora, asterixe – “flapping”, torpor e coma).

Laboratorialmente pode-se avaliar a gravidade pela queda do tempo de protrombina que não responde ao uso de vitamina K por via parenteral; também se pode notar leucocitose e queda da albumina. De modo geral, o quadro clínico de uma hepatite A benigna se resolve em um período inferior a 6 meses (frequentemente inferior a 3 meses).

18.3 Hepatite crônica

É importante que no âmbito da atenção básica o atendimento seja, desde o início, voltado para ações simples que reduzam a chance de progressão para cirrose ou câncer de fígado, modificando ou desacelerando a história natural da doença. Nesse sentido, a orientação para o não consumo de bebidas alcoólicas, prevenção da coinfeção com HIV, controle de distúrbios metabólicos como a hiperlipidemia, obesidade e diabetes são essenciais. Cabe diagnóstico precoce, adequado encaminhamento (quando existir alterações clínicas e/ou laboratoriais) e orientação para evitar a transmissão domiciliar – não compartilhamento de utensílios e objetos de higiene contaminados com sangue (escova de dentes, barbeadores). Uma parcela dos casos de hepatite crônica necessitará de tratamento e, cuja indicação baseia-se no grau de acometimento hepático observado por biópsia. Os principais marcadores de lesão hepática são as aminotransferases. Pacientes sem manifestações de hepatopatia e com aminotransferases normais devem ser avaliados clinicamente e repetir os exames a cada seis meses. A elevação das aminotransferases em pelo menos duas datas distintas, com no mínimo 30 dias de diferença, no intervalo de seis meses, pode ser indicativo de lesão hepática. Nesta situação é necessária a realização de biópsia hepática para avaliar a indicação de tratamento específico (serviço de referência).

18.4 Imunização vacina contra hepatite B

A vacina contra hepatite B está disponível no SUS para as seguintes situações:

- Menores de um ano de idade, a partir do nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o parto. Caso não tenha sido possível, iniciar o esquema de vacina nas primeiras 12 horas de vida, fazê-lo o mais precocemente possível, na unidade neonatal ou na primeira visita ao Posto de Saúde.

A vacina contra hepatite B pode ser administrada em qualquer idade e simultaneamente com outras vacinas do calendário básico. A saber:

- crianças e adolescentes entre um a 24 anos de idade
- nos doadores regulares de sangue
- portadores de hepatite C
- usuários de hemodiálise
- politransfundidos
- hemofílicos
- talassêmicos
- profissionais de saúde
- populações indígenas (todas as faixas etárias)
- comunicantes domiciliares de portadores do vírus da hepatite B
- portadores de neoplasias
- pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas, etc.)
- população de assentamentos e acampamentos
- homens que praticam sexo com homens
- profissionais do sexo
- para portadores de DST até 30 anos de idade.

A imunização contra a hepatite B é realizada em três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose, e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).

18.5 Imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B

A imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B (IGHAB), disponível no Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), é indicada para pessoas não vacinadas após exposição ao vírus da hepatite B nas seguintes situações:

- vítimas de abuso sexual;
- comunicantes sexuais de caso agudo de hepatite B;
- vítimas de exposição sanguínea (acidente pérfuro-cortante ou exposição de mucosas), quando o caso fonte for portador do HBV ou de alto risco;
- recém-nascidos de mãe sabidamente portadora do HBV.
- Pacientes que receberam a IGHB devem iniciar ou completar o esquema de imunização contra a hepatite B.

Resumo

Vimos nesta aula que a hepatite é uma doença aguda, porém pode tornar-se crônica. Portanto, a melhor medida é a conscientização na prevenção deste agravo, que representa uma preocupação tão grande ou maior ainda que a AIDS, doença esta muito comum em pacientes usuários de drogas, pela facilidade de transmissão.



Atividades de aprendizagem

- Elabore um folder sobre a doença e distribua entre os colegas, com o objetivo de educação em saúde na prevenção e promoção da hepatite B.
 - O que é a doença?
 - Sinais e sintomas.
 - Promoção e prevenção.
 - Tratamento.

Aula 19 - AIDS

Nesta aula, trabalharemos com a patologia que modificou o comportamento sexual, porém, pouco alterou nos usuários de drogas, a AIDS é uma doença emergente, que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade.

19.1 Descrição

Os infectados pelo HIV evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, uma das principais células alvo do vírus. A contagem de linfócitos T CD4 + é um importante marcador dessa imunodeficiência, sendo utilizada tanto na avaliação do tratamento e do prognóstico, quanto em uma das definições de caso de AIDS, com fim epidemiológico.

A história natural dessa infecção vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia antirretroviral (ARV) que retarda a evolução da infecção, até o seu estágio final, em que surgem as manifestações definidoras de AIDS. Juntamente com as campanhas de prevenção, os ARV parecem estar contribuindo para a estabilização do progresso desta epidemia no Brasil, refletindo-se na redução da incidência de AIDS, e na redução em cerca de 50% da taxa de letalidade, nos últimos anos.

A transmissão vertical, uma das prioridades do Programa de prevenção do HIV/ AIDS, também vem sendo reduzida, com a instituição do tratamento/ profilaxia da gestante/parturiente/nutriz e/ou concepto.

19.2 Agentes etiológicos

HIV-1 e HIV-2, retrovírus com genoma RNA, da família Lentiviridae. Pertencem ao grupo dos retrovírus os citopáticos e os não oncogênicos, necessitando, para multiplicar-se de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode então integrar-se ao genoma do hospedeiro.

Estes vírus são bastante lábeis no meio externo, sendo inativados por uma variedade de agentes físicos (calor) e químicos (hipoclorito de sódio, glutaraldeído). Em condições experimentais controladas, as partículas virais intracelulares parecem sobreviver no meio externo por até no máximo um dia, enquanto que partículas virais livres podem sobreviver por 15 dias à temperatura ambiente, ou até 11 dias a 37°C.

O reservatório é o homem infectado.

19.3 Modo de transmissão e transmissibilidade

O HIV pode ser transmitido pelo sangue (via parenteral e vertical); pelo espermatozoide e secreção vaginal (via sexual); e pelo leite materno (via vertical). Desde o momento de aquisição da infecção, o portador do HIV é transmissor, entretanto, os indivíduos com infecção muito recente (“infecção aguda”) ou doença avançada, têm maior concentração do HIV no sangue e nas secreções sexuais, transmitindo com maior facilidade o vírus. Além dos estágios clínicos acima mencionados, os processos infecciosos e inflamatórios favorecem a transmissão do HIV.

Cite-se, em primeiro lugar, a presença das doenças sexualmente transmissíveis - DST. As que cursam com úlcera, como a sífilis, o herpes genital e o cancro mole, estão associadas com o aumento no risco de infecção pelo HIV de 8 a 18 vezes mais. As DST não ulcerativas, tais como: gonorreia, infecção por clamídia, tricomoníase, bem como outras infecções frequentes do trato genital inferior como, por exemplo, a vaginose bacteriana e candidíase, e processos inflamatórios, como vaginites químicas causadas por espermicidas e outras substâncias, também aumentam o risco de adquirir e/ou transmitir do HIV.

As cervicites, além do processo inflamatório adjacente, cursam quase que invariavelmente com a presença de ectopias, o que lhes confere solução de continuidade entre o ambiente vaginal e a circulação sanguínea, favorecendo a aquisição e/ou transmissão do HIV. Finalmente, as verrugas, igualmente, causam friabilidade da mucosa infectada, levando à formação de microfissuras, e, portanto maior risco de aquisição e/ou transmissão do HIV.

Durante a gestação, há maior concentração do HIV no fluido cérvico-vaginal, o que potencialmente aumenta o risco de transmissão sexual desse vírus.

19.4 Período de incubação

O tempo entre a exposição ao HIV e o aparecimento dos sintomas na fase aguda é de cinco a 30 dias. O período de latência clínica, após a infecção aguda, até o desenvolvimento da imunodeficiência é longo.

19.5 Suscetibilidade e vulnerabilidade

A suscetibilidade é geral. Várias condições aumentam a suscetibilidade a esta infecção. Quanto menor for a idade, no momento da infecção, maior será o período de latência clínica. Vulnerabilidade para os não infectados - significa ter pouco, ou nenhum controle, sobre o risco de adquirir o HIV ou outra DST, e para os infectados ou afetados pela doença - ter pouco ou nenhum acesso a cuidado e suportes apropriados.

19.6 Manifestações clínicas

Infecção aguda: esta fase da doença é também chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária, e só se manifesta clinicamente em cerca de 50% a 90% dos pacientes. O diagnóstico desta fase é pouco realizado, devido ao baixo índice de suspeição, sendo, em sua maioria, retrospectivo.

A infecção aguda caracteriza-se tanto por viremia elevada, quanto por resposta imune intensa e rápida queda na contagem de linfócitos T CD4+ de caráter transitório. Existem evidências de que a imunidade celular desempenha papel fundamental no controle da viremia pelo HIV, nessa fase da infecção.

Os sintomas aparecem durante o pico da viremia e da atividade imunológica. As manifestações clínicas podem variar, desde quadro gripal até uma síndrome que se assemelha à mononucleose.

Os pacientes podem apresentar sintomas de infecção viral, como febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, rash cutâneo maculopapular eritematoso; ulcerações mucocutâneas, envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália; hiporexia, adinamia, cefaleia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos. Alguns pacientes ainda podem apresentar candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré.

Os sintomas duram, em média, 14 dias, sendo o quadro clínico autolimitado. Após a resolução da fase aguda, ocorre a estabilização da viremia em níveis variáveis (set points), definidos pela velocidade da replicação e clareamento viral. O set point é fator prognóstico de evolução da doença. A queda progressiva da contagem de linfócitos T CD4+ está diretamente relacionada à velocidade da replicação viral e progressão para a AIDS.

Resumo

A notificação de casos de AIDS é obrigatória, desde 1986, aos médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde em conformidade com a lei e recomendações do Ministério da Saúde (Lei 6259 de 30/10/1975 e Portaria nº 05 de 21/02/2006 e publicada no D.O.U. de 22/02/2006, Seção 1, página 34).

Aspectos clínicos da doença:

1. Infecção aguda
2. Fase assintomática (latência)
3. Fase sintomática inicial
4. AIDS.



Atividades de aprendizagem

- Procure a Secretaria Municipal de Saúde da sua cidade, e descubra o valor do custo do tratamento da aids em um paciente adulto.
- Qual o papel do estudante do Curso de Técnico em Reabilitação em Dependência Química nesta fase da formação?

Aula 20 - Tuberculose

Nesta nossa última aula, falaremos um pouco mais sobre a tuberculose (Tb), doença de notificação compulsória, que ainda nos assusta, e que nos preocupa pelas condições socioeconômicas, pela desistência do tratamento, pela resistência às drogas do tratamento, e pelo uso de bebidas alcoólicas.

20.1 Descrição

Doença infectocontagiosa causada por uma bactéria que afeta principalmente os pulmões, mas também podem ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro).

20.2 Agente etiológico

Mycobacterium tuberculosis ou Bacilo de Koch (BK). Outras espécies de micobactérias também podem causar a tuberculose. São elas: Mycobacterium bovis, africanum e microti.

20.3 Sinais e sintomas

Alguns pacientes não exibem nenhum indício da doença, outros apresentam sintomas aparentemente simples que são ignorados durante alguns anos (meses). Contudo, na maioria dos infectados, os sinais e sintomas mais frequentemente descritos são: tosse seca contínua no início, depois com presença de secreção por mais de quatro semanas, transformando-se, na maioria das vezes, em uma tosse com pus ou sangue; cansaço excessivo; febre baixa geralmente à tarde; sudorese noturna; falta de apetite; palidez; emagrecimento acentuado; rouquidão; fraqueza e prostração.

Os casos graves apresentam dificuldade na respiração; eliminação de grande quantidade de sangue, colapso do pulmão e acúmulo de pus na pleura (membrana que reveste o pulmão) - se houver comprometimento dessa membrana, pode ocorrer dor torácica.

20.4 Transmissão

A transmissão é direta, de pessoa a pessoa. O doente expele, ao falar, ao espirrar ou tossir, pequenas gotas de saliva que contêm o agente infeccioso e podem ser aspiradas por outro indivíduo contaminando-o. Somente (5%) 5 a 10% dos infectados pelo Bacilo de Koch adquirem a doença. Pessoas com aids, diabetes, insuficiência renal crônica (IRA), desnutridas, idosos doentes, alcoólatras, viciados em drogas e fumantes são mais propensos a contrair a tuberculose.

20.5 Prevenção

Para prevenir a doença é necessário imunizar as crianças de até 4 anos, e obrigatoriamente as menores de 1 ano, com a vacina BCG, 0,1 ml via intradérmica. Crianças soropositivas ou recém-nascidas que apresentam sinais ou sintomas de AIDS não devem receber a vacina.

A prevenção inclui evitar aglomerações, especialmente em ambientes fechados, e não utilizar objetos de pessoas contaminadas (a tuberculose não se transmite por fômites e objetos). Cuidado para não agravar os estigmas.

20.6 Sistema de informação em saúde

O Ministério da Saúde com a participação de técnicos das SES, da SMS, e demais profissionais da área elaboraram uma proposta conhecida como Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS. A finalidade da proposta era o de promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, buscando melhorar os processos de trabalho em saúde, que resultasse em um sistema de informação em saúde articulado nacionalmente; que produzisse informações para os cidadãos, e que contribuisse para melhorar a situação de saúde da população. (BRASIL, 2004)

1. Qualidade das informações em saúde

É possível que o uso desses padrões venha contribuir para a melhor utilização dos Sistemas de Informações (SI) no âmbito do Sistema Único de Saúde, unindo esforços das SES e SMS. Para que o conceito de qualidade (disponibilidade em tempo hábil), a facilidade de recuperação, a não redundância e a não fragmentação possam ser alcançados, necessário se faz o acompanhamento e o controle em todas as etapas de produção: coleta, tratamento, armazenamento e disseminação da informação. (Machado, 2006)

2. Recursos Humanos em Informática em Saúde

O perfil do profissional para a atuação em Tecnologia da Informação (TI) é reconhecidamente de difícil definição, como também “ser um conhecedor da dinâmica de negócio, ser multicapacitado, ter um bom gerenciamento, habilidade comercial e vivência em marketing” (ibidem).

O profissional de TI em saúde deve conhecer em profundidade uma das duas áreas envolvidas – informática e saúde pública, mas dominar também os principais conceitos pertinentes à outra.

20.6.1 Política do Sistema de Informação para o SUS

No Brasil, existe um número incalculável de diferentes Sistemas de Informações em Saúde (SIS) voltados à operação de estabelecimentos assistenciais; à gerência de redes de serviços; à investigação e ao controle de diversas doenças. Tais sistemas podem e devem ser usados para o planejamento, por parte do gestor, de intervenções sobre sua realidade sanitária.

1. Informação e informática em Saúde

Utilizar intensivamente a informação na gestão da saúde é, cada vez mais, o que a necessidade de implementação de estratégias políticas e técnicas que superem os limites ainda existentes na gestão da informação em saúde no Brasil.

Conseguir pôr em prática os princípios da regionalização, da hierarquização dos serviços e da integralidade das ações de saúde pressupõe a utilização de instrumentos de gestão que incorporem a perspectiva da integração, da articulação e da intersetorialidade.

2. Principais fontes de informação de interesse para o Planejamento em Saúde

De um lado, o gestor ao adotar uma Política de Saúde com ações de promoção, prevenção e Atenção à Saúde, ou seja, para além dos cuidados com a doença, as informações de interesse possuem um escopo bem maior que os dados de morbimortalidade.

Bases de dados de alimentação obrigatória e penalidade prevista pelo descumprimento.

Sistemas de informação	Penalidade
SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	Suspensão da transferência do PAB, nos casos da não alimentação por três meses consecutivos.
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Suspensão da transferência do PAB e MAC nos casos da não alimentação por três meses consecutivos; ausência de ressarcimento por procedimentos Faec.
SI-PNI – Sistemas de Informação Imunização	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em Saúde, nos do Programa Nacional de casos da não alimentação por três meses consecutivos.
Sinasc – Sistema de Informação de Nascidos Vivos	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em Saúde, nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade	Suspensão da transferência do PAB e do teto da vigilância em Saúde, nos casos da não alimentação por três meses consecutivos.
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares	Suspensão da transferência do MAC nos casos da não alimentação por três do SUS meses consecutivos; ausência de ressarcimento por procedimentos Faec.
Siscolo (relacionado ao controle do câncer de colo do útero)	Suspensão do pagamento dos procedimentos referentes à citopatologia, à histopatologia, e ao controle de qualidade (ambulatoriais, informados no SIA-SUS)
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Suspensão da transferência do PAB e MAC nos casos da não-alimentação por três meses consecutivos.
CNS/Cadsus – Cadastro do Cartão Nacional de Saúde	Suspensão do pagamento dos procedimentos vinculados pela Portaria SAS n.174 de 2004.
Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	Não há penalidade prevista.

Resumo

Nesta aula, trabalhamos a tuberculose e o sistema de informação em saúde, que representa os dados e perfil epidemiológicos de saúde, para realização do planejamento dos agravos, tanta na prevenção, promoção e reabilitação em saúde.



Atividades de aprendizagem

- Faça uma visita à SMS no setor de Vigilância Epidemiológica, e conheça a Ficha de Notificação do Agravos da Tuberculose – SINAN, e preencha uma ficha como exercício de fixação.

Referências

- AGENDA 21. Eco 92. Disponível em: www.agenda21local.com.br/con4.htm
- BACH, R. Frases e pensamentos. Disp:www.ditados.com.br/autor=Richard%20Bach.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília. DF, 2001.
- BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 21. ed. Saraiva: São Paulo. 1999.
- BRASIL, Leis, Decretos. Lei nº 8080 (Sistema Único de Saúde – SUS). Brasília, DF, 1990.
- BRASIL, Leis Decretos. Lei nº 8142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 699. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.886. Anexo 1. Normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde, PACS. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS doutrinas e princípios. Brasília, DF. 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS. NOB-SUS/96. Gestão Plena com Responsabilidade. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Normas Operacionais de Assistência à Saúde. NOAS-SUS/2001. Brasília, DF, 2001. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília : FUNASA, 842p. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças de "A a Z". Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area>. Acesso em: 13 de julho. 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 140p. Série Manuais n.o 68 4.ed.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis.
 2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
 3. Medicamentos antirretrovirais.
 4. SUS.
- I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. III. Título. IV. Série.

CARTA DE OTTAWA. I Conferência Internacional de Promoção de Saúde. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadarq/Ottawa.pdf.

CONFERÊNCIA ALMA ATA. 1978. Disponível: www.opas.org.br/coletiva/arq/Alma-ata.pdf.

COSTA, E. M. A., et al. Saúde da Família. Uma abordagem multidisciplinar. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio. 2009.

CRIVELLARO, J. L. G. Enfermagem em Saúde Coletiva. SENAC/DIREP/DIMUL, Curitiba. 2003. 106p.

JACOBI, P. Meio ambiente e sustentabilidade. USP. São Paulo. 2002.

KAZAZIAN, T. Design e desenvolvimento sustentável. SENAC. São Paulo. 2005.

LORENZO, M. Manual Consumo SustBiodiversidade. 2007

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Casa da Qualidade: Salvador. 2001.

RIBEIRO, D. Aos trancos e barrancos, como o Brasil deu no que deu. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro. 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 140p. Série Manuais n.o 68 4.ed.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis.
2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
3. Medicamentos antirretrovirais.
4. SUS.

I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. III. Título. IV. Série.

ANEXO I - LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (LEI Nº 8080/90)

ANEXO II - CARTA DE OTTAWA

ANEXO III - CONSTITUIÇÃO FEDERAL ART. 196 – 197 – 198 – 199 - 200

Referência das figuras

Figura 1.1: Vítima de varíola
Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Variola_1.jpg

Figura 1.2: Projeto Memória (Oswaldo Cruz)
Fonte: www.projetomemoria.art.br

Figura 1.3: Santa Casa de Santos (1911)
Fonte: Actas Ciba nº. 5, ano VIII, maio de 1941, página 129.

Figura 2.1: Trabalhadores de Fábricas
Fonte: www.google.com.br/imgres?imgurl=http://ricafonte.com

Figura 2.2: Carteira de Trabalho
http://araraquara.sp.gov.br/Pagina/Default.aspx?IDPagina=9

Figura 3.1: A Lavadeira - 1920 - Anita Malfatti (Brasil 1889-1964). - óleo sobre tela
Fonte: www.google.com.br/imgres?imgurl=http://peregrinacultural.files.wordpress.com/2009/12/anita-malfatti-a-lavadeira-1920-37x50

Figura 3.2: Manifestação contra a Ditadura
Fonte: http://1.bp.blogspot.com/_6AmvP-Yi0tA/TMcAwWiCh-/AAAAAAAAAdM/fpFOLDgbVg/s1600/abaixo-a-ditadura.jpg

Figura 3.3: Ditadura militar
Fonte: <http://www.culturamix.com/wp-content/uploads/2010/12/ditadura-militar1.jpg>

Figura 4.1: Notícia sobre Tancredo Neves.
Fonte: Jornal do Brasil: Segunda-feira, 22 de abril de 1985.

Figura 4.2: VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.
Fonte: www.google.com.br-sejarealista.wordpress.com-sobreascidades.wordpress.com

Figura 5.1: Sistema Único de Saúde
Fonte: www.google.com.br-blogpsicoace.blogspot.com-cmarinsdasilva.com.br

Figura 7.1: Cartão Nacional de Saúde
Fonte: <http://blogmail.com.br/cartao-sus-em-22/08/2010-às-11h06>

Figura 7.2: participação da comunidade na gestão do SUS
Fonte: www.google.com.br-cerestpinda.blogspot.com

Figura 8.1: Saúde Pública Brasileira
Fonte: www.google.com.br/imgres?q=sa%C3%BAde+publica+brasileira-www.fotolog.com/saudepublica/54173278

Figura 8.2: Dra. Zilda Arns
Fonte: Ministério da Saúde/Jornal Gazeta do Povo – PR.
2010-01-14_zilda-arns-iniciou-com-vanguarda-o-trabalho-pelos-odm_gg.jpg
portalodm.com.br

Figura 9.1: Esquema da história natural da doença no homem
Fonte: Minayo. Cadernos de saúde pública.

Figura 9.2: Zé gotinha
Fonte: www.zegotinha.com.br

Figura 10.1: Amamentação
Fonte: www.google.com.br-Publicado-em-14-outubro-2010-cuidarenutrir.com.br

Figura 11.1: Prevenção de doenças
Fonte: www.google.com.br-0.6232080013105868816330910404d60fd3965c679e8634c6e6487f33ddb1c2747fb.jpg-radiosolaris.com.br

Figura 11.2: Reabilitação
Fonte: <http://www.jornalvicentino.com.br/home/2008/09/29/unidades-de-reabilitacao-de-sao-vicente-sao-pauloreferencia-em-todo-o-estado-de-sp/>

Figura 12.1: Unidade Municipal de Saúde Rio Bananal – ES, 07 de abril de 2011
Fonte: <http://www.paradaviva.com/v3/noticia.php?id=4137>

Figura 14.1: Saúde da família
Fonte: logo_familia.png - saude.al.gov.br
www.google.com.br - superradiopiratininga.com.br

Figura 18.1: Características das hepatites virais.
Fonte: Acervo do autor.

Atividades autoinstrutivas

1) As interações que os profissionais de enfermagem estabelecem com o usuário são capazes de torná-lo mais ajustado e aumentar sua autoestima, ou seja, sua comunicação com o usuário pode e deve ser terapêutica. Com base no assunto, é correto afirmar:

- a) Todo profissional de saúde tem o dever de desenvolver a competência interpessoal, apropriando-se de conhecimentos da comunicação humana e terapêutica para estabelecer uma relação de ajuda com o usuário.
- b) Realizar comunicação terapêutica é de responsabilidade exclusiva dos psicólogos e médicos.
- c) O enfermeiro não deve interagir de modo a se apropriar de fatos íntimos do usuário, pois tais assuntos são confidenciais e o código de ética da enfermagem enfatiza que atitude como essa é antiética, já que invade a privacidade.
- d) Quando o enfermeiro informar ou orientar alguma coisa ao usuário, já estará realizando uma comunicação terapêutica, ou seja, estabelecerá uma relação de ajuda.
- e) A relação interpessoal para ser efetiva ou terapêutica deverá ser programada para acontecer durante as palestras educativas que o enfermeiro realizar.

2) Surge - a partir da década de 20 - a previdência social no Brasil, e cria-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) dos ferroviários, à qual seguiram-se outras CAPs. Com relação à previdência social, assinale a alternativa correta.

- a) No ano de 1932, com a Lei Getúlio Vargas, surge a Previdência Social.
- b) No ano de 1923, com a Lei Elói Chaves, surge a Previdência Social.
- c) No ano de 1920 com a Lei 8.080, surge a Previdência Social.
- d) No ano de 1920, com a Lei 8.142, surge a Previdência Social.
- e) No ano de 1940, com a Lei Café Filho, surge a Previdência Social.

3) Considerando-se a política de saúde no final dos anos 70, que ocasionou uma crise fiscal do Estado com fortes repercussões na previdência social, o modelo médico-assistencial que privilegiava a iniciativa privada apresentou fortes inadequações à realidade sanitária nacional. A respeito do modelo médico-assistencial e da situação de saúde desse período histórico, analise as afirmativas dadas. Depois assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- I. A prática médica dominante, a flexeneriana, baseada nos aspectos curativo-reabilitadores, era capaz de alterar os perfis de morbimortalidade.
- II. A prática médica dominante, a flexeneriana, viabilizou a expansão do sistema de saúde, considerando o baixo custo dos procedimentos.
- III. O modelo médico-assistencial gerava superposições, descoordenações e ausência de controle.

- a) (I) está correta.
- b) (II) está correta
- c) (III) está correta
- d) (II) e (III) estão corretas
- e) (I) e (II) estão corretas.

4) Em relação ao conceito de saúde estabelecido na Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196, analise as afirmativas dadas e depois assinale a alternativa correta.

- I. O conceito de saúde é entendido na perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas.
- II. A saúde é entendida como direito universal derivado do exercício de uma cidadania plena.
- III. A saúde é compreendida como dever do Estado nas suas três esferas de governo.
- IV. A saúde é entendida como uma responsabilidade do público visando à redução dos riscos de doença.

- a) (II) e (IV) estão corretas.
- b) (II) está correta.
- c) (I) e (II) e (IV) estão corretas.
- d) (I) e (II) e (III) estão corretas.
- e) (IV) está correta.

5) O Sistema Único de Saúde incentiva a formação de conselhos para o controle social nos serviços de saúde. Assinale a alternativa que identifica a lei que estabelece a formação desses conselhos.

- a) Lei nº 8.213, de 28/12/1990.
- b) Lei nº 8.080, de 19/09/1990.
- c) Lei nº 8.242, de 28/09/1990.
- d) Lei nº 8.080, de 28/12/1990.
- e) Lei nº 8.142, de 28/12/1990.

6) Assinale a alternativa correta que identifica a conferência nacional de saúde que discutiu a reforma sanitária que foi implantada pela Assembleia Nacional Constituinte (1988).

- a) 3ª Conferência Nacional em 1988
- b) 8ª Conferência Nacional em 1986
- c) 8ª Conferência Nacional em 1988
- d) 6ª Conferência Nacional em 1988
- e) 12ª Conferência Nacional em 2002

7) Assinale a alternativa que identifica as características da assistência à saúde na década de 70.

- a) Assistência à saúde para contribuintes do INPS, ou seja, não é direito de todos.
- b) Assistência predominantemente curativa, com pouca valorização das ações de promoção e prevenção.
- c) O hospital é tido como o principal equipamento de saúde. Este modelo não considera a importância de uma rede básica, capaz de assistir todas as necessidades das pessoas nas comunidades.
- d) Predomínio do setor privado, o que prevalece até hoje, na rede hospitalar.
- e) Todas as alternativas acima estão corretas.

8) Assinale a alternativa correta que identifica as características da política de saúde no período do descobrimento do Brasil..

- a) Práticas indígenas com as plantas/curandeirismo;
- b) Controle sanitário dos portos contra varíola;
- c) Fundação das Santas Casas de Misericórdias;
- d) Marco do sanitarismo no Brasil, erradicação da febre amarela pelo médico Oswaldo Cruz;
- e) Todas as alternativas estão corretas.

9) A Revolta da Vacina ocorreu em:

- a) 1904 no Rio de Janeiro
- b) 1950 no Rio de Janeiro
- c) 1960 em São Paulo
- d) 1550 em São Paulo
- e) 1952 no Rio de Janeiro

10) Primeira doença epidêmica controlada nos portos brasileiros foi:

- a) varicela
- b) tuberculose
- c) varíola
- d) hanseníase
- e) todas alternativas estão corretas.

11) O Sistema Único de Saúde está regulamentado e orientado por leis, portarias e normas operacionais. Dentre as alternativas dadas, assinale a correta.

- a) Lei nº 8.080/90 - aponta para o planejamento descendente, do nível federal para o local, para estabelecer o plano e o orçamento da saúde. NOA/SUS nº 01/01 - institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal.
- b) Lei nº 8.080/90 - estabelece critérios para a distribuição dos recursos financeiros, entre eles, perfil demográfico e epidemiológico da região e características da rede de saúde. NOA/SUS nº 01/01 - modifica a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, instituída na NOB01/96, introduzindo a área de atuação no controle de hanseníase.
- c) Lei nº 8.080/90 - estabelece as atribuições e competências das esferas de governo na organização e funcionamento dos serviços de saúde que compõem o SUS. NOA/SUS nº 01/01 - define as regras de regionalização do atendimento, na qual os municípios de referência para procedimentos mais especializados poderão receber por atendimento prestado a moradores de outros municípios.
- d) Lei nº 8.080/90 - regulamenta a participação dos serviços de saúde públicos de forma complementar na execução das ações e serviços de saúde. NOA/SUS nº 01/01 - estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.
- e) Lei nº 8.080/90 - estabelece que os serviços públicos e privados que constituem o SUS são campo de prática para ensino e pesquisa. NOA/SUS nº 01/01 - estabelece que as áreas de atuação na atenção básica

ampliada são: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

12) Os objetivos do Controle Social são:

- a) Garantir transparência no uso dos recursos públicos.
- b) Garantir o funcionamento do SUS de acordo com o que define a legislação (interesses da população usuária).
- c) Garantir o direito de acesso e a qualidade na atenção à saúde da população.
- d) Apropriação da tecnologia de funcionamento dos serviços e do poder público.
- e) Todas as alternativas acima estão corretas.

13) No Conselho Municipal de Saúde, a população usuária, os trabalhadores de saúde, a administração pública (municipal e estadual) e os representantes de prestadores de serviço de instituições privadas e filantrópicas buscam, juntos, solução para os problemas de saúde. Sua composição é distribuída da seguinte forma:

- a) 25% de trabalhadores da saúde
- b) 25% de gestores e prestadores de serviços
- c) 50% de usuários
- d) (a) e (c) estão corretas
- e) (a) e (b) e (c) estão corretas.

14) Em relação ao Financiamento do SUS, constitui, EXCETO.

- a) Bloco de Atenção Básica
- b) Bloco de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar
- c) Bloco de Gestão do SUS
- d) Bloco de Assistência Farmacêutica
- e) Bloco de Aprofundamento na Geração Hospitalar.

15) Dentre as alternativas dadas, assinale a que tem a finalidade de exercer o controle social sobre a gestão e implementação do SUS:

- a) Conselho de saúde
- b) Relatório de gestão
- c) Plano de aplicação
- d) Plano de saúde
- e) Todas estão corretas.

16) A Emenda Constitucional nº 29/2000, consiste em:

- a) definir a fiscalização na aplicação mínima em recursos com saúde e garantir a aplicação dos recursos da saúde
- b) os estados deverão aplicar 12%
- c) os municípios deverão aplicar 15%
- d) (a) e (b) e (c) estão corretas
- e) Nenhuma está correta.

17) Pacto em defesa do SUS consiste em:

- a) Instituir a política nacional de promoção da saúde
- b) Fortalecer a atenção primária à saúde
- c) Consolidar e qualificar a Estratégia da Saúde da Família
- d) Implantar um projeto permanente de mobilização social
- e) Todas as alternativas acima estão corretas.

18) O mecanismo de acompanhamento da execução do plano de saúde e da aplicação dos recursos recebidos, permitindo o cumprimento das atividades de avaliação, controle e auditoria da saúde, denomina-se:

- a) Sistema de informação
- b) Relatório de gestão
- c) Fundo de saúde
- d) Plano de saúde
- e) Financiamento do SUS

19) São as diretrizes e princípios do SUS, exceto a alternativa:

- a) Equidade, integralidade, descentralização
- b) Participação popular, interssetorialidade, hierarquização
- c) Regionalização, equidade, integralidade
- d) Interssetorialidade, hierarquização, participação popular
- e) Individualidade, participação popular, setorialidade.

20) São princípios do ESF, exceto.

- a) Territorialização; adscrição da clientela
- b) Família como foco de assistência
- c) Trabalho exclusivamente dos médicos e enfermeiros
- d) Vínculos de co-responsabilidade entre profissionais e famílias assistidas
- e) Integralidade, resolutividade e interssetorialidade das ações

21) Na prevenção ao uso/abuso de drogas (regimes, etc.) incluem-se três níveis de ação: o primário, o secundário e o terciário. Assinale a alternativa que contém a ordem correta das ações em cada nível.

- a) Orientação quanto a evitar o uso, desenvolvimento de ações para impedir a passagem do uso ocasional para uso regular, tratamento dos dependentes buscando reestruturação de vida.
- b) Tratamento dos dependentes buscando reestruturação de vida, orientação quanto a evitar o uso, desenvolvimento de ações para impedir a passagem do uso ocasional para uso regular.
- c) Tratamento dos dependentes buscando reestruturação de vida, desenvolvimento de ações para impedir a passagem do uso ocasional para uso regular, orientação quanto a evitar o uso.
- d) Desenvolvimento de ações para impedir a passagem do uso ocasional para uso regular, tratamento dos dependentes buscando reestruturação de vida, orientação quanto a evitar o uso.
- e) Orientação quanto a evitar o uso, tratamento dos dependentes buscando reestruturação de vida, desenvolvimento de ações para impedir a passagem do uso ocasional para uso regular.

22) São fatores que interferem nas relações entre o agente causador de um agravo. O homem e o meio ambiente são conhecidos como:

- a) ação sanitária.
- b) ação ambiental.
- c) processo patológico.
- d) doença crônica.
- e) história natural do processo saúde-doença.

23) Observe as seguintes atividades:

1. Água e saneamento;
2. Palestras;
3. Divulgação de informações;
4. Nutrição inadequada;
5. Controle das grandes endemias (doenças transmissíveis).

Das fases de prevenção à Saúde, qual(is) das atividades acima se constitui(em) em Prevenção Primária?

- a) somente 1; 2; 3;
- b) somente 3; 5;
- c) somente 1; 2; 5;
- d) somente 4; 5;
- e) NDA.

24) A história natural da doença permite identificar as ações de saúde adequadas aos níveis de prevenção. Assim, como moradias, escolas, áreas de lazer, alimentação, educação em saúde, aleitamento materno. Todas são medidas preventivas correspondentes à:

- a) Promoção à saúde
- b) Pretensão específica
- c) Limitação da incapacidade
- d) Reabilitação específica
- e) Recuperação de saúde.

25) No processo saúde-doença, são características do ser humano:

- a) hereditariedade, sexo e raça.
- b) raça, vírus e tabus.
- c) fungos, bactérias e hereditariedade.
- d) bactéria, vírus e fungos.
- e) NDA.

26) Para o câncer de mama, o exame mensal é uma medida preventiva de nível:

- a) secundário - diagnóstico precoce.
- b) terciário - proteção específica.
- c) primário - diagnóstico tardio.
- d) primário – reabilitação.
- e) NDA.

27) Os fatores que interferem no processo saúde-doença são:

- a) diagnóstico em saúde e cura dos agravos.
- b) homem e agente.
- c) meio ambiente e homem.
- d) (b) (c) estão corretas.
- e) NDA.

28) Constitui nível terciário da medicina preventiva:

- a) orientação e acompanhamento das doenças crônicas.
- b) reabilitação e tratamento das doenças.
- c) fisioterapia.
- d) terapia ocupacional.
- e) todas as alternativas acima estão corretas.

29) A Vigilância em Saúde consiste em:

- a) vigilância do trabalhador
- b) vigilância ambiental
- c) vigilância sanitária
- d) vigilância epidemiológica
- e) todas essas permeiam a vigilância em saúde.

30) Assinale a opção que apresenta os fatores que podem interagir com a equipe multidisciplinar.

- a) Prevenção e produção de conhecimento.
- b) Mudança de conduta e implantação de projetos de saúde.
- c) Reforma de conscientização dos políticos.
- d) (a) e (b) estão corretas.
- e) Todas estão corretas.

31) Para que a qualidade das informações em saúde possa ser alcançada, são necessários o acompanhamento e o controle em qual das etapas de “produção”?

- a) Coleta
- b) Tratamento
- c) Disseminação
- d) Armazenamento
- e) Todas estão corretas

32) Assinale a alternativa que identifica o perfil do profissional para atuar em Tecnologia da Informação (TI):

- a) Ser conhecedor da dinâmica de um negócio.
- b) Ser multicapacitado.
- c) Ter bom gerenciamento, habilidade comercial e vivência em marketing.
- d) (a) e (b) estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

33) São características do Sistema de Atenção Primária à Saúde, EXCETO:

- a) Ser dependência exclusiva dos profissionais de saúde.
- b) apoiar prevenção de doenças específicas ex. sarampo.
- c) dirigir aos principais problemas da comunidade;
- d) requer participação do indivíduo e da comunidade;
- e) educar em saúde e divulgação das informações.

34) São ações visando limitar a incapacidade , EXCETO.

- a) mudança do estilo de vida;
- b) redução no uso de álcool;

- c) estimular no uso do álcool;
- d) diminuir excesso de peso;
- e) eliminar o fumo.

35) Constitui(em) a fase Primária da medicina preventiva:

- a) terapia ocupacional;
- b) psicologia;
- c) reabilitação e acompanhamento e controle das doenças;
- d) fisioterapia;
- e) todas as alternativas estão corretas.

36) No processo Saúde-Doença, as características do agente são:

- a) calor, bactéria e hereditariedade.
- b) raça, vírus e tabus.
- c) vírus, fungos e bactérias.
- d) hereditariedade, estado nutricional e comportamento social.
- e) NDA.

37) Correlacione à coluna da esquerda com a da direita. E depois assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- | | |
|-----------|--|
| A. SINASC | () Sistema de informação de agravos/notificação |
| B. SIM | () Sistema de informação mortalidade |
| C. SIA | () Autorização de internamento hospitalar |
| D. SINAN | () Sistema de informação nascidos vivos |
| E. AIH | () Sistema de informação ambulatorial |

- a) (A) (B) (C) (D) (E)
- b) (D) (B) (E) (A) (C)
- c) (B) (A) (C) (D) (E)
- d) (D) (E) (B) (A) (C)
- e) (C) (A) (E) (D) (B)

38) Assinale a alternativa correta que apresenta as características da fase secundária.

- a) descoberta de casos e notificação
- b) programas para detectar deficiências auditivas e visuais
- c) controle das doenças transmissíveis
- d) diagnóstico precoce de câncer de mama, de útero
- e) todas as alternativas acima estão corretas.

39) Assinale a alternativa correta que identifica as atribuições do profissional auxiliar de Enfermagem na ESF (Estratégia de Saúde na Família):

- a) Atuar na identificação das famílias de risco.
- b) Auxiliar os ACS nas visitas domiciliares.
- c) Acompanhar as consultas de enfermagem.
- d) Executar procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica.
- e) Todas as alternativas acima estão corretas.

40) A respeito da pessoa considerada alcoolista e sobre as orientações fornecidas a ela e seus familiares, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) O alcoolista não deve ingerir bebida com teor alcoólico.
- b) O alcoolista e seus familiares devem participar de grupos de apoio.
- c) O alcoolista deve participar de atividades com amigos e familiares.
- d) O alcoolista deve permanecer em unidade hospitalar do início ao final do tratamento.
- e) O alcoolista deve permanecer no emprego durante o tratamento.

41) A prevenção ao uso/abuso de drogas inclui três níveis de ação: o primário, o secundário e o terciário. Assinale a alternativa que contém a ordem correta das ações em cada nível.

- a) Orientação quanto a evitar o uso, desenvolvimento de ações para impedir a passagem do uso ocasional para uso regular, tratamento dos dependentes buscando reestruturação de vida.
- b) Tratamento dos dependentes buscando reestruturação de vida, orientação quanto a evitar o uso, desenvolvimento de ações para impedir a passagem do uso ocasional para uso regular.
- c) Orientação quanto a evitar o uso, tratamento dos dependentes buscando reestruturação de vida, desenvolvimento de ações para impedir a passagem do uso ocasional para uso regular.
- d) Tratamento dos dependentes buscando reestruturação de vida, desenvolvimento de ações para impedir a passagem do uso ocasional para uso regular, orientação quanto a evitar o uso.
- e) Desenvolvimento de ações para impedir a passagem do uso ocasional para uso regular, tratamento dos dependentes buscando reestruturação de vida, orientação quanto a evitar o uso.

42) O conjunto das inter-relações entre o agente causador de um agravo, o susceptível e o meio ambiente físico e social é conhecido como:

- a) epidemiologia.
- b) processo patológico.
- c) história natural da doença.
- d) processo epidêmico.
- e) doença.

43) Se considerarmos a epidemiologia como a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, é correto afirmar:

- a) A epidemiologia assume o método clínico como eixo da saúde coletiva.
- b) A epidemiologia estuda somente a distribuição da mortalidade.
- c) A epidemiologia analisa fatores ambientais e não os socioeconômicos.
- d) A epidemiologia não estimula a prática da cidadania, pois não interfere no controle social.
- e) A epidemiologia é o eixo da saúde coletiva.

44) A ocorrência de uma determinada doença em grande número de pessoas ao mesmo tempo em uma determinada população é chamada de:

- a) endemia.
- b) epidemia.
- c) pandemia.
- d) mortalidade por causa.
- e) resistência.

45) A Portaria nº 1.943, do Gabinete do Ministro da Saúde, de 18/10/2001, define a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional. Dentre as doenças relacionadas na referida portaria, estão incluídas:

- a) Difteria, sarampo, varicela e escarlatina.
- b) Coqueluche, erisipela, candidíase e sarampo.
- c) Hanseníase, tuberculose, febres em geral e tétano.
- d) Febre amarela, hepatite C, sarampo e difteria.
- e) Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), sarampo e escarlatina.

46) Para aqueles que trabalham nos serviços de saúde, sejam públicos ou privados, tornou-se obrigatório o conhecimento básico do funcionamento das Políticas de Saúde do Brasil. Após analisar as assertivas abaixo, assinale a resposta que apresenta as alternativas corretas.

- 1) A gestão de recursos para a saúde do país, aprovada pelo MS (NOB 01/1993), está distribuída em: administração semiplena, parcial e incipiente.
- 2) A formulação dos Projetos de Saúde da Família (PSF) teve como modelo os planos assistenciais à família, desenvolvidos em Québec (Canadá), Cuba, Suécia e Inglaterra.
- 3) O sistema Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado com o intuito de completar os quadros de saúde das clínicas e hospitais do Norte e Nordeste.
- 4) O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) antecedeu à formação dos Programas de Saúde da Família (PSF) instituído pelo governo federal.
- 5) Há dois tipos de reforma distintos nos sistemas de saúde brasileiros: um é o tipo Big-Bang, que introduz modificações expressivas, rápidas e pontuais; e outro é o tipo incremental, que se baseia em pequenas mudanças sucessivas. Desta forma, podemos classificar como sendo do tipo Big-Bang a reforma brasileira de saúde de 1988.

- a) (1), (2), (3), (5).
- b) (1), (3), (4).
- c) (2), (3).
- d) (3), (4), (5).
- e) (1), (2), (4), (5).

47) Como espaço de execução da estratégia de Saúde da Família, o nível municipal define a melhor adequação dos meios e condições operacionais. Uma das competências da ESF, em nível municipal é:

- a) implantar o sistema de informações e avaliação da estratégia de Saúde da Família.
- b) promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua área de abrangência.
- c) identificar e estruturar parcerias com organizações governamentais e não governamentais.
- d) estabelecer normas e diretrizes que definam os princípios da estratégia do ESF.
- e) planejar, acompanhar e avaliar a implantação da estratégia de Saúde da Família em seu nível de abrangência.

48) É uma das possíveis causas de contaminação da AIDS:

- a) Beijar o rosto da pessoa portadora do vírus HIV.
- b) Apertar a mão ao cumprimentar o portador do vírus HIV.
- c) Relação sexual sem preservativo.
- d) Conversar com um portador do vírus HIV.
- e) Sentar num local recentemente usado pelo portador do vírus HIV.

49) A vacina preconizada pelo Programa Nacional de Imunização, indicada para ser feita preferencialmente ao nascer, com a finalidade de evitar a transmissão vertical é a:

- a) BCG
- b) DPT
- c) Hepatite A
- d) Hepatite B
- e) Hib

50) A vacina BCG, que previne contra as formas mais graves de tuberculose, deve ser feita ao nascer ou na primeira visita do recém-nascido à unidade de saúde. A dose e a via de administração dessa vacina são, respectivamente:

- a) 0,1 ml e via intradérmica.
- b) 0,1 ml e via subcutânea.
- c) 1,0 ml e via intradérmica.
- d) 1,0 ml e via subcutânea.
- e) 0,5 ml e via subcutânea.

Currículo do professor-autor

João Luis Gallego Crivellaro

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1985) e mestrado em Educação - Universidad de La Empresa (2008). Atualmente é enfermeiro - Secretaria do Estado da Saúde 2ª Regional de Saúde, professor do Centro Universitário Campos de Andrade, professor - Dom Bosco Ensino Superior Ltda., professor do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, professor da Associação Unificada Paulista Ensino Renovado Objetivo e professor da Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus. , atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde Coletiva, Estratégia Saúde da Família, Epidemiologia, Políticas de Saúde.

