

**Prefeitura Municipal de Parnamirim
do Estado do Rio Grande do Norte**

PARNAMIRIM-RN

Agente de Combate as Endemias

Edital N ° 001/2018

JH090-2018

DADOS DA OBRA

Título da obra: Prefeitura Municipal de Parnamirim do Estado do Rio Grande do Norte

Cargo: Agente de Combate as Endemias

(Baseado no Edital N ° 001/2018)

- Língua Portuguesa
- Conhecimentos Específicos

Gestão de Conteúdos

Emanuela Amaral de Souza

Diagramação/ Editoração Eletrônica

Elaine Cristina
Igor de Oliveira
Thais Regis
Ana Luisa Cesário

Produção Editorial

Suelen Domenica Pereira
Julia Antoneli

Capa

Joel Ferreira dos Santos

SUMÁRIO

Língua Portuguesa

1. Organização do texto.....	90
1.1. Propósito comunicativo.....	103
1.2. Tipos de texto (dialogal, descritivo, narrativo, injuntivo, explicativo e argumentativo).....	85
1.3. Gêneros discursivos.....	86
1.4. Mecanismos coesivos.....	86
1.5. Fatores de coerência textual.....	86
1.6. Progressão temática.....	88
1.7. Paragrafação.....	88

Conhecimentos Específicos

1. Processo saúde-doença seus determinantes e condicionantes.....	01
2. Processo de trabalho em vigilância em saúde: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador.....	01
3. Sistema Único de Saúde: histórico, legislação, políticas e programas; Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	31
4. Competências profissionais e atividades do Agente de Endemias na atenção básica em Saúde.....	44
Noções de ética e cidadania.....	46
5. Biossegurança. Prevenção e notificação de acidentes de trabalho.....	47
Equipamentos de Proteção Individual e equipamentos de Proteção Coletiva.....	70
6. Conceitos de territorialização, microárea e área de abrangência; cadastramento familiar e territorial.....	78
7. Epidemiologia: conceitos e aplicação nos serviços de saúde. Doenças infecciosas e parasitárias mais incidentes/prevalentes no Brasil e na região Nordeste. Doenças e agravos de interesse epidemiológico: caracterização, medidas de controle, prevenção, notificação, investigação e cuidados na atenção básica.....	88
Programa Nacional de Imunização; controle de vetores e animais peçonhentos.....	89
Sistemas de informação em Saúde.....	110
8. Condições de risco social: violência, desemprego, infância desprotegida, processo migratórios, analfabetismo, ausência ou insuficiência de infraestrutura básica.....	112
9. Promoção da saúde: conceitos, estratégias e prática.....	114
10. Formas de aprender e ensinar em educação popular; Educação em saúde e Saúde ambiental.....	122

PROF. ZENAIDE AUXILIADORA PACHEGAS BRANCO

Graduada pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Adamantina. Especialista pela Universidade Estadual Paulista – Unesp

LETRA E FONEMA

A palavra *fonologia* é formada pelos elementos gregos *fono* ("som, voz") e *log, logia* ("estudo", "conhecimento"). Significa literalmente "estudo dos sons" ou "estudo dos sons da voz". Fonologia é a parte da gramática que estuda os sons da língua quanto à sua função no sistema de comunicação linguística, quanto à sua organização e classificação. Cuida, também, de aspectos relacionados à divisão silábica, à ortografia, à acentuação, bem como da forma correta de pronunciar certas palavras. Lembrando que, cada indivíduo tem uma maneira própria de realizar estes sons no ato da fala. Particularidades na pronúncia de cada falante são estudadas pela Fonética.

Na língua falada, as palavras se constituem de **fonemas**; na língua escrita, as palavras são reproduzidas por meio de símbolos gráficos, chamados de **letras** ou **grafemas**. Dá-se o nome de fonema ao menor elemento sonoro capaz de estabelecer uma distinção de significado entre as palavras. Observe, nos exemplos a seguir, os fonemas que marcam a distinção entre os pares de palavras:

amor – ator / morro – corro / vento – cento

Cada segmento sonoro se refere a um dado da língua portuguesa que está em sua memória: a imagem acústica que você – como falante de português – guarda de cada um deles. É essa imagem acústica que constitui o fonema. Este forma os significantes dos signos linguísticos. Geralmente, aparece representado entre barras: /m/, /b/, /a/, /v/, etc.

Fonema e Letra

- O fonema não deve ser confundido com a letra. Esta **é a representação gráfica do fonema**. Na palavra *sapo*, por exemplo, a letra "s" representa o fonema /s/ (lê-se *sê*); já na palavra *brasa*, a letra "s" representa o fonema /z/ (lê-se *zê*).

- Às vezes, o mesmo fonema pode ser representado por mais de uma letra do alfabeto. É o caso do fonema /z/, que pode ser representado pelas letras z, s, x: *zebra, casamento, exílio*.

- Em alguns casos, a mesma letra pode representar mais de um fonema. A letra "x", por exemplo, pode representar:

- o fonema /sê/: *texto*
- o fonema /zê/: *exibir*
- o fonema /che/: *enxame*
- o grupo de sons /ks/: *táxi*

- O número de letras nem sempre coincide com o número de fonemas.

<i>Tóxico</i> = fonemas:	/t/ó/k/s/i/c/o/	letras:	t ó x i c o
	1 2 3 4 5 6 7		1 2 3 4 5 6

<i>Galho</i> = fonemas:	/g/a/lh/o/	letras:	g a l h o
	1 2 3 4		1 2 3 4 5

- As letras "m" e "n", em determinadas palavras, não representam fonemas. Observe os exemplos: *compra, conta*. Nestas palavras, "m" e "n" indicam a nasalização das vogais que as antecedem: /õ/. Veja ainda: *nave*: o /n/ é um fonema; *dança*: o "n" não é um fonema; o fonema é /ã/, representado na escrita pelas letras "a" e "n".

- A letra h, ao iniciar uma palavra, não representa fonema.

<i>Hoje</i> = fonemas:	ho /j/ e /	letras:	h o j e
	1 2 3		1 2 3 4

Classificação dos Fonemas

Os fonemas da língua portuguesa são classificados em:

1) Vogais

As vogais são os fonemas sonoros produzidos por uma corrente de ar que passa livremente pela boca. Em nossa língua, desempenham o papel de núcleo das sílabas. Isso significa que em toda sílaba há, necessariamente, uma única vogal.

Na produção de vogais, a boca fica aberta ou entreaberta. As vogais podem ser:

- **Orais:** quando o ar sai apenas pela boca: /a/, /e/, /i/, /o/, /u/.

- **Nasais:** quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais.

/ã/: *fã, canto, tampa*

/ẽ/: *dente, tempero*

/ĩ/: *lindo, mim*

/õ/: *bonde, tombo*

/ũ/: *nunca, algum*

- **Átonas:** pronunciadas com menor intensidade: *até, bola*.

- **Tônicas:** pronunciadas com maior intensidade: *até, bola*.

Quanto ao timbre, as vogais podem ser:

- Abertas: *pé, lata, pó*

- Fechadas: *mês, luta, amor*

- Reduzidas - Aparecem quase sempre no final das palavras: *dedo* ("dedu"), *ave* ("avi"), *gente* ("genti").

2) Semivogais

Os fonemas /i/ e /u/, algumas vezes, não são vogais. Aparecem apoiados em uma vogal, formando com ela uma só emissão de voz (uma sílaba). Neste caso, estes fonemas são chamados de *semivogais*. A diferença fundamental entre vogais e semivogais está no fato de que estas não desempenham o papel de núcleo silábico.

Observe a palavra *papai*. Ela é formada de duas sílabas: *pa - pai*. Na última sílaba, o fonema vocálico que se destaca é o "a". Ele é a vogal. O outro fonema vocálico "i" não é tão forte quanto ele. É a semivogal. Outros exemplos: *saudade, história, série*.

3) Consoantes

Para a produção das consoantes, a corrente de ar expirada pelos pulmões encontra obstáculos ao passar pela cavidade bucal, fazendo com que as consoantes sejam verdadeiros "ruídos", incapazes de atuar como núcleos silábicos. Seu nome provém justamente desse fato, pois, em português, sempre consoam ("soam com") as vogais. Exemplos: /b/, /t/, /d/, /v/, /l/, /m/, etc.

Encontros Vocálicos

Os encontros vocálicos são agrupamentos de vogais e semivogais, sem consoantes intermediárias. É importante reconhecê-los para dividir corretamente os vocábulos em sílabas. Existem três tipos de encontros: o *ditongo*, o *tritongo* e o *hiato*.

1) Ditongo

É o encontro de uma vogal e uma semivogal (ou vice-versa) numa mesma sílaba. Pode ser:

- **Crescente:** quando a semivogal vem antes da vogal: *sé-rie* (i = semivogal, e = vogal)

- **Decrescente:** quando a vogal vem antes da semivogal: *pai* (a = vogal, i = semivogal)

- **Oral:** quando o ar sai apenas pela boca: *pai*

- **Nasal:** quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais: *mãe*

2) Tritongo

É a sequência formada por uma semivogal, uma vogal e uma semivogal, sempre nesta ordem, numa só sílaba. Pode ser oral ou nasal: *Paraguai* - Tritongo oral, *quão* - Tritongo nasal.

3) Hiato

É a sequência de duas vogais numa mesma palavra que pertencem a sílabas diferentes, uma vez que nunca há mais de uma vogal numa mesma sílaba: *saída* (sa-í-da), *poesia* (po-e-si-a).

Encontros Consonantais

O agrupamento de duas ou mais consoantes, sem vogal intermediária, recebe o nome de *encontro consonantal*. Existem basicamente dois tipos:

1-) os que resultam do contato consoante + "l" ou "r" e ocorrem numa mesma sílaba, como em: *pe-dra, pla-no, a-tle-ta, cri-se*.

2-) os que resultam do contato de duas consoantes pertencentes a sílabas diferentes: *por-ta, rit-mo, lis-ta*.

Há ainda grupos consonantais que surgem no início dos vocábulos; são, por isso, inseparáveis: *pneu, gno-mo, psi-có-lo-go*.

Dígrafos

De maneira geral, cada fonema é representado, na escrita, por apenas uma letra: *lixo* - Possui quatro fonemas e quatro letras.

Há, no entanto, fonemas que são representados, na escrita, por duas letras: *bicho* - Possui quatro fonemas e cinco letras.

Na palavra acima, para representar o fonema /xe/ foram utilizadas duas letras: o "c" e o "h".

Assim, o *dígrafo* ocorre quando duas letras são usadas para representar um único fonema (di = dois + grafo = letra). Em nossa língua, há um número razoável de dígrafos que convém conhecer. Podemos agrupá-los em dois tipos: consonantais e vocálicos.

Dígrafos Consonantais

Letras	Fonemas	Exemplos
lh	/lhe/	telhado
nh	/nhe/	marinheiro
ch	/xe/	chave
rr	/re/ (no interior da palavra)	carro
ss	/se/ (no interior da palavra)	passo
qu	/k/ (qu seguido de e e i)	queijo, quiabo
gu	/g/ (gu seguido de e e i)	guerra, guia
sc	/se/	crescer
sç	/se/	desço
xc	/se/	exceção

Dígrafos Vocálicos

Registram-se na representação das vogais nasais:

Fonemas	Letras	Exemplos
/ã/	am	tampa
	an	canto
/ẽ/	em	templo
	en	lenda
/ĩ/	im	limpo
	in	lindo
/õ/	om	tombo
	on	tonto
/ũ/	um	chumbo
	un	corcunda

* **Observação:** "gu" e "qu" são dígrafos somente quando seguidos de "e" ou "i", representam os fonemas /g/ e /k/: guitarra, aquilo. Nestes casos, a letra "u" não corresponde a nenhum fonema. Em algumas palavras, no entanto, o "u" representa um fonema - semivogal ou vogal - (aguentar, língua, aquífero...). Aqui, "gu" e "qu" não são dígrafos. Também não há dígrafos quando são seguidos de "a" ou "o" (quase, averiguo) .

** **Dica:** Conseguimos ouvir o som da letra "u" também, por isso não há dígrafo! Veja outros exemplos: Água = /agua/ nós pronunciamos a letra "u", ou então teríamos /aga/. Temos, em "água", 4 letras e 4 fonemas. Já em guitarra = /gitara/ - não pronunciamos o "u", então temos dígrafo [aliás, dois dígrafos: "gu" e "rr"]. Portanto: 8 letras e 6 fonemas).

Dífonos

Assim como existem duas letras que representam um só fonema (os dígrafos), existem letras que representam dois fonemas. Sim! É o caso de "fixo", por exemplo, em que o "x" representa o fonema /ks/; *táxi* e *crucifixo* também são exemplos de dífonos. Quando uma letra representa dois fonemas temos um caso de **dífono**.

Fontes de pesquisa:

<http://www.soportugues.com.br/secoes/fono/fono1.php>

SACCONI, Luiz Antônio. *Nossa gramática completa Sacconi*. 30ª ed. Rev. São Paulo: Nova Geração, 2010.

Português: novas palavras: literatura, gramática, redação / Emília Amaral... [et al.]. – São Paulo: FTD, 2000.

Português linguagens: volume 1 / Wiliam Roberto Cereja, Thereza Cochar Magalhães. – 7ªed. Reform. – São Paulo: Saraiva, 2010.

Questões

1-) (PREFEITURA DE PINHAIS/PR – INTÉRPRETE DE LIBRAS – FAFIPA/2014) Em todas as palavras a seguir há um dígrafo, EXCETO em

- (A) prazo.
- (B) cantor.
- (C) trabalho.
- (D) professor.

1-)

- (A) prazo – “pr” é encontro consonantal
- (B) cantor – “an” é dígrafo
- (C) trabalho – “tr” encontro consonantal / “lh” é dígrafo
- (D) professor – “pr” encontro consonantal q “ss” é dígrafo

RESPOSTA: “A”.

2-) (PREFEITURA DE PINHAIS/PR – INTÉRPRETE DE LIBRAS – FAFIPA/2014) Assinale a alternativa em que os itens destacados possuem o mesmo fonema consonantal em todas as palavras da sequência.

- (A) Externo – precisa – som – usuário.
- (B) Gente – segurança – adjunto – Japão.
- (C) Chefe – caixas – deixo – exatamente.
- (D) Cozinha – pesada – leção – exemplo.

2-) Coloquei entre barras (/ /) o fonema representado pela letra destacada:

- (A) Externo /s/ – precisa /s/ – som /s/ – usuário /z/
 - (B) Gente /j/ – segurança /g/ – adjunto /j/ – Japão /j/
 - (C) Chefe /x/ – caixas /x/ – deixo /x/ – exatamente /z/
 - (D) cozinha /z/ – pesada /z/ – leção /z/ – exemplo /z/
- RESPOSTA: “D”.

3-) (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR/PI – CURSO DE FORMAÇÃO DE SOLDADOS – UESPI/2014) “Seja Sangue Bom!” Na sílaba final da palavra “sangue”, encontramos duas letras representando um único fonema. Esse fenômeno também está presente em:

- A) cartola.
- B) problema.
- C) guaraná.
- D) água.
- E) nascimento.

3-) Duas letras representando um único fonema = dígrafo

- A) cartola = não há dígrafo
- B) problema = não há dígrafo
- C) guaraná = não há dígrafo (você ouve o som do “u”)
- D) água = não há dígrafo (você ouve o som do “u”)
- E) nascimento = dígrafo: sc

RESPOSTA: “E”.

ESTRUTURA DAS PALAVRAS

As palavras podem ser analisadas sob o ponto de vista de sua estrutura significativa. Para isso, nós as dividimos em seus menores elementos (partes) possuidores de sentido. A palavra *inexplicável*, por exemplo, é constituída por três elementos significativos:

In = elemento indicador de negação

Explic – elemento que contém o significado básico da palavra

Ável = elemento indicador de possibilidade

Estes elementos formadores da palavra recebem o nome de **morfemas**. Através da união das informações contidas nos três morfemas de *inexplicável*, pode-se entender o significado pleno dessa palavra: “aquilo que não tem possibilidade de ser explicado, que não é possível tornar claro”.

MORFEMAS = são as menores unidades significativas que, reunidas, formam as palavras, dando-lhes sentido.

Classificação dos morfemas:

Radical, lexema ou semantema – é o elemento portador de significado. É através do radical que podemos formar outras palavras comuns a um grupo de palavras da mesma família. Exemplo: *pequeno, pequenininho, pequenez*. O conjunto de palavras que se agrupam em torno de um mesmo radical denomina-se **família de palavras**.

Afixos – elementos que se juntam ao radical antes (os **prefixos**) ou depois (**sufixos**) dele. Exemplo: *beleza* (sufixo), *prever* (prefixo), *infiel*.

Desinências - Quando se conjuga o verbo **amar**, obtêm-se formas como *amava, amavas, amava, amávamos, amáveis, amavam*. Estas modificações ocorrem à medida que o verbo vai sendo flexionado em número (singular e plural) e pessoa (primeira, segunda ou terceira). Também ocorrem se modificarmos o tempo e o modo do verbo (*amava, amara, amasse*, por exemplo). Assim, podemos concluir que existem morfemas que indicam as flexões das palavras. Estes morfemas sempre surgem no fim das palavras variáveis e recebem o nome de **desinências**. Há **desinências nominais** e **desinências verbais**.

• **Desinências nominais**: indicam o gênero e o número dos nomes. Para a indicação de gênero, o português costuma opor as desinências -o/-a: *garoto/garota; menino/menina*. Para a indicação de número, costuma-se utilizar o morfema -s, que indica o plural em oposição à ausência de morfema, que indica o singular: *garoto/garotos; garota/garotas; menino/meninos; menina/meninas*. No caso dos nomes terminados em -r e -z, a desinência de plural assume a forma -es: *mar/mares; revólver/revólveres; cruz/cruzes*.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente de Combate as Endemias

1. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA SEUS DETERMINANTES E CONDICIONANTES.

Em 2005, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. A PNPS tem caráter transversal e intersetorial, envolvendo diferentes setores governamentais e a sociedade.

Para uma adequada abordagem de um tema com tamanha complexidade, este deve estar inserido nas agendas de prioridades de diferentes setores da sociedade. Não obstante, é tarefa do setor saúde, em suas várias esferas de gestão, mobilizar os demais setores para que compartilhem desse compromisso de busca de maior qualidade de vida para as populações brasileiras.

Os objetivos da PNPS incluem:

- Estimular a elaboração de políticas, estratégias e ações integradas e intersetoriais que ampliem o acesso aos modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e fortaleçam as ações de prevenção e controle de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) e transmissíveis.
- Definir mecanismos e instrumentos para o monitoramento, acompanhamento e avaliação das estratégias de promoção da saúde e a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) no Brasil.
- Fomentar e desenvolver estudos e pesquisas para a produção de conhecimentos, evidências e práticas no campo da promoção da saúde e Dant.
- Sensibilizar e qualificar gestores, profissionais e usuários de saúde quanto à promoção da saúde, vigilância e prevenção de Dant.
- Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.
- Superar a fragmentação das ações e aumentar a efetividade e eficiência das políticas específicas do setor sanitário mediante o fortalecimento da promoção da saúde como eixo integrador/articulador das agendas dos serviços de saúde e a formulação de políticas públicas saudáveis.

2. PROCESSO DE TRABALHO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, VIGILÂNCIA SANITÁRIA, VIGILÂNCIA AMBIENTAL E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.

Vigilância Epidemiológica: Conjunto de ações que proporcionam 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. (Lei 8080/1990)

1. Epidemiologia: estuda a distribuição dos **problemas** de saúde em populações.

2. Epidemiologia: é comumente definida como o estudo dos determinantes do processo saúde-doença em grupos populacionais.

3. Epidemiologia: palavra de origem grega, na qual: **epi**=sobre.

demos = população.

logia = estudo.

Importante salientar o que os epidemiologistas estudam são os determinantes e as condições de ocorrência de doenças e agravos à saúde em populações humanas, empregados a diversas técnicas e métodos.

Objetivo da Epidemiologia

Estudar as condições de saúde e a ocorrência de doenças na população, procurando identificar os fatores e a sua interdependência que influenciam essas condições e essas ocorrências, para tornar possível que se atue sobre eles, visando à melhoria das condições.

A epidemiologia aponta quem é mais propenso a adoecer e morrer segundo os problemas de saúde, estuda não somente as doenças, mas também os agravos ou causas externas que possam determinar a causa de doença bem como a morte. Exemplos de agravos ou causas externas: acidentes, violência, descarga elétrica, desnutrição, obesidade e outros.

Para o início do estudo da epidemiologia é necessário sabermos conceitos básicos, como: o que é saúde, doença e o processo saúde-doença.

O conhecimento dos fatores determinantes das doenças permite a aplicação de medidas preventivas e curativas.

Conceitos básicos

Saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), "um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou defeito".

Segundo Perkins (1938): "Saúde é um estado de relativo equilíbrio da forma e da função do organismo, resultante de seu sucesso em ajustar-se às forças que tendem a

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente de Combate as Endemias

perturbá-lo. Não se trata de uma aceitação passiva, por parte do organismo, da ação das forças que agem sobre ele, mas de uma resposta ativa de suas forças operando no sentido de reajustamento”.

IMPORTANTE: Ao analisarmos os conceitos acima podemos afirmar que em qualquer condição de saúde ou doença, estão os fenômenos de constante alteração, numa constante batalha contra as diversas forças (biológicas, físicas, sociais e outras) para manter o equilíbrio.

O **Processo Saúde-Doença** se dá à medida que este equilíbrio é afetado, lembrando que os fatores são diversos.

História Natural da Doença

À medida que a epidemiologia identifica causas envolvidas no processo da doença e esclarece a forma pela qual nele participam, vai se tornando possível a elaboração de um modelo descritivo compreendendo as inter-relações entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente, tais como se estabelecem no decorrer do processo (LEAVELL e CLARK, 1965).

Podemos afirmar que a história natural de uma doença é normalmente descrita sob a tríade de fatores: **o hospedeiro, o agente e o ambiente**. Para muitas doenças é útil adicionar um quarto o **vetor**.

Hospedeiro: O homem. Os fatores do hospedeiro são responsáveis pelo grau em que o indivíduo pode-se adaptar as agressões produzidas pelo agente.

Os agentes são substâncias, elementos ou forças, animados ou inanimados, cuja presença ou ausência pode, em um hospedeiro humano suscetível, constituir estímulo para iniciar ou perpetuar um processo doença, podendo ser físicos, químicos ou biológicos.

Meio ambiente entendemos o conjunto de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, resumidamente o ambiente constitui o meio em que vive o hospedeiro.

Exemplos:

Da história natural do **SARAMPO** temos:

O hospedeiro: O HOMEM,

O agente: O VÍRUS

O ambiente: local onde o hospedeiro vive é propício ao contágio e transmissão.

MALÁRIA:

O hospedeiro: O HOMEM,

O agente: Plasmodio

O ambiente: local propício para a procriação do mosquito *Anopheles*

O vetor: O mosquito do gênero *Anopheles*

A Epidemiologia e a Prevenção das Doenças

As aplicações da epidemiologia se dão:

-Estuda a distribuição dos problemas de saúde em populações

-Avaliam vacinas, testes diagnósticos/ tratamentos/ serviços de saúde, mudanças de comportamento.

-Aponta quem é mais propenso a adquirir e morrer desses problemas

-Investiga as causas desses problemas

É necessário que saibamos sobre a história natural da doença, pois podemos assim agir precocemente, ou seja, preventivamente, claro que não em todos os casos.

Período Pré-Patogênico

É o período que pelo qual ocorre à interação preliminar entre agentes potenciais, hospedeiro e fatores ambientais.

Nesta fase podemos dizer que ocorre o início ao estímulo-doença.

Período Patogênico

O período patogênico é onde ocorre a interação entre as reações do hospedeiro e o estímulo-doença.

Temos a fase:

A) Sub-Clínica que é dividida em Patogenia Precoce e Patologia Precoce.

Patogenia precoce: temos o estímulo-doença: Que pode desencadear a eliminação, a permanência sem aumento ou aumentar por multiplicação, por adição ou por agravamento de carência.

Patologia precoce: o paciente não refere sintomas, mas pode apresentar sinais, principalmente aos exames.

B) Patologia Avançada: temos os sinais e sintomas. A doença pode evoluir para Cura, Defeito ou Morte.

O que são determinantes sociais e condicionantes sociais?

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre”. Ao atuarmos sobre as causas das desigualdades de saúde e doença, temos a oportunidade de melhorar a saúde nas regiões mais vulneráveis da cidade. Uma das causas mais importantes são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (determinantes sociais de saúde).

Determinantes Sociais em Saúde segundo Regiões Brasileiras

Instalações sanitárias da população urbana, rede geral de água canalizada, população adulta alfabetizada e acesso à coleta de lixo por serviços de limpeza.

Avanços nos indicadores de desenvolvimento econômico e social, combinados ao aprimoramento de aspectos quantitativos (oferta, uso e cobertura) e qualitativos do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo as ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças nas diferentes regiões, resultaram em inquestionável impacto na qualidade de vida das populações brasileiras.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente de Combate as Endemias

Incremento expressivo no acesso à rede geral de instalações sanitárias, à rede geral de água, à coleta de lixo, à escolaridade de boa qualidade e à redução da pobreza extrema são alguns exemplos desses avanços. Paralelamente, avanços na busca de universalidade das ações do SUS e o aprimoramento da efetividade dos programas e políticas de saúde têm sido perseguidos. Apesar desses avanços, persistem desigualdades que devem ser discutidas e enfrentadas.

O que são agravos à saúde?

No âmbito da Saúde (em serviços, no meio acadêmico e em documentos legais da área) com pelo menos dois significados:

- Nas referências a quadros que não representam, obrigatoriamente, uma doença classicamente definida, como em acidentes, envenenamentos, dentre outros, e
- Em referências a danos à saúde humana em geral, independentemente da natureza, acepção com a qual o termo é geralmente utilizado em documentos oficiais à Saúde.

Vigilância em Saúde

Maurício Monken Carlos Batistella

Aspectos Históricos

A expressão 'vigilância em saúde' remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem – do latim *vigilare* – significa, de acordo com o *Dicionário Aurélio*, observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se.

No campo da saúde, a 'vigilância' está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças.

O isolamento é uma das práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde dos homens (Rosen, 1994; Scliar, 2002; Brasil, 2005). No final da Idade Média, o modelo médico e político de intervenção que surgia para a organização sanitária das cidades deslocava-se do isolamento para a quarentena. Três experiências iniciadas no século XVIII, na Europa, irão constituir os elementos centrais das atuais práticas da 'vigilância em saúde': a medicina de estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina social, na Inglaterra (Foucault, 1982).

O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e o advento da bacteriologia, em meados do século XIX, resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva (Brasil, 2005). Surge, então, em saúde pública, o conceito de 'vigilância', definido pela específica, mas limitada, função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas 'doenças pestilenciais' (Waldman, 1998).

A partir da década de 1950, o conceito de 'vigilância' é modificado, deixando de ser aplicado no sentido da 'observação sistemática de contatos de doentes', para ter significado mais amplo, o de 'acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade', com o propósito de aprimorar as medidas de controle (Waldman, 1998).

Em 1963, Alexander Langmuir, conceituou 'vigilância em saúde' como a "observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la" (Brasil, 2005).

Esta noção de 'vigilância', ainda presente nos dias atuais, baseada na produção, análise e disseminação de informações em saúde, restringe-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias (Waldman, 1998).

Em 1964, Karel Raska, propõe o qualificativo 'epidemiológica' ao conceito de 'vigilância' – designação consagrada no ano seguinte com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1968, a 21ª Assembleia Mundial da Saúde promove ampla discussão sobre a aplicação da 'vigilância' no campo da saúde pública, que resulta em uma visão mais abrangente desse instrumento, com recomendação de sua utilização não só em doenças transmissíveis, mas também em outros eventos adversos à saúde (Waldman, 1998).

Um dos principais fatores que propiciaram a disseminação da 'vigilância' como instrumento em todo o mundo foi a 'campanha de erradicação da varíola', nas décadas de 1960 e 1970. Neste período, no Brasil, a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (1975), se dá através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. No caso da vigilância ambiental, começou a ser pensada e discutida, a partir da década de 1990, especialmente com o advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - VIGISUS (Brasil, 1998; EPSJV, 2002).

O Debate Atual

As discussões que se intensificaram a partir da década de 1990 em torno da reorganização do sistema de 'vigilância epidemiológica', tornando possível conceber a proposta de ação baseada na 'vigilância da saúde', continham pelo menos três elementos que deveriam estar integrados: 1) a 'vigilância' de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela 'vigilância epidemiológica'; 2) a 'vigilância' de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela 'vigilância sanitária'; 3) a 'vigilância' de exposições, através do monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente de Combate as Endemias

populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), este último se coloca como o principal desafio para a estruturação da 'vigilância ambiental' (Freitas & Freitas, 2005; EPSJV, 2002).

No Brasil, o processo de implantação dos distritos sanitários buscava organizar os esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (Teixeira, 2000). Naquele momento, a preocupação incidia sobre a possibilidade de reorganizar a prestação dos serviços, buscando a integração das diferentes lógicas existentes: a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população.

A excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de 'vigilância' (epidemiológica, sanitária e ambiental) também é criticada no âmbito de sua construção conceitual.

Três vertentes apontam diferentes concepções em torno da noção de 'vigilância em saúde': uma primeira, que entende como sinônimo de 'análise de situações de saúde', embora amplie o objeto da 'vigilância epidemiológica', abarcando não só as doenças transmissíveis não incorporam as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. A segunda vertente concebe a 'vigilância em saúde' como integração institucional entre a 'vigilância epidemiológica' e a 'vigilância sanitária', resultando em reformas administrativas e, em alguns casos, no fortalecimento das ações de 'vigilância sanitária' e na articulação com os centros de saúde. Por fim, a terceira noção concebe a 'vigilância em saúde' como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998). Nesta última concepção são revistos os sujeitos, os objetos, meios de trabalho e as formas de organização dos processos de trabalho envolvidos.

De acordo com Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais. Os modelos hegemônicos atuais – o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitário, baseado em campanhas, programas e em ações de 'vigilância epidemiológica' e 'sanitária' – não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.

A busca por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, é estratégia para superar o ciclo biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico em que se encontra o sistema de saúde há quase um século.

A 'vigilância em saúde', entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Entendida como uma 'proposta de ação' e uma 'área de práticas', a 'vigilância em saúde' apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (Paim & Almeida Filho, 2000).

Fundamentada em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia crítica, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc.), a 'vigilância em saúde' recorre a uma 'associação de tecnologias' (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos), necessidades e determinantes socioambientais da saúde. Como combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade de saúde, a 'vigilância em saúde' tem sido reconhecida como um 'modelo de atenção' ou como um 'modo tecnológico de intervenção em saúde' (Paim & Almeida Filho, 2000) ou uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade.

O pensar sistemático sobre o conhecimento, o objeto e o trabalho em saúde dá suporte para a operacionalização do trinômio 'informação-decisão-ação', dimensões estratégicas para o planejamento. Esta reflexão coloca tanto para o diagnóstico quanto para a ação a importância do olhar de cada ator social sobre o seu cotidiano. Portanto, os processos de trabalho da 'vigilância em saúde' apontam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores.

Para Carvalho (2005), embora a corrente da 'vigilância em saúde' venha contribuindo para a consolidação do SUS e aponte corretamente para a reorganização do modelo assistencial, é preciso indicar suas debilidades teóricas e práticas. A 'vigilância em saúde' tenderia a desconsiderar a importância do saber clínico acumulado ao longo da história, dando ênfase demasiada ao papel da epidemiologia e do planejamento na determinação das necessidades de saúde. O autor assinala ainda a subordinação do universo do sofrimento à lógica dos fatores e condições de risco presente na proposta da 'vigilância em saúde'. Em nome do coletivo, esta tenderia a desconsiderar os planos do desejo e do interesse individual que conformam o sujeito. Por fim, à ênfase dada ao método epidemiológico na priorização dos problemas de saúde põe em questão a afirmação de que a 'vigilância em saúde' teria como objeto a saúde e não a doença.

Outra vertente de crítica diz respeito à intersetorialidade. Para Lefèvre e Lefèvre (2004), ao afirmar que a saúde é responsabilidade de todos os setores (habitação, emprego, renda, meio ambiente etc.), a 'vigilância em saúde' esvaziaria a ação específica do setor saúde em detrimento de ações políticas globais com alto grau de generalidade.