

Prefeitura Municipal de Guarujá do Estado de São Paulo

GUARUJÁ-SP

Agente Comunitário De Saúde

Edital 002/2018

JN099-2018

DADOS DA OBRA

Título da obra: Prefeitura Municipal de Guarujá do Estado de São Paulo

Cargo: Agente Comunitário De Saúde

(Baseado no Edital 002/2018)

- Português
- Matemática
- Conhecimentos Específicos

Gestão de Conteúdos

Emanuela Amaral de Souza

Diagramação

Elaine Cristina
Igor de Oliveira
Camila Lopes

Produção Editorial

Suelen Domenica Pereira

Capa

Joel Ferreira dos Santos

Editoração Eletrônica

Marlene Moreno

SUMÁRIO

Português

Interpretação de texto.	71
Acentuação gráfica.	73
Ortografia.	75
Divisão silábica.	79
Pontuação.	14
Adjetivos e substantivos (flexão).	17
Verbos (tempos, modos e vozes).	17
Pronome (emprego e colocação).	17
Crase.	68
Concordância verbal e nominal.	55
Regência verbal e nominal.	60
Estrutura e formação das palavras.	80
Sintaxe: termos essenciais, integrantes e acessórios da oração.....	83
Significação das palavras: sinônimos, antônimos, parônimos e homônimos.....	07

Matemática

Números inteiros e racionais: operações (adição, subtração, multiplicação, divisão potenciação); expressões numéricas; múltiplos e divisores de números naturais; problemas.	01
Frações e operações com frações.	01
Números e grandezas proporcionais: razões e proporções; divisão em partes proporcionais; regra de três simples e composta; porcentagem e problemas.	06
Sistema métrico: medidas de tempo, comprimento, superfície e capacidade.....	27

Conhecimentos Específicos

Cadastramento familiar e territorial: finalidade e instrumentos. Intersetorialidade: conceito e relevância para o trabalho no território.	01
Território: conceito, localização espacial, capacidade de observação e planejamento, vulnerabilidade, cartografia e ambiente físico e social.	11
Ações Educativas: amamentação, prevenção de drogas, doenças crônicas, nutrição, planejamento familiar, educação sexual e prevenção de DST/AIDS.	12
Controle Social: participação e mobilização social.	14
Família: conceito, tipos e estruturas familiares.	14
Saúde da Criança: cuidados ao recém-nascido, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, programa bolsa família, orientações alimentares para a criança.....	21
Saúde do adolescente: vacinação, sexualidade, transtornos alimentares.	21
Saúde do adulto: vacinação, hábitos alimentares saudáveis, doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde do homem, saúde da mulher e atenção ao idoso.	37
Saúde mental: ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas.	37
Violência familiar: violência contra a mulher, a criança, ao adolescente, ao idoso e a pessoas portadores de deficiência física ou mental, e suas prevenções.	48
Saúde Bucal: cuidados na saúde bucal com criança, adolescente e adulto.	48
Proliferação de vetores, pragas e animais peçonhentos: dengue, esquistossomose, toxoplasmosse, febre maculosa e raiva.	49
Meio Ambiente: limpeza da casa e poluição da água, do solo e do ar.	52
Trabalho em equipe: relacionamento interpessoal, humanização, comunicação, liderança, criatividade, iniciativa e participação comunitária.	57
Estatuto da Criança e do Adolescente.	58
Estatuto do Idoso.....	97

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente Comunitário de Saúde

Cadastramento familiar e territorial: finalidade e instrumentos. Intersetorialidade: conceito e relevância para o trabalho no território.	01
Território: conceito, localização espacial, capacidade de observação e planejamento, vulnerabilidade, cartografia e ambiente físico e social.	11
Ações Educativas: amamentação, prevenção de drogas, doenças crônicas, nutrição, planejamento familiar, educação sexual e prevenção de DST/AIDS.	12
Controle Social: participação e mobilização social.	14
Família: conceito, tipos e estruturas familiares.	14
Saúde da Criança: cuidados ao recém-nascido, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, programa bolsa família, orientações alimentares para a criança.	21
Saúde do adolescente: vacinação, sexualidade, transtornos alimentares.	21
Saúde do adulto: vacinação, hábitos alimentares saudáveis, doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde do homem, saúde da mulher e atenção ao idoso.	37
Saúde mental: ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas.	37
Violência familiar: violência contra a mulher, a criança, ao adolescente, ao idoso e a pessoas portadores de deficiência física ou mental, e suas prevenções.	48
Saúde Bucal: cuidados na saúde bucal com criança, adolescente e adulto.	48
Proliferação de vetores, pragas e animais peçonhentos: dengue, esquistossomose, toxoplasmosse, febre maculosa e raiva.	49
Meio Ambiente: limpeza da casa e poluição da água, do solo e do ar.	52
Trabalho em equipe: relacionamento interpessoal, humanização, comunicação, liderança, criatividade, iniciativa e participação comunitária.	57
Estatuto da Criança e do Adolescente.	58
Estatuto do Idoso.	97

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente Comunitário de Saúde

CADASTRAMENTO FAMILIAR E TERRITORIAL: FINALIDADE E INSTRUMENTOS. INTERSETORIALIDADE: CONCEITO E RELEVÂNCIA PARA O TRABALHO NO TERRITÓRIO.

Cadastramento familiar e territorial

" Ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados sócio-sanitários, preenchida pelo agente comunitário de saúde (ACS) no momento do cadastramento das famílias, sendo atualizada permanentemente;

" Fichas de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários, preenchidas mensalmente pelos agentes comunitários de saúde, no momento de realização das visitas domiciliares;

" Fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações, produzidas mensalmente por todos os profissionais das equipes de saúde. Os dados gerados através das fichas de coleta são, em grande parte, agregados, e alguns deles são consolidados antes de serem lançados no programa informatizado. Uma vez processados os dados, são produzidos os relatórios de indicadores do SIAB. São eles:

" Consolidado de famílias cadastradas - apresenta os indicadores demográficos e sócio-sanitários por micro-área, área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região;

" Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias - que consolida mensalmente as informações sobre situação de saúde das famílias acompanhadas por área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região;

" Relatório de produção e marcadores para avaliação - que consolida mensalmente as informações sobre produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras por área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região.

Interpretação Demográfica

Transição demográfica

O conceito de transição demográfica foi introduzido por Frank Notestein, em 1929, e é a contestação factual da lógica malthusiana. Foi elaborada a partir da interpretação das transformações demográficas sofridas pelos países que participaram da Revolução Industrial nos séculos 18 e 19, até os dias atuais. A partir da análise destas mudanças demográficas foi estabelecido um padrão que, segundo alguns demógrafos, pode ser aplicado aos demais países do mundo, embora em momentos históricos e contextos econômicos diferentes.

Ela explica que, durante uma longa fase da história, a natalidade e a mortalidade mantiveram-se elevadas e próximas, caracterizando um crescimento lento. Guerras, epidemias e fome dizimavam comunidades inteiras. A partir da Revolução Industrial teve início a primeira fase, das três que caracterizam o modelo de transição demográfica.

1ª. fase - transição da mortalidade

A Revolução Industrial, o processo de urbanização e de modernização da sociedade foram responsáveis, num primeiro momento, por um crescimento populacional acelerado nos países europeus e posteriormente nos Estados Unidos, Japão, Austrália e outros.

Apesar das péssimas condições de moradia e saúde das cidades industriais, até pelo menos o final do século 19, a elevação da produtividade e da oferta de bens de subsistência propiciaram progressiva melhora no padrão de vida da população. Conquistas sanitárias e médicas, associadas a esta fase de desenvolvimento científico e tecnológico, tiveram impactos diretos na saúde pública e, conseqüentemente, na queda das taxas de mortalidade. Portanto, a primeira fase de transição demográfica é marcada pelo rápido crescimento da população, favorecido pela queda da mortalidade já que as taxas de natalidade, ainda, permaneceram algum tempo elevadas.

2ª. fase - transição da fecundidade

A segunda fase caracteriza-se pela diminuição das taxas de fecundidade (ou seja, o número médio de filhos por mulher em idade de procriar, entre 15 a 49 anos), provocando queda da taxa de natalidade mais acentuada que a de mortalidade e desacelerando o ritmo de crescimento da população.

Aos poucos foram sendo rompidos os padrões culturais e históricos que se caracterizavam pela formação de famílias numerosas. Mas estas transformações culturais foram mais lentas. Levou um certo tempo para que os hábitos e costumes comunitários da sociedade anterior, baseados na organização de um outro padrão familiar, fossem rompidos. A mortalidade infantil elevada induzia as famílias a terem muitos filhos, contando com o fato de que nem todos eles sobreviveriam. Os efeitos sociais das conquistas sanitárias na qualidade de vida permitiram que a mortalidade infantil também diminuísse e as famílias pudessem planejar o que consideravam o número ideal de filhos, numa sociedade que se modernizava.

3ª. fase - a estabilização demográfica

Na terceira fase da transição demográfica as taxas de crescimento ficam próximas de 0%. Ela é o resultado da tendência iniciada na segunda fase: o declínio da fecundidade e a ampliação da expectativa média de vida que acentuou o envelhecimento da população. As taxas de natalidade e de mortalidade se aproximaram a tal ponto que uma praticamente anula o efeito da outra. Esta é a situação encontrada há pouco mais de uma década em diversos países europeus e é denominada de fase de estabilização demográfica.

Fonte: educacao.uol.com.br

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente Comunitário de Saúde

Indicadores epidemiológicos; Técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/doenças da população

Conceitos de Epidemiologia- História Natural da Doença

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.

Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.

Introdução.

A Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis constitui-se como importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, bem como a normatização das atividades técnicas correlatas. Sua operacionalização compreende

uma série de funções específicas, permitindo conhecer o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, de forma que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

São funções da vigilância epidemiológica:

- Coleta de dados.
- Processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados processados.
- Recomendação das medidas de controle apropriadas.
- Promoção das ações de controle indicadas.
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas.
- Divulgação de informações pertinentes.

As mudanças no perfil epidemiológico das populações, no qual se observa declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e crescente aumento das mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas, tem propiciado a incorporação das doenças e agravos não transmissíveis às atividades da vigilância epidemiológica.

As competências de cada esfera do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são mais inerentes à esfera municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local.

Quanto mais capacitada e eficiente for à instância local, mais oportunamente podem ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações aí produzidos serão mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário estadual e nacional e, conseqüentemente, o planejamento adequado da ação governamental.

Para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), a atual orientação estabelece como prioridade o fortalecimento dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica, que devem ser dotados de autonomia técnico-gerencial para enfocar os problemas de saúde próprios de suas áreas de abrangência. As secretarias estaduais devem, cada vez mais, deixar de desempenhar o papel de executoras para assumir as responsabilidades de coordenação, supervisão e monitoramento das ações, de acordo com as responsabilidades estabelecidas na Portaria GM/MS n. 1.172/04.

Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.

Aspectos gerais

A informação para a vigilância epidemiológica destina-se à tomada de decisões – informação para a ação. Este princípio deve reger as relações entre os responsáveis pela vigilância e as diversas fontes que podem ser utilizadas para o fornecimento de dados. Dentre essas, a principal é a notificação, ou seja, a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente Comunitário de Saúde

Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação.

A atual listagem das doenças de notificação nacional foi estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS n. 05, de 21 de fevereiro de 2006. Os dados correspondentes compõem o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), descrito no capítulo IV deste livro.

As Secretarias Estaduais de Saúde e municípios podem adicionar à lista outras patologias de interesse regional ou local, justificada a sua necessidade e definidos os mecanismos operacionais correspondentes.

O caráter compulsório da notificação implica responsabilidades formais para todo cidadão, e uma obrigação inerente ao exercício da medicina, bem como de outras profissões na área da saúde.

Aspectos que devem ser considerados na notificação:

- Notificar a simples suspeita da doença, sem aguardar a confirmação do caso, pois isto pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente.

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

- O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações.

Além da notificação compulsória, o Sistema de Vigilância Epidemiológica pode definir doenças e agravos como de notificação simples. O Sinan é o principal instrumento de coleta dos dados de notificação compulsória.

Fontes adicionais de dados epidemiológicos:

- Inquérito epidemiológico.
- Levantamento epidemiológico.
- Investigação epidemiológica de campo.
- Sistemas sentinelas.

Emergências em saúde públicas

Respostas às doenças emergentes e reemergentes, surtos e emergência em saúde pública.

A ocorrência de epidemias e pandemias por doenças emergentes ou reemergentes fez com que a comunidade internacional aprimorasse os serviços de vigilância em saúde. Dentre os fatores que contribuíram para esta mudança estão: a pressão demográfica; mudanças no comportamento social e alterações ambientais. A globalização que integrou os países refletiu no aumento da circulação de pessoas e mercadorias, estreitou as distâncias e o compartilhamento de agentes de doenças que são endêmicos ou inofensivos em determinadas regiões, mas que podem provocar graves problemas de ordem econômica, social, política e de saúde.

A expansão da circulação do vírus da influenza, H5N1, bem como a pandemia por síndrome respiratória aguda grave, mais conhecida por SARS, e o uso de Antraz em atos terroristas são alguns exemplos da necessidade de aperfeiçoamento na vigilância em saúde em âmbito internacional e nacional (federal, estadual e municipal).

Todas as ações de respostas à emergência em saúde pública devem se realizar de maneira coordenada e articulada entre as três esferas de governo, sendo fundamental o papel das SES na articulação e assessoria junto aos municípios.

Diante deste cenário e continuando o processo de estruturação e aperfeiçoamento do serviço de recebimento, processamento e resposta oportuna às emergências epidemiológicas, existe no âmbito da SVS/MS o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs), que articula as necessidades de respostas rápidas às emergências epidemiológicas junto as SES. Os profissionais de saúde dos serviços públicos e privados e técnicos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde constituem-se como fonte notificadora do Cievs.

Para o aperfeiçoamento das respostas às emergências epidemiológicas é necessário que se contemple uma série de pontos, como:

- Aumento da sensibilidade para a detecção de eventos relevantes, por meio da institucionalização de canais permanentes para recebimento e processamento de notificações.

- Articulação e agilidade dos processos de verificação e análise de relevância das emergências epidemiológicas entre as diferentes esferas de gestão do SUS.

- Ampliação da capacidade técnica de respostas às emergências epidemiológicas;

- Ampliação das estruturas físicas e logísticas para o enfrentamento das emergências epidemiológicas.

- Desenvolvimento de instrumentos para monitorar e avaliar a estruturação institucional no enfrentamento das emergências epidemiológicas, permitindo o aprimoramento e manutenção dos sistemas implementados.

Plano Brasileiro de Preparação para Pandemia de Influenza.

Fatos recentes vêm alertando o mundo para a ameaça de ocorrência de uma nova pandemia de gripe, tornando-se urgente que a sociedade se prepare para o seu enfrentamento.

Atualmente há uma preocupação global com a possibilidade de surgimento de um novo subtipo pandêmico do vírus influenza, que pode vir a constituir-se em uma ameaça que poderá impactar gravemente os sistemas de saúde, além de provocar sérias consequências sociais e econômicas. Frente a esse fato, os países reunidos na Assembleia Mundial da Saúde de 2003 aprovaram uma resolução incentivando que todos elaborassem planos de preparação que pudessem fazer frente a uma nova pandemia de influenza.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente Comunitário de Saúde

O plano brasileiro foi elaborado por um grupo técnico especialmente constituído para esse fim, tendo como base as discussões acumuladas até o momento e as orientações da Organização Mundial da Saúde.

O objetivo geral desse plano é impedir a entrada e minimizar os efeitos da disseminação de uma cepa pandêmica sobre a morbimortalidade e suas repercussões na economia e no funcionamento dos serviços essenciais do país.

Para o acompanhamento e a proposição de medidas emergenciais necessárias para a implementação deste plano foi instituído um Grupo Executivo Interministerial, criado pelo Decreto Presidencial n. 205, de 24 de outubro de 2005, que conta com representantes da Presidência da República (Casa Civil e Gabinete de Segurança Institucional); Ministério da Saúde (responsável pela coordenação deste grupo); Ministério da Fazenda; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério da Agricultura, Pecuária e abastecimento; Ministério da Integração Nacional; Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Justiça e Ministério da Defesa.

No Brasil, o Sistema de Vigilância da Influenza está implantado em 46 unidades sentinelas, a maioria delas localizadas nas capitais das cinco regiões brasileiras, em 20 estados e no Distrito Federal, com previsão de concluir a implantação ou reimplantação, em todos os estados, em 2006.

Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

As doenças de notificação compulsória constituem risco à saúde da população e para que sejam desencadeadas ações de controle é primordial o conhecimento oportuno da ocorrência das mesmas.

O ambiente hospitalar é uma importante fonte para a notificação dessas doenças, principalmente dos casos mais graves, com impacto para a saúde pública no país. A detecção de aumento do número de casos de doenças transmissíveis pode levar a identificação de epidemias, sendo fundamental o conhecimento precoce para a adoção de medidas de controle. Além disso, o hospital é fonte de informação para outros problemas de saúde, possibilitando o acompanhamento do perfil de morbimortalidade da população atendida, apoiando o planejamento do sistema de saúde.

O Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria GM/n. 2.529, de 23 de novembro de 2004, o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar com o objetivo de ampliar a detecção, notificação e investigação de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e de outros agravos emergentes e reemergentes. A implantação desse subsistema está regulamentada pela Portaria SVS/MS n. 1, de 17 de janeiro de 2005.

As atividades realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), estão vinculadas às unidades de saúde componentes da Rede de Hospitais de Referência, que será composta de 190 hospitais, subdividida em três níveis. Até 31 de agosto 2006, 152 núcleos já foram implantados, sendo 75, "Nível I", 45, "Nível II" e 32, "Nível III", distribuídos em 24 Unidades Federadas.

Compete ao Gestor Estadual do SUS:

- Apoiar os hospitais na implantação do NHE.
- Elaborar e disseminar o processo de implantação desta portaria.
- Prestar assessoria técnica e supervisão no funcionamento dos NHE.
- Definir o responsável técnico pela gestão do subsistema no estado.
- Assessorar e supervisionar as ações de VE no âmbito hospitalar, de forma complementar a atuação dos municípios.
- Definir o processo de estruturação do Sistema de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar em nível estadual, integrando-o às normas e rotinas já estabelecidas pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação.
- Proceder à normalização técnica complementar da esfera federal para a sua unidade federada.
- Divulgar informações e análise de doenças notificadas pelos hospitais.
- Monitorar e avaliar o desempenho dos NHE, em articulação com os gestores municipais, quando cabível.

Programas de prevenção e controle de doenças

Nesta seção serão apresentados os principais programas de prevenção e controle de doenças, entretanto as ações de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis abrangem um elenco muito maior de agravos como: as doenças imunopreveníveis (sarampo, tétano, coqueluche, etc.); antroponozoonoses e doenças transmitidas por vetores (leishmaniose, esquistossomose, leptospirose, febre amarela, raiva, etc.); as doenças de veiculação hídrica e alimentar (febre tifoide, botulismo, etc.) e de veiculação respiratória, como as meningites.

Programa Nacional de Controle da Dengue

Aspectos gerais

Em nosso país, as condições socioambientais favoráveis à expansão do *Aedes aegypti* possibilitaram uma dispersão desse vetor, desde sua reintrodução em 1976, para mais de 3.500 municípios.

Programa essencialmente centrados no combate químico, com baixíssima ou mesmo nenhuma participação da comunidade, sem integração intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico mostraram-se incapazes de conter um vetor com altíssima capacidade de adaptação ao novo ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos da população.

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que incorporou as lições das experiências nacionais e internacionais de controle da dengue, enfatizando a necessidade de mudança nos modelos anteriores, fundamentalmente em alguns aspectos essenciais:

- A elaboração de programas permanentes, uma vez que não existe qualquer evidência técnica de que erradicação do mosquito seja possível, em curto prazo.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente Comunitário de Saúde

- O desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização das pessoas, de maneira a se criar uma maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor.

- O fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença.

- A melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor.

- A integração das ações de controle da dengue na atenção básica.

- A utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas, etc..

- A atuação multissetorial por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recipientes seguros para armazenagem de água.

- O desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações de controle desenvolvidas.

Verifica-se que quase 70% dos casos notificados da dengue no país se concentram em municípios com mais de 50.000 habitantes que, em sua grande maioria, fazem parte de regiões metropolitanas ou polos de desenvolvimento econômico.

Dos 5.564 municípios brasileiros, 653 (11,7%) são prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Estes municípios concentram 55,3% (101.811.213) da população do país.

O PNCD está baseado em 10 componentes. Em cada Unidade Federada deverão ser realizadas adequações condizentes com as especificidades locais, inclusive com a possibilidade da elaboração de planos sub-regionais, em sintonia com os objetivos, metas e componentes do PNCD, cabendo às SES a coordenação desse processo.

Objetivos e metas

Os objetivos do PNCD são:

- Reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*.
- Reduzir a incidência da dengue.
- Reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue.

A participação das regiões do país na distribuição dos casos de dengue varia ano a ano. No início da década de 1990, a maior proporção de casos era proveniente das Regiões Sudeste e Nordeste. Nos últimos, anos a região Nordeste tem participação maior que o Sudeste, porém as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram aumento gradativo de casos. Nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul não há transmissão autóctone da doença.

Atribuições e responsabilidades

As esferas federal, estadual e municipal têm atribuições distintas e complementares na implantação, gestão e acompanhamento do PNCD. Abaixo estão listadas algumas atribuições e responsabilidades da esfera estadual.

Ao estado compete:

- A gestão da vigilância epidemiológica e entomológica da dengue.

- Execução de ações de Vigilância Epidemiológica e Controle da Dengue, de forma complementar a atuação dos municípios.

- Supervisão, monitoramento e avaliação das ações executadas nos municípios.

- Gestão dos estoques estaduais de inseticidas, biolarvicidas para combate ao vetor e meios de diagnóstico da dengue (kit diagnóstico).

- Gestão do sistema de informação da dengue no âmbito estadual, consolidação e envio regular à instância federal.

- Análise e retroalimentação dos dados da dengue aos municípios.

- Divulgação de informações e análises epidemiológicas da situação da dengue no estado.

Programa Nacional de Controle da Malária

Aspectos gerais

A malária é reconhecida como grave problema de saúde pública no mundo, atingindo 40% da população de mais de 100 países. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que ocorrem no mundo cerca de 300 a 500 milhões de novos casos e um milhão de mortes ao ano.

A malária continua sendo um grave problema de saúde pública na região Amazônica, devido à alta incidência e aos efeitos debilitantes para as pessoas acometidas por essa doença, com um importante potencial de influenciar o próprio desenvolvimento dessa região.

Com o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), o Ministério da Saúde estabelece uma política permanente para a prevenção e o controle dessa endemia, agregando as sugestões emanadas do processo contínuo de avaliação realizado pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e pelo Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento.

O Programa é alicerçado em uma série de componentes, listados abaixo, que correspondem às estratégias de intervenção, a serem implementadas e/ou fortalecidas de forma integrada, de acordo com as características da malária em cada área. Os dois últimos componentes se referem a importantes elementos para sustentação do controle da doença:

- Apoio à estruturação dos serviços locais de saúde.
- Diagnóstico e tratamento.
- Fortalecimento da vigilância da malária.
- Capacitação de recursos humanos.
- Educação em saúde, Comunicação e Mobilização social (ESMS).
- Controle seletivo de vetores.
- Pesquisa.
- Monitoramento do PNCM.
- Sustentabilidade política.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Agente Comunitário de Saúde

Embora a malária continue sendo grave problema de saúde pública na região Amazônica, ela é passível de intervenção efetiva pelos serviços de saúde. A intensificação das ações de controle da malária tem contribuído para modificar a dinâmica da transmissão da doença na região, alcançando resultados promissores na maioria dos municípios. Este novo perfil da transmissão da malária torna mais factível a abordagem do problema pelos serviços de saúde.

A análise sistemática dos dados produzidos pelos sistemas de informação dos serviços de saúde permite identificar mudanças na dinâmica da transmissão da doença e readequação, em tempo hábil, das estratégias de enfrentamento.

A rede estruturada para realizar o diagnóstico de malária vem sendo fortalecida desde o ano 2000, passando de 1.182, em 1999, para 2.909 laboratórios, em 2005, o que significa um aumento de 146%. Atualmente, existem 13.934 unidades notificantes na Amazônia Legal e 37.735 agentes notificantes – esta expansão da rede diagnóstica visa melhorar o acesso da população amazônica ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno e adequado.

Em 2001, com o objetivo de monitorar a resistência às drogas antimaláricas em toda a região amazônica, foi criada a Rede Amazônica de Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas (Ravreda), utilizando protocolos padronizados para a avaliação da suscetibilidade dos parasitos aos medicamentos. Os trabalhos desenvolvidos no projeto Ravreda visam subsidiar o Programa Nacional de Controle da Malária. Assim, todos os estudos propostos estão no campo da pesquisa aplicada e têm por objetivo fornecer informações para a tomada de decisão baseada em evidências.

Os estudos realizados pela rede foram fundamentais para orientar importantes mudanças no Programa Nacional de Controle da Malária, tais como a alteração da terapêutica para o tratamento da malária falciparum.

Objetivos e metas

Os objetivos do PNCM são:

- Reduzir a incidência da malária.
- Reduzir a mortalidade por malária.
- Reduzir as formas graves da doença.
- Eliminar a transmissão da malária em áreas urbanas nas capitais.
- Manter a ausência da transmissão da doença nos locais onde ela tiver sido interrompida.

Situação epidemiológica atual

Na região extra-amazônica, 64% dos casos registrados são importados: cerca de 55% são provenientes dos estados pertencentes à Amazônia Legal e aproximadamente 9%, de outros países, destacando os vizinhos da América do Sul (Guiana Francesa, Paraguai e Suriname) e da África. Destacam-se, na transmissão, os municípios localizados às margens do lago da usina hidrelétrica de Itaipu, as áreas cobertas pela Mata Atlântica nos estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia e a região Centro-Oeste (estados de Goiás e Mato Grosso do Sul). Os 36% restantes são casos autóctones esporádicos que ocorrem em áreas focais restritas.

Para intensificação das ações de controle, de acordo com o risco de transmissão, Incidência Parasitária Anual (IPA) por 1.000 habitantes, os municípios foram estratificados como de:

- Alto risco – IPA maior ou igual a 50 casos de malária por mil habitantes.
- Médio risco – IPA entre 10 e 49,9 casos de malária por mil habitantes.
- Baixo risco – IPA até 9,9 casos de malária por mil habitantes.

Entre 1999 e 2005, observa-se uma diminuição do número de municípios de alto risco, de 160 para 109 (31,9%), e de médio risco, de 129 para 93 (27,9%). Conseqüentemente, o número de municípios sem notificação de casos teve um incremento de 164 para 193 (17,7%); e os de baixo risco de transmissão, de 339 para 412 (21,5%).

Na Amazônia Legal, a maior parte dos casos de malária é devida ao *P. vivax*. No entanto, é preocupante o incremento do percentual de casos de malária por *P. falciparum*, o que favorece a ocorrência de formas graves e óbitos. No período de 1999 a 2005, observa-se aumento de 19,2% para 25,7% na proporção de malária por *P. falciparum*, representando um incremento de 33,9%.

Os estados que mais contribuíram para esse incremento na proporção de malária por *P. falciparum* foram Amapá (189,8%), Maranhão (156,5%), Amazonas (41,2%), Pará (30,0%) e Mato Grosso (23,1%).

Em 2005, 33% das internações foram decorrentes de malária por *P. falciparum*, entretanto a notificação de formas não especificadas e outras formas representaram 29% dos casos, denotando deficiência no diagnóstico específico da rede hospitalar, bem como na atualização de dados do sistema de informações. Esse fato pode influenciar o tratamento adequado e aponta para a necessidade de capacitação das equipes de atenção hospitalar, sendo importante as Secretarias Estaduais de Saúde orientarem os municípios nesse aspecto.

Apesar do aumento do número absoluto de casos nos últimos anos, observa-se uma redução significativa na proporção de óbitos e internações por malária na Amazônia Legal.

Atribuições e responsabilidades

As esferas federal, estadual e municipal têm atribuições distintas e complementares na implantação, gestão e acompanhamento do PNCM. Abaixo estão listadas algumas atribuições e responsabilidades da esfera estadual presentes no Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária publicado em 2003 pela Secretaria de Vigilância em Saúde:

- Coordenação estadual do PNCM.
- Gestão da vigilância epidemiológica e entomológica da malária.
- Execução de ações de Vigilância Epidemiológica e Controle da Malária, de forma complementar à atuação dos municípios.
- Assistência técnica aos municípios.