

SAÚDE COLETIVA PARA INICIANTEs

Políticas e Práticas Profissionais

 **Érica** | **Saraiva**



Raphaela Karla de Toledo Solha

Saúde Coletiva para Iniciantes

Políticas e Práticas Profissionais

2ª Edição

 **Érica** | **Saraiva**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Solha, Raphaela Karla de Toledo Saúde coletiva para iniciantes : políticas e práticas profissionais / Raphaela Karla de Toledo Solha. -- 2. ed. -- São Paulo : Érica, 2014.		
Bibliografia. ISBN 978-85-365-1097-2		
1. Política de saúde - Brasil 2. Promoção da saúde 3. Saúde coletiva - Brasil 4. Saúde pública - Brasil 5. Serviços de saúde I. Título.		
14-06558	Editado também como livro impresso	CDD-614.0981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Saúde coletiva 614.0981

Copyright © 2014 da Editora Érica Ltda.

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida por qualquer meio ou forma sem prévia autorização da Editora Érica. A violação dos direitos autorais é crime estabelecido na Lei nº 9.610/98 e punido pelo Artigo 184 do Código Penal.

Coordenação Editorial:	Rosana Arruda da Silva
Capa:	Maurício S. de França
Edição de Texto:	Beatriz M. Carneiro, Bruna Gomes Cordeiro, Carla de Oliveira Moraes Tureta, Juliana Ferreira Favoretto, Nathalia Ferrarezi, Silvia Campos
Preparação e revisão de texto:	Luciana Soares
Produção Editorial:	Adriana Aguiar Santoro, Aline Bullara, Dalete Oliveira, Grazielle Liborni, Laudemir Marinho dos Santos, Rosana Aparecida Alves dos Santos, Rosemeire Cavalheiro
Editoração:	Join Bureau

A Autora e a Editora acreditam que todas as informações aqui apresentadas estão corretas e podem ser utilizadas para qualquer fim legal. Entretanto, não existe qualquer garantia, explícita ou implícita, de que o uso de tais informações conduzirá sempre ao resultado desejado. Os nomes de sites e empresas, porventura mencionados, foram utilizados apenas para ilustrar os exemplos, não tendo vínculo algum com o livro, não garantindo a sua existência nem divulgação. Eventuais erratas estarão disponíveis para download no site da Editora Érica.

Consulte sempre um médico.

Conteúdo adaptado ao Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, em execução desde 1º de janeiro de 2009.

A ilustração de capa e algumas imagens de miolo foram retiradas de <www.shutterstock.com>, empresa com a qual se mantém contrato ativo na data de publicação do livro. Outras foram obtidas da Coleção MasterClips/MasterPhotos® da IMSI, 100 Rowland Way, 3rd floor Novato, CA 94945, USA, e do CorelDRAW X5 e X6, Corel Gallery e Corel Corporation Samples. Copyright© 2013 Editora Érica, Corel Corporation e seus licenciadores. Todos os direitos reservados.

Todos os esforços foram feitos para creditar devidamente os detentores dos direitos das imagens utilizadas neste livro. Eventuais omissões de crédito e copyright não são intencionais e serão devidamente solucionadas nas próximas edições, bastando que seus proprietários contatem os editores.

Seu cadastro é muito importante para nós

Ao preencher e remeter a ficha de cadastro constante no site da Editora Érica, você passará a receber informações sobre nossos lançamentos em sua área de preferência.

Conhecendo melhor os leitores e suas preferências, vamos produzir títulos que atendam a suas necessidades.

Contato com o editorial: editorial@editoraerica.com.br

Editora Érica Ltda. | Uma Empresa do Grupo Saraiva

Rua São Gil, 159 - Tatuapé

CEP: 03401-030 - São Paulo - SP

Fone: (11) 2295-3066 - Fax: (11) 2097-4060

www.editoraerica.com.br

Agradecimentos

Aos meus pais, Susana e Djalma, por mostrarem o valor do trabalho honesto.

Ao meu marido, Márcio, pela paciência e pelos finais de semana perdidos.

À minha Tia Sarita, professora da rede pública por mais de 40 anos, que me ensinou o amor por ensinar e aprender.

À Patrícia Tavares, pela revisão técnica do livro.

Sobre a autora

Raphaela K. T. Solha é enfermeira por formação e educadora por paixão! Graduou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), onde também fez mestrado em Ciências da Saúde. Sempre trabalhou com saúde coletiva no município de São Paulo: como docente de diversos cursos na área, técnicos e de pós-graduação, como enfermeira e gerente de Unidade Básica de Saúde, com Estratégia de Saúde da Família. Além disso, é consultora de instituições educacionais, contribuindo na elaboração de planos de curso e de material didático.

Sumário

Capítulo 1 - O Processo Saúde-Doença: Evolução Histórica	11
1.1 Um passeio pela história	11
1.1.1 A visão mágica	11
1.1.2 Hipócrates, o pai da Medicina	12
1.1.3 A Idade Média	13
1.1.4 O Renascimento	13
1.1.5 O Iluminismo	14
1.1.6 A era bacteriológica	15
1.1.7 O modelo multicausal	16
1.1.8 A determinação social da doença	16
1.2 O conceito ampliado de saúde	17
Agora é com você!	18
Capítulo 2 - Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	21
2.1 Conceitos iniciais	21
2.2 Prevenção de doenças	23
2.3 Promoção da saúde	24
Agora é com você!	27
Capítulo 3 - História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil	29
3.1 Do descobrimento do Brasil até a chegada da família real	29
3.2 Da Proclamação da República até 1930	31
3.3 A Era Vargas	33
3.4 Do final da ditadura Vargas até o golpe militar	34
3.5 Do golpe militar à VIII Conferência Nacional de Saúde	35
Agora é com você!	37
Capítulo 4 - O SUS: Organização, Leis e Evolução	39
4.1 Generalidades	39
4.1.1 O que é um sistema?	40
4.2 Os princípios	41
4.3 As diretrizes	42
4.3.1 Descentralização/regionalização	42
4.3.2 Participação popular	43

4.3.3 Hierarquização dos serviços	44
4.4 A legislação e o financiamento.....	46
4.5 Os pactos pela saúde.....	48
4.6 Os desafios	48
Agora é com você!.....	49
Capítulo 5 - A Atenção Básica no Brasil.....	51
5.1 A Atenção Básica (AB) em saúde	51
5.1.1 Os serviços da AB.....	53
5.2 A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	54
5.3 A Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	56
5.3.1 Atribuições das equipes	57
5.3.2 O território	58
5.3.3 O diagnóstico de saúde	60
5.3.4 O processo de trabalho	60
Agora é com você!.....	62
Capítulo 6 - Risco, Vulnerabilidade e Fatores de Risco em Saúde	65
6.1 Conceitos de risco e vulnerabilidade em saúde.....	65
6.1.1 Fatores de risco e de proteção	67
6.1.2 Obesidade.....	68
6.1.3 Sedentarismo.....	69
6.1.4 Alimentação inadequada.....	69
6.1.5 Tabagismo.....	70
6.1.6 Uso de álcool	70
6.1.7 Estresse.....	71
6.2 Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	71
Agora é com você!.....	73
Capítulo 7 - Vigilância em Saúde	75
7.1 Aspectos gerais.....	75
7.1.1 Sistemas de informação	78
7.2 Vigilância Epidemiológica.....	79
7.3 Vigilância Sanitária.....	84
7.4 Vigilância Ambiental.....	85
7.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador	86
Agora é com você!.....	87

Capítulo 8 - Introdução às Doenças Transmissíveis	89
8.1 Visão geral.....	89
8.1.1 O perfil epidemiológico das DT no Brasil.....	90
8.2 Características gerais das DT	91
8.2.1 O desenvolvimento da doença.....	93
8.2.2 Os estágios da doença	95
8.2.3 A quebra da cadeia de transmissão de doenças.....	96
8.3 As DT relevantes no Brasil.....	97
8.3.1 Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM).....	97
8.3.2 Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH).....	98
8.3.3 Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)	99
8.3.4 Política Nacional de DST/Aids	99
8.3.5 Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).....	100
8.3.6 Programa Nacional de Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PNPCHV).....	101
8.4 Medidas de prevenção e controle.....	103
Agora é com você!	104
Capítulo 9 - Programa Nacional de Imunizações.....	105
9.1 O Sistema Imunológico (SI)	105
9.1.1 Os órgãos e as células do sistema imunológico	106
9.2 O Programa Nacional de Imunizações (PNI)	109
9.2.1 Estratégias do PNI.....	110
9.2.2 Composição das vacinas, contraindicações e eventos adversos	111
9.2.3 Rede de frio	112
9.3 Calendário vacinal para todas as faixas etárias.....	113
Agora é com você!.....	118
Capítulo 10 - Educação para a Saúde.....	119
10.1 O que é educação?	119
10.2 Planejamento das atividades educativas	121
10.2.1 As palestras/aulas educativas	122
10.2.2 Os grupos educativos	124
Agora é com você!.....	127
Bibliografia	129

Apresentação

Este livro foi pensado e escrito com muito cuidado para você, estudante de curso técnico na área de saúde.

O tema principal aqui é saúde pública/saúde coletiva, com sua história, suas políticas e seus programas. Todas as informações contidas nesta obra têm como objetivo preparar você para uma atuação de qualidade, permeada por preceitos éticos e de solidariedade.

O livro está dividido da seguinte forma:

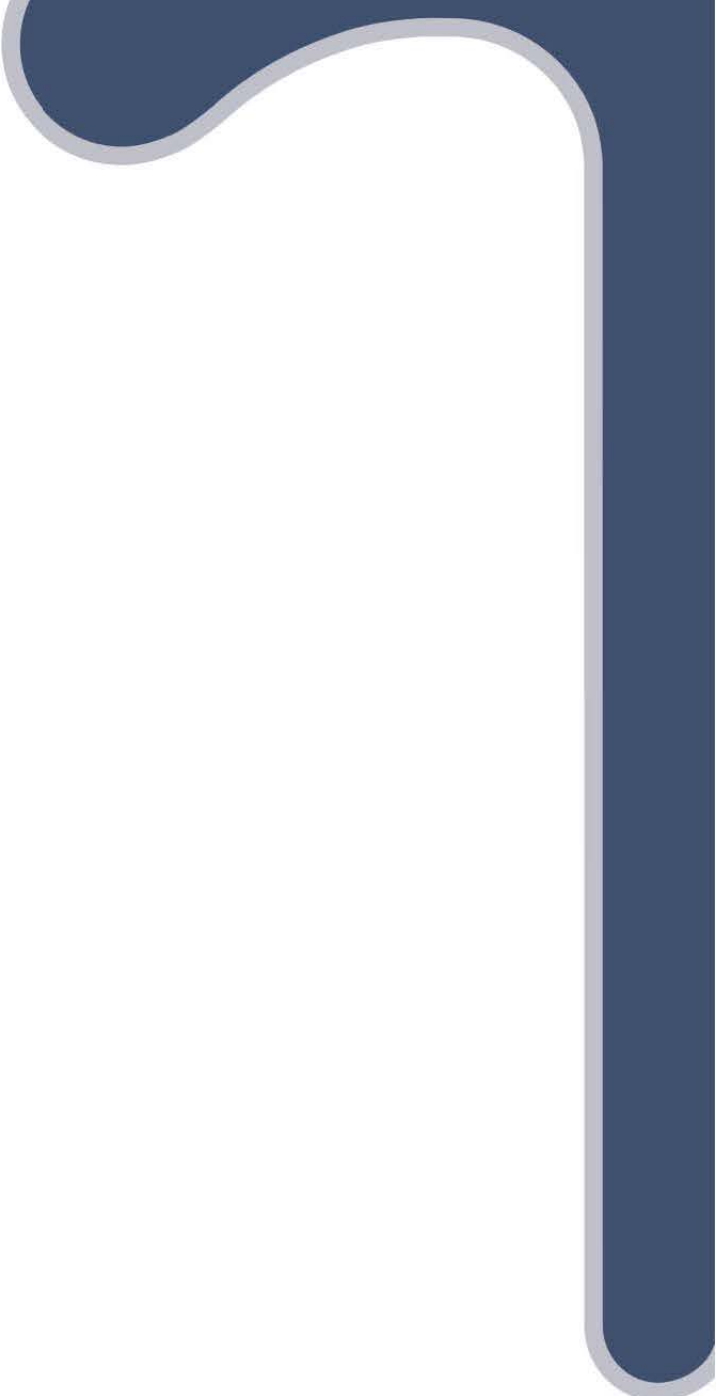
- » Apresentação e discussão do processo saúde-doença, com a evolução desse conceito desde a Pré-História até a atualidade.
- » Promoção da saúde e prevenção de doenças, com a definição desses conceitos fundamentais na saúde pública, que podem e devem ser conhecidos e aplicados por todos os profissionais da área e pela população.
- » Apresentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a história do sistema de saúde no Brasil, até a atualidade, com sua filosofia e diretrizes de funcionamento, incluindo o enfoque na atenção básica.
- » Conceito de risco e vulnerabilidade, fatores de risco mais frequentemente responsáveis pelo adoecimento no Brasil e como o profissional de saúde pode atuar preventivamente diante dos fatores de risco.
- » Vigilância em saúde no Brasil, suas principais características e seu impacto no cotidiano da população e de profissionais.
- » Introdução ao estudo das doenças transmissíveis, apresentação dos aspectos gerais das doenças transmissíveis de maior relevância no Brasil e seu controle, bem como do Programa Nacional de Imunização, principal estratégia de prevenção a uma série de doenças transmissíveis.

Cada capítulo apresenta sugestões de livros, filmes e vídeos que você pode ler e assistir para aprofundar seu conhecimento. Elas estão no corpo do texto ou na seção “Amplie seus conhecimentos”. É muito importante que você estude além do livro, a fim de adquirir mais informações.

Ao final de cada capítulo, existem questões para você por à prova o que estudou. Faça as pesquisas indicadas e discuta os temas em sala de aula com o(a) professor(a) e os colegas, pois essas discussões ajudam a consolidar o conhecimento. Você também pode acessar o site para conferir se suas respostas estão corretas.

Boa leitura e bom estudo!

A autora



1

O Processo Saúde-Doença: Evolução Histórica

Para começar

Este capítulo apresenta a evolução do conceito de saúde por meio da história. Você notará como a visão sobre o processo saúde-doença foi mudando, desde as sociedades primitivas até a atualidade. Também serão aprofundadas as mais importantes teorias formuladas para explicar o processo saúde-doença, do último século até a definição calcada na Constituição Brasileira de 1988.

1.1 Um passeio pela história

A saúde e a doença sempre fizeram parte da relação do homem com o seu meio, seja ele natural (aqui nos referimos ao meio ambiente) ou social, e foram vistas e compreendidas de formas diferentes. Cada época explica a saúde e a doença a partir dos recursos disponíveis para essa compreensão, recursos esses determinados pelas estruturas social, científica e política específicas do momento histórico vivido. A seguir, você conhecerá diversas visões sobre o processo saúde-doença em distintos períodos da civilização.

1.1.1 A visão mágica

Nos primórdios da civilização, a saúde era vista como algo natural e, portanto, não havia a necessidade de explicá-la, ela simplesmente acontecia. Já a doença, ou outros agravos de saúde, podia ser elucidada de duas formas: ou era provocada por situações “palpáveis”, como quedas e ataques de animais, ou com base no sobrenatural, caso das doenças transmissíveis ou outras disfunções

orgânicas, como doenças provocadas por deficiências nutricionais. O sobrenatural explicava tudo o que os humanos não podiam compreender em razão das limitações de seus recursos tecnológicos.

As doenças eram vistas como castigos dos deuses sobre as pessoas e as populações que haviam falhado em cumprir suas obrigações morais e religiosas perante eles e sua comunidade. Como estavam ligadas aos deuses, era papel dos sacerdotes ajudar os doentes e guiá-los na procura pela cura.

Mesmo com essa visão ligada ao sobrenatural, as sociedades primitivas já tinham hábitos que as protegiam do adoecimento, como enterrar os dejetos, beber água limpa e se abrigar do frio e do calor intensos; tais hábitos eram resultado da observação da natureza e da influência dela sobre as pessoas.

A visão mágica atendeu à necessidade de explicação sobre as causas das doenças durante um longo período e em diversas civilizações, com variações de acordo com a cultura e os costumes locais.

1.1.2 Hipócrates, o pai da Medicina

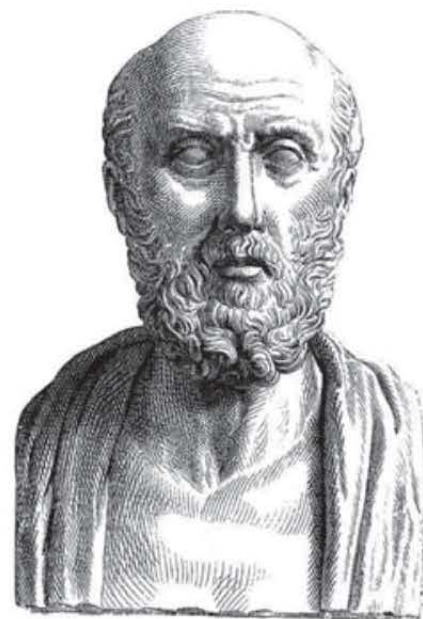
Na civilização grega, que alcançou seu apogeu no século V a.C., a saúde e a doença foram explicadas a partir das conclusões advindas da observação atenta do homem, de seus costumes e suas relações com a natureza.

O maior representante dessa prática foi Hipócrates, médico e filósofo nascido entre os séculos IV e V a.C. Em seu livro *Ares, águas e lugares*, ele descreveu a relação entre os homens e seu modo de vida e entre aqueles e a natureza, apresentando a doença como resultado dessas relações, e além de orientar, de modo prático, como os homens deveriam viver, a fim de evitar o adoecimento: com moderação. Hipócrates defendia que a saúde era resultado do equilíbrio entre o homem e seu meio. (SCLIAR, 2005)

Suas observações a respeito do papel da natureza no desenvolvimento das doenças influenciaram a organização dos espaços nas comunidades gregas em relação ao descarte de dejetos, ao acesso à água limpa, à higiene pessoal e à moradia.

Esses conhecimentos foram assimilados pelo Império Romano - que dominou grande parte da Europa entre os séculos I e V a.C. -, o qual implantou essas medidas em suas cidades a fim de garantir a salubridade, com construções que perduram até hoje.

No Oriente, o desenvolvimento científico, e consequentemente da Medicina, não foi perdido graças à resistência às invasões bárbaras, responsáveis por destruir e atrasar o progresso científico no Ocidente. Na Pérsia, atual Irã, existiam hospitais onde as doenças eram separadas pelos sintomas apresentados, a higiene e a alimentação eram fatores importantes no tratamento dos doentes e as pessoas que lá trabalhavam eram treinadas para as suas funções. Medidas de proteção coletiva, como o escoamento de esgoto e a separação da água potável, também eram comuns nas grandes cidades.



Autor desconhecido/Wikimedia Commons

Figura 1.1 - Hipócrates, considerado o pai da Medicina.

1.1.3 A Idade Média

A Idade Média, também conhecida como Idade das Trevas, perdurou entre os séculos V e XV. Esse período foi marcado pela presença onipotente da Igreja, que dominou e enclausurou o conhecimento científico desenvolvido até então. Toda e qualquer teoria que explicasse a vida sem se referir a Deus era considerada blasfêmia.

A organização das populações em feudos - as comunidades giravam em torno de um senhor feudal, dono de todas as terras e da população que nela habitava - possibilitou o crescimento desordenado das cidades, com aumento da aglomeração populacional. As cidades já não possuíam mais os mecanismos para garantir o mínimo de higiene, gerando assim um ambiente ideal para a proliferação de doenças transmissíveis e possibilitando a expansão de doenças epidêmicas de grandes proporções, como a peste bubônica, o tifo e a varíola.

Com a forte influência da Igreja na vida social, a doença passou a ser o foco das atenções: era considerada castigo divino, resultado da desobediência às normas da Igreja ou da impureza da alma, e só podia ser curada se houvesse vontade divina para tal. Como exemplo disso, pode-se citar o tratamento dado aos doentes mentais: considerados possuídos pelo demônio, eram queimados em praça pública, como parte do processo de “purificação” de suas almas.

Durante quase dez séculos, as cidades ficaram à deriva no que diz respeito às regras sanitárias. Somente próximo ao fim da Idade Média, algumas medidas sanitárias foram tomadas a fim de melhorar a saúde da população, como a proibição de jogar animais mortos e restos de alimentos nas vias públicas. Nesse momento também começou a tomar forma a Teoria dos Miasmas, que relacionava a transmissão de doenças aos “maus ares”, ou ares pútridos. Acreditava-se que o ar das casas e cidades era infectado e capaz de transmitir doenças. Com base nessa crença, a Medicina utilizava os recursos que considerava corretos. No caso da peste bubônica - doença transmitida pela pulga do rato -, por exemplo, os médicos usavam roupas especiais, como máscaras, e ervas aromáticas, no intuito de purificar o ar, conforme a Figura 1.2: ao entrar na casa de pessoas doentes, ervas eram colocadas na ponta do “bico” da máscara.

Atualmente, ainda é possível identificar populações que explicam o adoecimento como evento ligado ao poder divino e que desenvolveram rituais de cura partindo desse olhar. Você já observou que no Brasil, um país onde a religiosidade é muito presente no cotidiano das pessoas, ocorre a busca pela cura de várias doenças por meio de rituais, que podem ou não ser utilizados paralelamente aos tratamentos tradicionais da Medicina moderna? Quantas vezes não se fazem cultos, novenas e outros rituais pela recuperação de um membro da família?

1.1.4 O Renascimento

A partir do século XV, houve uma ruptura entre Igreja e poder político, com mudanças importantes para a sociedade ocidental. As Américas foram “descobertas”, com suas civilizações



Figura 1.2 - Roupas utilizadas por médicos para a visita aos doentes, durante as pestes na Idade Média.

maia e asteca e populações indígenas de todo o continente, o que levou à propagação, para os dois lados do mundo, de novas doenças e epidemias. Nas artes e na ciência, reiniciaram-se as pesquisas que visavam compreender o funcionamento do mundo e também do homem.

Os estudos biológicos passaram a crescer com maior rapidez, com o desenvolvimento de teorias e equipamentos que auxiliam na pesquisa de fenômenos naturais, entre eles o funcionamento do corpo humano.

Pela primeira vez, a dissecação do corpo humano não foi considerada pecado e vários estudos gregos e islâmicos foram resgatados, possibilitando aos cientistas europeus o conhecimento do homem em seu interior e a compreensão das relações entre os órgãos, ainda que de forma incipiente. A analogia entre o funcionamento do corpo humano e algumas máquinas era frequente entre os pesquisadores, daí o início da ideia de que a doença é um “defeito” da máquina humana, sem relação com o meio externo.

A Teoria dos Miasmas ainda era forte nessa época e, a partir dela, códigos sanitários foram escritos, com o objetivo de sanear as cidades. Controvérsias sobre a origem das doenças tiveram seu início, opondo cientistas que acreditavam no contágio contra aqueles que consideravam o ambiente o principal agente desse processo.

Amplie seus conhecimentos

O Renascimento foi uma revolução da cultura, das artes e da ciência na Europa, que influenciou todo o Ocidente, além de ter sido um contraponto ao obscurantismo da Idade Média. Vários nomes ilustres da época são conhecidos até hoje, como Leonardo da Vinci, homem de múltiplos talentos, entre eles: pintor, cientista e inventor. Com sua visão grandiosa sobre o futuro do homem, influencia diversos cientistas e artistas até hoje! Para saber mais sobre ele, você pode pesquisar no site Info Escola. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/biografias/leonardo-da-vinci/>>. Acesso em: 9 dez. 2013.

1.1.5 O Iluminismo

A partir da Revolução Industrial (segunda metade do séc. XVIII) na Inglaterra, nasceu uma nova forma de produção de bens de consumo, baseada na produção em larga escala, no uso de tecnologia e no emprego de grande quantidade de trabalhadores, o que deslocou a força de trabalho das zonas rurais para as cidades e alterou as relações entre empregadores e empregados: para o primeiro grupo, gerou riqueza, para o segundo, péssimas condições de vida. Nesse cenário, desenvolveu-se a Medicina social, responsável por discutir o processo de adoecimento a partir das condições de vida das pessoas e propor formas de atuação para o controle das doenças e da mortalidade, formas que extrapolavam a prática médica, como intervenções sobre a moradia dos trabalhadores e garantia de melhor alimentação para eles. Essa visão do processo não teve grande impacto na saúde da população, por questionar abertamente a configuração econômica da sociedade.

A Medicina social nasceu com a Revolução Industrial e não conseguiu o apoio necessário para se tornar um modelo direcionador das ações ligadas à saúde, em razão das circunstâncias sociais e políticas da época: a população era extremamente empobrecida e analfabeta, e os proprietários dos meios de produção e os políticos tinham seus interesses econômicos a defender e não podiam apoiar uma visão questionadora do processo saúde-doença que impactasse de forma negativa nas questões econômicas.

1.1.6 A era bacteriológica

Os germes já eram conhecidos dos cientistas antes do século XIX, mas, apenas nessa época, foram apresentadas as primeiras provas de que eles estavam relacionados a algumas doenças (BATISTELLA, 2008). Robert Koch, médico alemão, comprovou a transmissão do antraz; Louis Pasteur, químico francês, e sua equipe centraram esforços na descoberta de mecanismos de infecção e formas de prevenção; Edward Jenner, médico inglês, desenvolveu a vacina contra a varíola; Joseph Lister, cirurgião inglês, propôs o uso de fenol como antisséptico antes das cirurgias; Ignaz Semmelweis, médico húngaro, associou o fato de estudantes de Medicina saírem das salas de anatomia diretamente para as de parto, sem lavarem as mãos ou trocarem de roupa, com os casos de febre puerperal e recomendou a lavagem de mãos como estratégia para evitar infecção; Florence Nightingale, enfermeira inglesa, recomendou, com base nas descobertas científicas da época, que o ambiente hospitalar fosse limpo, ventilado e salubre a fim de propiciar o tratamento e a recuperação dos doentes.

Todos eles foram atacados pela própria Medicina e tiveram seus estudos aceitos somente após muita contestação e comprovações inequívocas de suas teorias.

A partir daí, uma nova explicação sobre o processo saúde-doença nasceu: a Teoria Bacteriológica, de acordo com a qual a doença tem uma causa única, a infecção. Essa visão foi importante para a identificação de vários agentes patogênicos e o controle deles, mas reduziu o olhar sobre o processo de adoecimento ao desconsiderar a influência dos fatores psicossociais (aqueles ligados ao funcionamento social e mental das pessoas, com forte influência no processo saúde-doença).



Albert Edelfelt/Wikimedia Commons

Figura 1.3 - Louis Pasteur em seu laboratório.

1.1.7 O modelo multicausal

Como a Teoria Bacteriológica não foi capaz de explicar a complexidade do adoecimento, em meados do século XX, outras teorias foram criadas, as quais consideravam a multicausalidade do processo de adoecimento. A mais conhecida de todas e utilizada até a atualidade é a História Natural da Doença, proposta pelos pesquisadores americanos Leavell e Clark, em 1965. Esse modelo explicativo do processo saúde-doença divide o adoecimento em duas fases: a pré-patogênese, período anterior ao adoecimento, e a patogênese, que é o momento a partir do qual a doença já está instalada no ser vivo. A História Natural considera a interação entre agentes, fatores do ambiente e do indivíduo como partes integrantes do processo de adoecimento. O modelo também prevê diferentes estratégias para a prevenção das doenças. Você verá detalhes dessa teoria no próximo capítulo, no qual será apresentado o conceito de prevenção de doenças.

1.1.8 A determinação social da doença

Antes de apresentarmos essa teoria, é importante que você conheça duas expressões que serão essenciais para a compreensão deste e dos demais assuntos apresentados aqui.

A primeira é Determinantes Sociais de Saúde, definidos como:

[...] fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam a saúde, positiva ou negativamente, e que podem ser influenciados por decisões políticas ou individuais, ao contrário da idade, sexo e fatores genéticos, que também influenciam a saúde, mas não são modificáveis por essas decisões. (PELLEGRINI FILHO, 2013)

A segunda expressão é Condicionantes de Saúde, os quais estabelecem limites a uma situação, isto é, condicionam uma situação a determinados fatores, por exemplo: apenas mulheres podem engravidar, portanto, o sexo é fator condicionante para a gestação entre os humanos.

Você deve ter notado a diferença entre os dois tipos de fatores: o primeiro tipo abrange os fatores que influenciam a saúde e que podem ser alterados por meio de decisões dos envolvidos ou externas a eles. Já o segundo tipo apresenta uma condição que não pode ser alterada, que é inerente à pessoa: idade, sexo, fatores genéticos, entre outras características.

A discussão sobre o papel dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) não é nova. A partir dos anos 1960, vários teóricos, principalmente na América Latina, começaram a questionar as teorias explicativas sobre o processo saúde-doença vigentes, por não responderem às reais necessidades de saúde das pessoas. Então, uma nova teoria foi desenvolvida, resgatando alguns preceitos da Medicina social e com aprofundamento das questões sobre o papel do Estado e da sociedade na saúde das populações: a Determinação Social do Processo Saúde-Doença.

Esse modelo integra vários componentes que interferem de forma negativa ou positiva sobre o processo saúde-doença e propõe a modificação das estruturas sociais, econômicas e políticas como parte fundamental para se alcançar a saúde plena, por exemplo: melhores salário e transporte, acesso igualitário aos serviços de saúde, cidades pensadas para pessoas e não para carros, entre outras propostas.

1.2 O conceito ampliado de saúde

Agora que você conheceu as teorias que explicam ou explicaram o processo saúde-doença, está na hora de integrá-las. Depois de um longo percurso, pesquisadores de diversas áreas e a população perceberam que não é possível explicar a saúde ou a doença a partir de um único ponto de vista, em razão da complexidade do tema.

Alguns modelos explicativos reforçaram a ideia de que o homem funciona como uma máquina e de que toda doença é desarranjo desta ou das partes que a compõem. Isso fez toda a assistência à saúde se moldar com base nessa lógica, chamada de modelo biomédico. Esse modelo desconsidera a complexidade do processo saúde-doença e foca a atuação sobre um profissional - o médico - detentor das “ferramentas” para a cura e usuário de tecnologias cada vez mais avançadas, deixando em segundo plano o cuidado ampliado, ligado aos DSS.

Você deve conhecer pessoas que aparentemente tinham tudo, bom emprego, boa família, amigos e, mesmo assim, adoeceram, e pessoas com as quais tudo parecia estar errado, mas elas se consideravam com saúde. Isso mostra como é difícil considerar apenas um fator como o desencadeador de doença ou saúde!

Pensando nisso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), criada logo após a Segunda Guerra Mundial pela Organização das Nações Unidas (ONU) a fim de dar apoio aos países no desenvolvimento e de melhorar as condições de saúde, cunhou a seguinte definição: “saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”.

Essa definição é tida como utópica (uma ideia de algo perfeito, um mundo inalcançável), pois o homem nunca será um ser completo, uma vez que está sempre em busca de sua felicidade e aperfeiçoamento. Mas acerta ao dizer que a saúde não é a simples ausência de enfermidades.

O Brasil, a partir da década de 1980, foi marcado por uma abertura política, após anos de ditadura militar, com o consequente aumento da participação popular e da sociedade nas discussões sobre como a população gostaria que o país e a saúde dos brasileiros fossem tratados. O movimento de saúde teve uma participação crucial nessas discussões e, em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, com participação ativa da população, de pesquisadores e profissionais da área. Nessa conferência, a definição de saúde cunhada foi:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986)

Esse direito foi garantido na Constituição de 1988, na seção II, art. 196, capítulo 1:

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)

Essas definições vão ao encontro do que se denomina “conceito ampliado de saúde”, que considera o processo a partir da avaliação de determinantes e condicionantes diversos, e segundo o qual, para se alcançar saúde, é necessário que haja integração entre os diferentes setores da sociedade: política, educação, economia, trabalho, segurança, lazer e todos os demais, a fim de que sejam articuladas políticas abrangentes, que não se limitem apenas aos serviços de saúde, como hospitais e unidades básicas, por exemplo.

Compreender os conceitos e as definições sobre o processo saúde-doença é essencial para o profissional de saúde, pois, a partir dessa compreensão, ele pode atuar de forma mais ativa e política dentro dos serviços em que trabalha e na comunidade onde vive.

Vamos recapitular?

Neste capítulo, você aprendeu que a humanidade percebe o processo saúde-doença de forma diferente em cada época histórica, e que a visão desse processo determina como serão os cuidados de saúde. Na evolução dessa visão, chegamos ao conceito ampliado de saúde, com uma perspectiva positiva da saúde, a qual vai além da ausência de doenças, e que considera toda a complexidade da vida humana nesse processo, mostrando que apenas o setor saúde não pode prover todas as necessidades humanas em relação a ele.

Você aprendeu também que, no Brasil, saúde é um direito da população, garantido pela Constituição; portanto, o acesso aos serviços e às ações de saúde é universal, isto é, deve ser garantido a todo cidadão brasileiro.



Agora é com você!

- 1) Entreviste pessoas que fazem parte do seu círculo social. Pergunte-lhes o que é saúde e se elas acham que estão saudáveis. Depois, escreva as respostas e reflita a respeito: as pessoas entrevistadas pensam em saúde da mesma forma? As respostas refletem os conceitos apresentados neste capítulo?
- 2) Observe a Figura 1.4 e responda: existe saneamento básico para todas as pessoas? Como é o trabalho das pessoas que moram no lugar mostrado? Elas ganham o suficiente para viver com dignidade? Os moradores participam das decisões sobre como melhorar o local onde vivem? Existem serviços de saúde disponíveis para todos? Os moradores têm tempo para o lazer? Escreva o resultado de suas reflexões e identifique quais situações encontradas são Determinantes Sociais de Saúde e de que forma você, como profissional, pode ajudar a mudá-las.

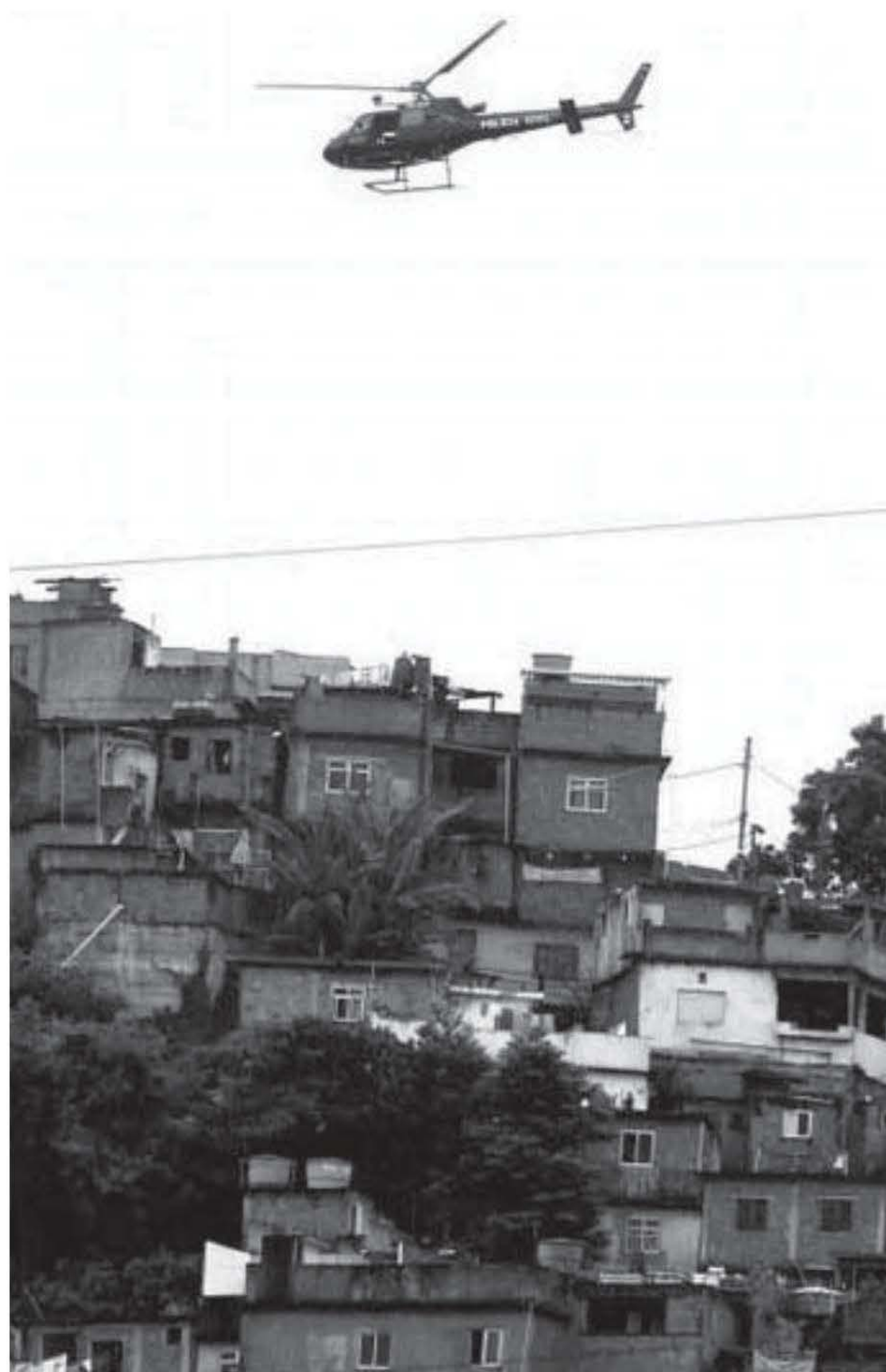


Figura 1.4 - Favela na cidade do Rio de Janeiro.

- 3) Imagine a seguinte situação: uma senhora católica, de 67 anos, recebeu a notícia de que o filho dela, de 34 anos, está gravemente doente. Ele é casado, tem três filhos pequenos e a esposa dele não trabalha. Essa senhora chega em casa muito abalada e a primeira atitude dela é acender uma vela e pedir pela cura do filho ao santo de devoção dela. No dia seguinte, ela começa a procurar por locais onde o filho possa receber o melhor tratamento. De acordo com as definições estudadas, qual delas você considera que explicaria melhor a visão de saúde-doença dessa senhora? Defenda sua escolha.

- 4) No Brasil, a saúde é um direito do cidadão e deve ser garantida pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de adoecimento. Tendo essa afirmação como ponto de partida, é correto afirmar que (copie a alternativa correta em seu caderno):
- a) Esse artigo representa a possibilidade de fazer políticas de saúde no Brasil, tendo a integração da visão mágica e da bacteriológica sobre saúde como base para a estruturação do sistema.
 - b) A teoria sobre o processo saúde-doença que possibilitou que se chegasse a esse artigo da Constituição foi a bacteriológica, pois iniciou a identificação dos agentes responsáveis pelas doenças que devem ser prevenidas.
 - c) A Constituição Brasileira defende uma saúde que é vista como resultado das interações dos mais variados âmbitos da vida humana, como trabalho, habitação, educação e lazer.
 - d) O melhor modelo para se estruturar os serviços de saúde é o biomédico, pois são os hospitais e os médicos os principais responsáveis por manter a saúde da população.
- 5) Tanto a Teoria Bacteriológica quanto a Teoria dos Miasmas versavam que as doenças contaminavam as pessoas, portanto, partiam do mesmo princípio. Qual diferença fundamental entre as duas fez a Teoria Bacteriológica ser aceita pela ciência e legitimada pela sociedade?

2

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Para começar

Este capítulo apresenta os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças, a diferença entre eles e como eles podem ser usados no dia a dia dos profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção.

2.1 Conceitos iniciais

Para continuar nossa jornada pelos conceitos que ajudam a compreender como funciona a saúde no Brasil e no mundo, é preciso que você conheça algumas definições e diferenças entre os termos que usaremos daqui para frente.

Os termos saúde pública e saúde coletiva são utilizados como sinônimos, mas muitos pesquisadores os consideram coisas distintas, como você verá a seguir.

- » Saúde pública: está ligada ao setor governamental e é voltada para os problemas de saúde que atingem a coletividade.
- » Saúde coletiva: diz respeito a um processo de trabalho em saúde que tenha como foco a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência, a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre as pessoas e instituições envolvidas no cuidado à saúde da coletividade. Também é gerida e administrada pelo Estado.

A partir de agora, vamos falar em saúde coletiva para nos referirmos ao nosso campo de estudo.

Você também precisa conhecer o significado de “políticas públicas”, “níveis de atenção à saúde”, “cuidados primários em saúde”, “atenção primária em saúde” e “atenção básica”, termos que vão nos acompanhar até o final deste livro.

- » Políticas públicas: são diretrizes que norteiam as ações em determinada área da vida social. Sua formulação envolve a discussão entre vários atores da sociedade: governo, legisladores, representantes de associações civis e de setores produtivos (comércio, indústria, transporte, entre outros), a fim de se obter um consenso, com várias proposições legisladas, isto é, transformadas em leis. Um bom exemplo é a Política Nacional do Idoso, que prevê ações que vão desde a assistência à saúde dessa população até gratuidade no transporte público.
- » Níveis de atenção à saúde: trata-se da divisão dos serviços de saúde com base em suas características e complexidade tecnológica. Essas tecnologias podem ser divididas em: leve (calcada nas relações interpessoais, como técnicas de entrevistas), leve-dura (saberes estruturados, como a administração e a epidemiologia) e dura (uso de equipamentos e normas institucionais). (MERHY, 1997). Todos os serviços de saúde utilizam os três tipos de tecnologia, mas, em muitos deles, um ou dois tipos são mais relevantes, determinando a qual nível pertencem. No Brasil, temos três níveis de atenção: a atenção básica, com os serviços de vigilância em saúde e as Unidades Básicas de Saúde (UBS); a atenção secundária ou média complexidade, com os hospitais gerais e os ambulatórios; e a atenção terciária ou alta complexidade, com os hospitais e os serviços especializados (caso daqueles voltados para tratamento de doenças específicas, como o câncer). Alguns autores citam ainda a atenção quaternária, que seria a especialização da especialização, como a medicina nuclear.
- » Cuidados primários em saúde: são definidos como cuidados de elevada complexidade tecnológica (o que não significa baixa qualidade), alta penetração na comunidade, alta resolatividade dos problemas das populações e socialmente aceitáveis. Os cuidados primários também se devem configurar como principal contato do usuário com o sistema de saúde e proporcionar serviços de proteção, cura e reabilitação. Esse termo foi cunhado na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata, em 1978.
- » Atenção primária em saúde: estratégia que se caracteriza por ser o primeiro contato da população com os profissionais de saúde, com foco em proteção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde. Também prevê a participação ativa das comunidades no processo de cuidado e na organização dos serviços. Pode ser o primeiro nível de atenção em um sistema de saúde.
- » Atenção básica: é a denominação usada no Brasil, equivalente à Atenção Primária em Saúde.

Você acabou de conhecer termos muito utilizados em saúde coletiva; e podemos agora continuar o aprofundamento de dois conceitos fundamentais nessa área: a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

2.2 Prevenção de doenças

Você se lembra da História Natural da Doença, que vimos no Capítulo 1, como modelo proposto por Leavell e Clark em 1965? Pois então, vamos aprofundar esse conceito e ver como ele é utilizado para nortear as ações preventivas em todos os níveis de atenção à saúde.

Leavell e Clark desenvolveram o modelo de História Natural da Doença (HND), a fim de explicar o processo de adoecimento, demonstrando de forma clara quais são as fases desse processo. Eles também propuseram estratégias de prevenção voltadas para cada fase da doença.

Para eles, a doença acontece em duas fases:

- » **Pré-patogênese:** essa fase precede a instalação da doença no organismo. Nela, acontece a interação entre os agentes patogênicos, o ambiente e o suscetível - no nosso caso, o ser humano -, que gera o estímulo para o aparecimento da doença.

Os agentes patogênicos podem ser: físicos (calor, radiação, frio etc.); químicos (substâncias psicoativas, substâncias tóxicas); biopatógenos (vírus, fungos, bactérias, príons etc.); nutricionais (tipo de alimentação); e genéticos (alterações de genes). É importante lembrar que nenhum agente sozinho é capaz de desencadear doença.

O ambiente contribui de formas variadas e é considerado de modo amplo, desde o meio natural até o meio cultural. Por exemplo, morar em um local sem saneamento básico e sem educação sobre higiene torna as pessoas mais propensas às doenças diarreicas.

- » **Patogênese:** período no qual a doença já está instalada e as alterações no organismo são iniciadas, podendo esse processo patológico resultar em cura, cronificação da doença, sequelas/invalidez e morte. Esse período é dividido em:

Interação: momento no qual o estímulo entra em contato com o hospedeiro e começa a gerar a doença. Por exemplo: uma pessoa contamina-se com o vírus HIV em uma relação sexual.

Alteração dos tecidos: nessa fase, a doença provoca alterações nos tecidos do corpo humano. Seguindo com o exemplo anterior, o vírus invade as células do indivíduo, multiplica-se e depois as destrói.

Sinais e sintomas: em virtude das alterações dos tecidos, os sinais e os sintomas da doença começam a aparecer. No caso da infecção por HIV, com a destruição das células imunológicas, o indivíduo passa a ter infecções frequentes.

Desfecho: a doença pode terminar de várias formas, com a cura total, a cura com sequelas, a cronificação e a morte. A infecção por HIV, atualmente, possui um desfecho controverso. Alguns pesquisadores defendem que ela se tornou uma doença crônica; outros, que ela sempre levará à morte.

Com base nessa lógica de desenvolvimento da doença, Leavell e Clark propuseram a classificação das ações preventivas, que devem ser voltadas para cada uma das fases descritas anteriormente. Essa classificação perdura até hoje e nos guia no planejamento das ações preventivas. São três os níveis de prevenção:

- » Primária: ações voltadas para atuar no controle dos fatores pré-patogênicos, evitando o aparecimento do estímulo e, conseqüentemente, da doença.
- » Secundária: o foco é o indivíduo que já adquiriu a doença e precisa de ações que evitem o agravamento ou a morte, como diagnóstico, tratamento precoce e limitação da invalidez.
- » Terciária: consiste na prevenção ou melhora da incapacidade, sendo a atividade de reabilitação seu principal trabalho.

Você conseguiu perceber que cada ação é voltada para uma fase do desenvolvimento da doença? A prevenção primária está voltada para o período pré-patogênico. Nela estão previstas as ações de proteção específica - imunização, educação para a saúde, controle de vetores, higiene etc. - e também a promoção da saúde, que é a melhoria das condições de vida (aprofundaremos esse conceito mais adiante).

A prevenção secundária visa evitar que a situação piore. Então, foca-se o diagnóstico, o tratamento precoce e a limitação da invalidez. Atua-se na fase de patogênese, quando existe interação do estímulo com o suscetível, alterações dos tecidos e sinais/sintomas.

Na prevenção terciária, a invalidez ou o defeito crônico estão instalados, e é preciso reabilitar e reinserir socialmente o indivíduo.

Todos os serviços de saúde fazem prevenção dos três níveis, mas, às vezes, é dada ênfase em um deles. Na atenção básica, por exemplo, o foco é a prevenção primária, mas, como os serviços desse nível também tratam pessoas com doenças cujos quadros são simples, também pode ocorrer a prevenção secundária e, em algumas situações, a terciária, com reabilitação.

Fique de olho!

Vamos pensar juntos: como seria a aplicação da prevenção a fim de evitar a diabetes mellitus e suas sequelas?

A prevenção primária poderia ser feita com ações educativas, como ensinar os princípios de uma alimentação saudável, estimular a atividade física, acompanhar a redução de peso, enfim, controlar os fatores de risco para a doença.

A prevenção secundária consistiria em realizar testes de glicemia periódicos e fazer acompanhamento com a equipe multiprofissional na UBS, a fim de possibilitar a detecção precoce da doença e o início rápido do tratamento adequado. Após a doença ser detectada, a pessoa deveria continuar com o acompanhamento multiprofissional, com o intuito de evitar sequelas comuns, como feridas nos pés e infarto agudo de miocárdio.

Em caso de falha no tratamento desse indivíduo (o que pode acontecer em virtude dos fatores relacionados à pessoa, ao serviço e à evolução da própria doença), como a evolução de uma ferida no pé para amputação, a equipe multiprofissional deveria realizar a reabilitação e a reinserção social dessa pessoa, tornando-a apta novamente para a execução de suas atividades diárias e o trabalho. Esse seria o papel da prevenção terciária.

2.3 Promoção da saúde

O conceito de promoção da saúde é muito antigo e tem sido “lapidado” e discutido por especialistas da área de saúde pública há mais de 70 anos. Como você viu no modelo de História Natural da Doença, a promoção da saúde era considerada uma parte da prevenção primária, mas, atualmente, ela é conceituada como uma estratégia completamente diferente da prevenção de doenças; e veremos o porquê disso.

A promoção da saúde foi assim denominada, pela primeira vez, pelo médico Henry Sigerist, no início do século XX, que a colocou entre as quatro funções da Medicina, sendo as outras: prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. Na década de 1970, foi publicado o “Informe Lalonde”, proposto pelo ministro da saúde canadense, documento que discute o “campo da saúde” (apresenta os quatro componentes da saúde: biologia humana, ambiente natural e social, estilo de vida e organização dos serviços de saúde), apresenta os determinantes de saúde e aponta que as ações da área de saúde não são exclusivas da Medicina. Sendo assim, para o relator do documento, a promoção da saúde significava a necessidade de se educar e de se fazer reformas estruturais no Estado, com envolvimento de outros setores além da saúde, a fim de oferecer real qualidade de vida à população.

Em 1986, enquanto no Brasil acontecia a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Ottawa, no Canadá, ocorria a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, onde foi definido que:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (OMS, 1986)

Sendo assim, a promoção da saúde trabalha de forma diversa da prevenção, pois não tem o foco na doença, mas na alteração dos determinantes de saúde. Para se alcançar esse intento, foram definidos cinco eixos que devem orientar as ações de promoção da saúde:

- » **Reforço da ação comunitária/participação**, a fim de que os serviços e os Estados fortaleçam os cidadãos e suas comunidades para que esses participem ativamente da organização do sistema de saúde, ajudando a tomar decisões e definir metas e prioridades. Por exemplo: às vezes o governo local acha prioritária a construção de um hospital em uma região, mas a população discorda e considera melhor que se resolvam os problemas resultantes de um córrego que provoca enchentes no local. Nem sempre a visão do Estado e dos profissionais de saúde é a mesma da população. No Brasil, o fortalecimento da participação da população é necessário, pois muitas decisões sobre como as cidades devem funcionar partem apenas do governo local.
- » **Políticas públicas saudáveis** que diminuam as desigualdades sociais por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde. Um bom exemplo de como uma política pública pode ajudar uma cidade a ficar saudável é o transporte: pensar na redução de veículos particulares nas ruas e a priorização do transporte coletivo e de qualidade ajuda a tornar a cidade mais saudável, por reduzir o trânsito, o tempo de deslocamento das pessoas entre os vários pontos da cidade, a poluição do ar, entre outras coisas.
- » **Desenvolvimento de habilidades pessoais**, apoiando o desenvolvimento pessoal por meio de educação, cultura e intensificação das habilidades vitais. As pessoas devem ser estimuladas a aprender por toda a vida. Hoje, muitos idosos estão aprendendo a usar a internet, que é uma ferramenta importante de comunicação e interação e, se bem utilizada, pode reduzir o isolamento social.

- » Criação de ambientes favoráveis, melhorando o meio ambiente, conservando recursos naturais e fazendo o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde.
- » Reorientação dos serviços de saúde, de modo que eles deem ênfase à saúde, atuando de forma a atingir a integralidade do cuidado (integralidade visa garantir um cuidado que abranja a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação com foco na pessoa, na família e na comunidade, e não somente no corpo biológico). Outra questão essencial é o trabalho intersetorial, isto é, aquele que envolve outros setores da sociedade e da comunidade: o comércio, os transportes, a educação e todos os outros.

Amplie seus conhecimentos

Para conhecer todos os documentos referentes à promoção da saúde, resultado de conferências internacionais, você pode acessar *As cartas da promoção da saúde* em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2014. Trata-se de um documento do Ministério da Saúde, que compilou todas as cartas em um só livro.

Você percebeu a diferença entre o conceito de promoção da saúde e o de prevenção de doenças? As duas estratégias são companheiras e devem ser utilizadas, pois cada uma tem um objetivo importante e as duas se complementam.

Fique de olho!

Muitas UBS promovem festas nas comunidades em que atuam. As equipes mobilizam comerciantes, moradores e profissionais para organizá-las e sempre há muita diversão, comida, músicas e brincadeiras! Apesar de parecer estranho à primeira vista, essa é uma ação de promoção da saúde, pois os profissionais acreditam que momentos como esses fortalecem laços entre os serviços e a comunidade, estreitam os relacionamentos dos moradores de forma saudável, aumentam a autoestima da comunidade e oferecem um lazer saudável para todos!

Para encerrarmos, um breve apanhado sobre os dois conceitos apresentados:

- » Prevenção de doenças: foco na doença, nos profissionais e nos serviços de saúde; baixa responsabilização da pessoa e comunidade; programas desenvolvidos pelo Estado.
- » Promoção da saúde: foco na saúde, na transformação da realidade para que essa torne a busca pela saúde possível; responsabilidade compartilhada por todos os envolvidos (Estado, comunidade, setores produtivos da sociedade, profissionais de saúde).

Vamos recapitular?

Neste capítulo, você aprendeu que a prevenção de doenças pode ser classificada em três níveis: primária, secundária e terciária, e que cada um deles possui um objetivo diferente. Assimilou também que promoção da saúde é um conceito positivo, voltado para a atuação sobre os determinantes de saúde, que usa a intersetorialidade como estratégia para envolver toda a sociedade na melhoria das condições de saúde.



Agora é com você!

- 1) O Sr. M. tem 55 anos, é obeso, sedentário, e seus pais são hipertensos. Ele procura uma UBS, pois está preocupado com sua saúde, e passa em consulta com uma enfermeira, que lhe dá orientações sobre alimentação saudável, faz a aferição da pressão arterial, solicita um exame de glicemia e o encaminha para o educador físico, a fim de avaliar se existe a possibilidade de ele participar do grupo de caminhada da unidade. As condutas que a enfermeira tomou diante do caso são:
 - a) De prevenção primária, pois visam reduzir fatores de risco, como obesidade e sedentarismo, e de prevenção secundária, a fim de identificar alterações de pressão arterial e glicemia que podem indicar adoecimento.
 - b) De promoção da saúde, pois houve a indicação de caminhada e alimentação saudável.
 - c) De prevenção terciária, pois o senhor já está obeso e provavelmente apresenta sequela da obesidade.
 - d) De prevenção primária, pois atuou sobre os fatores de risco que podem levar a hipertensão e diabetes, e de promoção da saúde, pois considerou vários aspectos da saúde do usuário.
- 2) A dengue é uma doença transmissível, que gera grandes epidemias no Brasil e no mundo. Ela é provocada por um vírus, transmitido pela picada do mosquito fêmea do *Aedes aegypti*. Provoca febre, dores nos olhos e das articulações e, em sua forma grave, a hemorrágica, pode levar à morte. Não existe tratamento para a doença, apenas alívio dos sintomas, até que ela regrida espontaneamente entre cinco e sete dias. Em relação à História Natural da dengue, é incorreto afirmar que:
 - a) Um meio ambiente adequado para a proliferação do mosquito é um dos fatores envolvidos na pré-patogênese.
 - b) O vírus é o biopatógeno e no momento da picada se inicia a interação entre o estímulo e o hospedeiro para provocar a doença.
 - c) A prevenção secundária é o único modo de se atuar contra a dengue.
 - d) O desfecho da doença pode ser a morte ou a cura sem sequelas.
- 3) No bairro de Xirem, a população está às voltas com um grave problema: no verão, os meninos têm sofrido quedas graves, pois soltam pipas em cima das lajes das casas, que não possuem proteção (que é a parte mais cara de uma construção: o acabamento). Discuta com seus colegas de turma como vocês poderiam resolver o problema se fossem moradores do bairro, envolvendo a maior parte possível de parceiros da região. Definam se essa ação é preventiva ou promotora de saúde.

- 4) Em relação às recomendações da Carta de Ottawa, destacam-se a participação das comunidades na tomada de decisões relacionadas ao sistema de saúde e o reforço da ação comunitária. Para você, como os profissionais de saúde podem auxiliar as comunidades nesse processo?
- 5) Ainda discutindo a Carta de Ottawa, no desenvolvimento de habilidades pessoais, coloca-se em pauta a importância da educação para a saúde na manutenção de hábitos saudáveis. Tendo em vista a grande quantidade de informações sobre saúde veiculadas pela mídia atualmente (televisão, rádio, internet, jornais), você considera que elas eduquem as pessoas para que vivam melhor e cuidem da saúde? Discuta seu ponto de vista com seu professor e com os colegas de turma.

História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Para começar

Este capítulo mostra como evoluíram as políticas públicas de saúde no Brasil, desde sua descoberta até os dias atuais, além de apresentar as principais características do sistema de saúde, dividido por períodos históricos, com ênfase nos últimos 100 anos, decisivos para a implantação do SUS.

3.1 Do descobrimento do Brasil até a chegada da família real

Após a descoberta do Brasil, o país foi colônia de exploração por um longo período, não havendo interesse de Portugal em investir em infraestrutura para melhoria das condições de vida de quem vivia aqui. A população era composta majoritariamente por indígenas, escravos, senhores - muitas vezes nobres e aventureiros portugueses e poucos colonos degredados ou fugidos de Portugal e do restante da Europa. Como a economia estava pautada no extrativismo, bastava haver portos com estrutura mínima para o escoamento da matéria-prima explorada.

O perfil de adoecimento era marcado pela presença de doenças transmissíveis (DT), tanto as originais do país quanto as importadas (doenças essas que dizimaram milhares de indígenas em várias regiões e que ainda permanecem como um mal entre diversas tribos). São exemplos a malária, introduzida em 1549, a varíola, em 1561, a febre amarela e a hanseníase, por volta de 1680. Todas essas doenças foram trazidas pelos colonizadores, pelos aventureiros e pelo comércio de escravos.

A assistência à saúde não existia. Quem tinha dinheiro ia à Europa ou trazia médicos de lá para se tratar. Quem não tinha procurava a medicina popular, a fim de cuidar do espírito e fazer uso de ervas. As Santas Casas de Misericórdia ainda não possuíam caráter de hospital propriamente dito, eram voltadas para abrigar pobres e doentes mentais, sem um cuidado apropriado. A primeira Santa Casa do Brasil foi inaugurada em 1543, em Santos (SP). As Santas Casas eram administradas pela Irmandade de Misericórdia, fundada em Lisboa por Dona Leonor de Lancastre, em 1498, enquanto ela regia o trono de seu irmão, Dom Manuel, em Portugal. (IVAMOTO, 1998)

A situação da saúde no país passou a mudar por volta do séc. XVIII, quando houve um maior afluxo de médicos e nobres portugueses para cá e as cidades começaram a aumentar. A grande preocupação nas cidades era com o lixo, que se acumulava nas vias públicas. Por isso foram criados órgãos que cuidavam da limpeza e da higiene das cidades, mas nada era feito ainda em relação à saúde das pessoas.

Apenas com a vinda da família real portuguesa para o Brasil - que fugia de Napoleão Bonaparte, imperador francês -, em 1808, houve um início de preocupação com a saúde das pessoas nas cidades, mas isso só aconteceu porque toda a nobreza veio junto, totalizando cerca de 15 mil pessoas! Você consegue imaginar a reação dos nobres ao verem as condições de higiene e de vida nas grandes cidades brasileiras? A chegada da corte trouxe muitas melhorias para o país, pois coisas antes proibidas por Portugal, como indústrias (que eram poucas), passaram a ser permitidas, e diversos órgãos públicos foram criados, entre eles, a Primeira Escola de Cirurgia em Salvador, seguida da Segunda Escola no Rio de Janeiro. A cidade do Rio de Janeiro foi escolhida como cidade de moradia da nobreza.

Mas nem tudo eram flores, pois a corte esbanjava dinheiro e quem pagava a conta era o povo, que até teve de ceder suas casas para os membros da corte morarem. Você pode assistir ao filme *Carlota Joaquina, princesa do Brasil* (1995), que apresenta, de forma divertida, a chegada da corte ao país.

O desconforto político com a monarquia culminou na Proclamação da República, que tornou o Brasil uma república federativa, derrubando a monarquia e aclamando como presidente do Brasil o Marechal Deodoro da Fonseca, um dos líderes do Movimento Republicano.



Figura 3.1 - Príncipe regente e toda a família real portuguesa embarcando no cais de Belém, 1808.

3.2 Da Proclamação da República até 1930

A Proclamação da República, em 1889, determinou uma nova configuração da política brasileira e, conseqüentemente, das formas de se viver no país. A abolição da escravidão, em 1888, trouxe a necessidade de mais mão de obra para as fazendas - estimulando a imigração, principalmente de europeus. A cafeicultura, como principal produção econômica (resultando, posteriormente, na República denominada Café com Leite, na qual políticos apoiados por fazendeiros de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro se alternavam no poder), gerou lucros que eram investidos nas cidades e mudaram a face do país, mais precisamente das grandes cidades litorâneas, como Rio de Janeiro, Santos e Salvador, e das cidades produtoras de café.

Grandes epidemias assolavam o Brasil, como febre amarela, varíola, peste, entre outras, e ameaçavam a economia, tendo em vista que ela estava calcada na exportação de café e outros produtos nacionais, os quais deviam ser escoados por via marítima. Mas como escoar a produção se os navios estrangeiros se negavam a parar em nossos portos, com medo de as doenças epidêmicas matarem as tripulações?

Você se lembra de que, no Capítulo 1, falamos sobre a teoria bacteriológica? Pois então, as descobertas científicas que possibilitaram o avanço dessa teoria foram a solução encontrada pelo governo brasileiro para resolver o problema das epidemias em nossas cidades litorâneas e nos principais portos do país.

Dois médicos formados a partir da teoria bacteriológica foram chamados para sanear as cidades que possuíam os maiores e mais importantes portos: Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e Emílio Ribas, em Santos (SP). Oswaldo Cruz estudou no Instituto Pasteur, em Paris, então famoso local de formação de cientistas, e Emílio Ribas era diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, com uma forte formação em pesquisa.

Entre as medidas tomadas, estavam a vacinação obrigatória contra a varíola, o controle dos ratos e dos locais de procriação de mosquitos. A fim de controlar as doenças, no Rio de Janeiro e em São Paulo, foi estabelecida a polícia sanitária, composta por agentes de polícia que acompanhavam os agentes de saúde na aplicação das medidas saneadoras, a fim de coibir manifestações e reações contrárias da população e garantir seu cumprimento.

No Rio de Janeiro, os cortiços e as casas do centro da cidade foram derrubados de forma violenta, deixando a população sem abrigo (muitas pessoas foram para os morros, dando início ao nascimento das favelas cariocas). Doentes de hanseníase eram levados para os sanatórios e proibidos de conviver com seus familiares. Pessoas eram vacinadas à força contra varíola. Essas decisões tomadas de forma arbitrária e violenta provocaram uma forte reação da população carioca, e, sob liderança de militares opositores do governo, estourou a chamada Revolta da Vacina em 1904, a qual foi fortemente reprimida e teve seu fim em menos de 48 horas.

Oswaldo Cruz alcançou seu objetivo no Rio de Janeiro, que era sanear a cidade e controlar as epidemias. Mesmo com toda a controvérsia sobre a forma como tudo estava sendo feito, em poucos anos ele foi reconhecido como figura importante para a saúde brasileira. Ele também foi responsável pela criação do Departamento Nacional de Saúde, embrião do Ministério da Saúde, e do Instituto Manguinhos, importante instituto de pesquisa voltado para a saúde pública.



A Revista da Semana, publicada em 27/11/1904/Wikimedia Commons

Figura 3.2 - Bonde tombado por manifestantes da Revolta da Vacina, na Praça da República, Rio de Janeiro, 1904.

Até a década de 1930, a saúde pública funcionou principalmente na forma de campanhas e com o apoio da polícia sanitária, e por isso ficou conhecida como *campanhista*, sempre voltada para problemas de saúde que afetavam a população, mas principalmente motivada por interesses econômicos. Apesar disso, houve avanços com esse modelo: além do controle das doenças transmissíveis, em 1923, fundou-se a Escola Anna Nery, de enfermagem, com base no modelo norte-americano de formação, voltado para a saúde pública; além disso, diversos centros de saúde e uma rede de laboratórios públicos voltados para a pesquisa foram criados.

Enquanto isso, a saúde individual permanecia parecida com a do Brasil colônia: médico para quem podia pagar e curandeiros e Santas Casas para os pobres. Com a chegada dos imigrantes, houve uma discreta mudança. Muitos eram trabalhadores que atuavam politicamente em seus países, com ideias sobre a importância de sua união para garantir direitos básicos, como acesso à moradia e à saúde.

A organização dos trabalhadores resultou em diversas greves, que estouraram no país entre os anos 1915 e 1920. Entre as reivindicações, estavam trabalho com carga horária pré-determinada, salário justo, assistência à saúde e condições de trabalho mais saudáveis.

Muitas categorias se juntaram e formaram fundos financeiros mútuos, que atendiam toda a categoria, a qual se formava com base na contribuição de uma porcentagem sobre o salário de cada um.

Esses fundos garantiam assistência médica individual ao trabalhador e suas famílias, bem como pensões em caso de morte e invalidez. Funcionavam com regras determinadas pelos próprios trabalhadores em assembleias.

A partir de 1920, médicos sanitaristas começaram a discutir, no país, ideias trazidas dos Estados Unidos e da Europa sobre um sistema de saúde que funcionasse a partir dos centros de saúde, locais onde se realizava primordialmente assistência às gestantes e às crianças, com foco nos cuidados de higiene e alimentação na primeira infância.

Em 1923 foi promulgada a Lei Elói Chaves, que determinava a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), uma derivação dos fundos mútuos. A lei inovou ao determinar que o empregador também contribuísse com uma porcentagem para a formação do fundo comum. Essa lei é considerada o embrião da Previdência Social no país.

No final dos anos 1920, como resultado da concentração de poder político no eixo SP-MG-RJ e da crise econômica mundial (resultado da quebra da bolsa de valores de Nova York em 1929) e a consequente desvalorização das exportações de café, aconteceu a Revolução de 1930, que colocou Getúlio Vargas no poder de forma provisória. Essa revolução nada mais foi do que o resultado da insatisfação de outros estados brasileiros diante do governo federal, por se acharem excluídos das tomadas de decisão no país.

3.3 A Era Vargas

Getúlio Vargas ficou no poder entre 1930 e 1945 e governou de modo centralizador, fechando o Congresso Nacional, perseguindo desafetos políticos e fazendo alianças com países estrangeiros a fim de deportar presos políticos. Mas, apesar de tudo isso, ficou conhecido como pai dos pobres, por sua política populista: enquanto desmontava o movimento trabalhador, promulgava a Consolidação das Leis do Trabalho (desenvolvida apenas pela equipe do governo, sem participação da sociedade). As medidas sociais de seu governo eram uma forma de mascarar e justificar o sistema autoritário que estava instalado no país.

Na década de 1930, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), que eram a unificação das CAP. O Estado passou a também contribuir financeiramente, e a administração desses institutos ficou dependente do governo, o que reduziu a liberdade dos trabalhadores nas tomadas de decisão. O dinheiro dos IAP passou a financiar grandes obras públicas, muitos empréstimos para grupos privados de saúde foram realizados e usados para construir grandes hospitais, tendo como modelo o sistema de saúde norte-americano, centrado no cuidado hospitalar.

Durante a Segunda Guerra Mundial, um convênio com os EUA foi acordado e assim nasceu o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública). Esse serviço foi moldado tendo como base o modelo norte-americano, com foco em prevenção e atuando nas áreas onde não havia cobertura dos serviços tradicionais, como a Amazônia. A atuação nessa região era estratégica para os EUA, pois a Amazônia era a segunda maior produtora de látex do mundo, material essencial para o esforço de guerra, já que a Indonésia, principal fornecedor de látex para os EUA, se encontrava em uma região constantemente atacada pelos países que formavam o Eixo, os quais lutavam contra os EUA na Segunda Guerra.

Amplie seus conhecimentos

Você sabia que a Segunda Guerra Mundial durou de 1939 a 1945 e foi iniciada pela invasão alemã - liderada por Adolf Hitler - na Polônia? Foram assassinadas milhões de pessoas, e muitas foram usadas para pesquisas em campos de concentração. A guerra foi travada por dois grupos de países: Eixo (Alemanha, Itália e Japão) e Aliados (Inglaterra, URSS, França e Estados Unidos). O Brasil apoiou os aliados com o envio da Força Expedicionária Brasileira para a Itália. A guerra terminou em 1945, com a rendição dos países do Eixo, mas, infelizmente, mesmo após a rendição, os EUA bombardearam o Japão com as primeiras bombas atômicas, nas cidades de Hiroshima e Nagasaki.

Você pode conhecer mais sobre a Segunda Guerra acessando o site:
<<http://www.sohistoria.com.br/ef2/segundaguerra/>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

O Brasil iniciou uma nova fase de desenvolvimento, principalmente industrial, mas as desigualdades sociais começaram a crescer no mesmo ritmo das indústrias, assim como as grandes cidades, que começaram a atrair cada vez mais trabalhadores do campo para as grandes obras.

O direito à saúde permanecia como um privilégio para os ricos e os trabalhadores que tinham a carteira de trabalho assinada, pois somente assim era possível ter acesso aos serviços de saúde oferecidos por alguns IAP.

3.4 Do final da ditadura Vargas até o golpe militar

Nesse período, o país passou por uma fase denominada desenvolvimentista, durante a qual o grande objetivo era modernizar o país, com o fortalecimento da indústria e a construção de grandes estradas para o escoamento da produção nacional. Em 1960, inaugurou-se Brasília, cidade que representava todo o ardor pela modernidade. A partir de então, a capital do país passou a ser essa cidade.

A política populista (populismo é um tipo de política em que o líder é carismático, conversa “direto com o povo”, mas não respeita os espaços democráticos para tomar decisões, centralizando o poder em si) estava em decadência. Houve, por um breve período, liberdade para discussões sobre as políticas sociais.

A assistência à saúde continuava dividida em campanhas para os problemas coletivos, e a assistência individual curativa, ligada aos IAP, os quais, nessa época, passaram a oferecer esse tipo de assistência à saúde. O Ministério da Saúde foi criado em 1953, resultado do desmembramento do Ministério da Saúde e da Educação, mas com pouca influência e capacidade para a tomada de decisões.

O Brasil abriu-se ainda mais para os grupos estrangeiros, e, na área da saúde, isso se refletiu na entrada dos grupos de medicina privada, que começaram a administrar diversos hospitais (construídos e equipados com dinheiro do Estado).

Com o avanço do comunismo no mundo e o clima de manifestações por direitos sociais (presente no mundo todo), o Partido Comunista foi colocado na ilegalidade e pouco a pouco criou-se o ambiente para o golpe militar de 1964.

A indicação e a posse de João Goulart na presidência (o Brasil era então um regime parlamentarista, que durou pouco tempo) e suas propostas de reforma de base, voltadas para as políticas sociais e visando à manutenção da soberania sobre o petróleo, foram os catalisadores ideais para sua deposição e o golpe militar.

3.5 Do golpe militar à VIII Conferência Nacional de Saúde

Em 31 de março de 1964, os militares tomaram a sede do governo, fecharam o Congresso Nacional e declararam a suspensão de vários direitos individuais. As justificativas iam desde a necessidade da contenção do comunismo até a manutenção da ordem social e da democracia no país. Várias pessoas e instituições foram perseguidas, principalmente aquelas que eram contrárias ao golpe. Documentos indicam que os EUA o financiaram, pois seriam prejudicados pelas medidas propostas por João Goulart. Outros países da América Latina passaram por golpes militares semelhantes nesse período, como Chile e Argentina.

Enquanto isso, na saúde, a situação só piorava: os empréstimos a fundos perdidos (que nunca seriam recebidos) continuaram a ser feitos em larga escala para a construção de hospitais; o governo pagava duas vezes para os investidores, ao emprestar o dinheiro e, depois, ao pagar pela assistência prestada à população; os IAP foram unificados no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) - pergunte a seus pais se eles se lembram das famosas filas do INPS! - responsável pela assistência médica individual voltada apenas aos trabalhadores com carteira de trabalho assinada (trabalhadores rurais e informais continuavam excluídos do sistema). Posteriormente, o INPS foi desmembrado, e uma de suas partes foi denominada Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), responsável pela assistência médica ambulatorial e hospitalar. A outra parte era o INSS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Para o governo, o país vivia “o milagre econômico”, no entanto, o que se via nas cidades não era isso. Tínhamos intenso êxodo rural, em razão das péssimas condições de trabalho no campo (o trabalho escravo e a violência contra trabalhadores eram comuns e não coibidos pelo Estado), inflando as grandes cidades e piorando as já frágeis condições de vida; arrocho salarial; inflação descontrolada; serviços de saúde voltados para poucos. Todas essas condições favoreceram o aparecimento de epidemias, entre elas, a conhecida epidemia de meningite de 1974: informações a respeito dela foram censuradas, e os profissionais de saúde que tentaram realizar alertas para essa situação foram perseguidos.

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, pela Lei nº 6.229, de 17 de julho, a qual apenas reforçou o que já estava em vigor: a previdência social continuava responsável pela assistência médica individual e curativa, enquanto o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais se responsabilizavam pelos cuidados preventivos.

Os atos públicos contra a carestia, a pressão da imprensa e a oposição de diversos seguimentos políticos e produtivos levaram ao enfraquecimento do governo militar, que se viu forçado a iniciar um lento processo de abertura política. Os pensadores da saúde pública na América Latina ganhavam força com suas teorias sobre a complexidade do processo saúde-doença e das mudanças necessárias no sistema para atender às novas necessidades de saúde.

A determinação social da doença florescia no Brasil. Você se lembra dela? Pois então, nesse período do país, essa teoria serviu de base para as discussões sobre a reforma sanitária, movimento que pretendia alterar, de forma significativa, o modelo de saúde brasileiro. As tentativas de se emplacar

um modelo de atenção organizado a partir da participação comunitária, com regionalização dos serviços existentes, integração do sistema público-privado e atenção primária como porta de entrada no sistema foram várias, mas somente em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, essa proposta foi aceita. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

A grande diferença entre essa conferência e as demais foi o tema: saúde como direito, sistema de saúde e financiamento. Esse tema convocava a sociedade, os pensadores e os profissionais para a discussão.

Amplie seus conhecimentos

Você pode conhecer mais sobre a conferência assistindo ao vídeo da VIII Conferência Nacional de Saúde, com a fala de Sergio Arouca (um dos principais autores dessa conferência), disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=uWjYH5CSgv8>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

A proposta final da conferência determinava a saúde como direito, com a universalização do acesso aos serviços de saúde (todos os cidadãos brasileiros têm direito à saúde, não importando o vínculo empregatício) e a garantia da participação popular no processo de planejamento, implantação e avaliação do sistema de saúde.

A Constituição de 1988 aprovou a proposta quase na sua integralidade, e, pela primeira vez em uma constituição brasileira, o tema saúde teve uma seção exclusiva: seção II, art. 196, capítulo 1, o qual você já conheceu, mas vamos lembrá-lo:

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)

Apenas com a promulgação da constituição a saúde foi unificada, e todos os serviços - preventivos, curativos e de reabilitação - ficaram sob a responsabilidade do setor saúde.

Amplie seus conhecimentos

Saiba mais sobre a história da saúde no país assistindo ao filme *História da saúde pública no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde*. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=SP8FJc7YTao>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

No final do filme, há entrevistas com personalidades ligadas à saúde pública brasileira.

O sistema de saúde foi reestruturado a partir desses princípios, resultando no SUS (Sistema Único de Saúde), regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Veremos no Capítulo 4 como o SUS está estruturado e qual o papel dos profissionais de saúde nesse contexto.

Neste capítulo, você aprendeu que o Brasil teve suas políticas de saúde diretamente influenciadas pelos eventos históricos e econômicos de cada época. Do descobrimento ao início da monarquia, não existiam políticas de saúde. Com a chegada da corte portuguesa, algumas mudanças na estrutura do país foram realizadas, mas a saúde coletiva e a individual não eram um problema tratado pelo Estado. A partir de 1900, por uma preocupação econômica, medidas de saneamento começaram a ser tomadas nos portos, mas a saúde estava voltada apenas para as epidemias.

Você notou também que, durante muitos anos, a saúde pública foi responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, atual Ministério da Saúde. A assistência individual e curativa estava ligada à Previdência Social, e só possuíam direito ao atendimento os trabalhadores com carteira assinada ou as pessoas que podiam pagar como particulares. O restante da população era atendido pelas Santas Casas. Apenas em 1988 a saúde teve o *status* de direito reconhecido pela constituição, e o atendimento foi universalizado, o que garantiu uma nova estrutura, com o Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Lei nº 8.080, de 1990.



Agora é com você!

- 1) Pesquise na internet como eram o trabalho e as práticas médicas e de saúde no Brasil do século XIX. Relacione o resultado de sua pesquisa com as teorias estudadas no Capítulo 1.
- 2) Pesquise quais foram as outras epidemias importantes que ocorreram no início do século XX e quais foram as medidas sanitárias tomadas para controlá-las.
- 3) Apesar de fortemente combatido em sua época, Oswaldo Cruz foi personalidade importante para a saúde e a pesquisa no Brasil. Entre suas principais realizações, houve:
 - a) Controle das epidemias de peste, varíola e febre amarela no Rio de Janeiro e saneamento do Porto de Santos (SP).
 - b) Desenvolvimento da Teoria Bacteriológica, no Instituto Pasteur, com a participação do Instituto Manguinhos.
 - c) Controle das epidemias de febre amarela no interior de São Paulo, saneamento do porto de Santos e fundação do Hospital de Isolamento em São Paulo.
 - d) Controle das epidemias de varíola, peste e febre amarela no Rio de Janeiro, fundação do Departamento Nacional de Saúde, fundação do Instituto Manguinhos.
- 4) Em 1917, o mundo passou por uma pandemia grave: a gripe espanhola, que afetou o Brasil também. Pesquise quais foram as medidas de saúde pública adotadas na época para o controle dessa epidemia.

- 5) A assistência à saúde no Brasil já foi dividida em dois polos: saúde pública, baseada em campanhas e ligada ao Departamento Nacional de Saúde (atual Ministério da Saúde), e assistência individual e curativa (atendimento ambulatorial e hospitalar), financiada pelos IAP e, depois, pela Previdência Social, somente para trabalhadores com carteira assinada. A saúde passou a ser um direito e a incluir todos os cidadãos brasileiros após:
- a) A promulgação da Lei nº 6.229, em 1975, que estabeleceu o funcionamento do sistema de saúde.
 - b) A VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual determinou que a saúde era um direito de todos em seu relatório final.
 - c) A Constituição de 1988, que inseriu o tema saúde em seu bojo.
 - d) A promulgação da Lei nº 8.080, que regulamenta o SUS.

4

O SUS: Organização, Leis e Evolução

Para começar

Este capítulo apresenta a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios que o guiam, as leis que o regulamentam e as normas que orientam o funcionamento dos serviços, além de demonstrar quais são os principais entraves para um funcionamento adequado e os desafios para a implementação plena.

4.1 Generalidades

As políticas públicas de saúde no Brasil foram construídas de acordo com o momento histórico e a situação econômica do país.

O SUS é parte do desenvolvimento social do país e reflete o atual momento histórico. Hoje, ele é considerado como a política pública de maior impacto social, mesmo com todas as dificuldades. Poucos países possuem sistemas de saúde universais como o nosso. Canadá, Inglaterra e França possuem um sistema de saúde parecido com o SUS, exceto pelas diferenças culturais e pela organização.

Jovem, pouco mais de 20 anos, o SUS só foi implantado por alguns municípios recentemente, como é o caso de São Paulo, que passou a seguir as regras do sistema apenas em 2001. Então, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2008, art. 3º, capítulo II:

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 2011)

4.1.1 O que é um sistema?

Para compreender o SUS, vamos primeiro entender o que é um sistema. Um sistema é um conjunto de elementos inter-relacionados, que interagem para desempenhar uma determinada função.

No caso do SUS, esse sistema visa oferecer cuidados de saúde à população: preventivos, curativos, de reabilitação e de promoção. Mas quais são as partes desse sistema? A Figura 4.1 vai ajudá-lo a entender melhor:

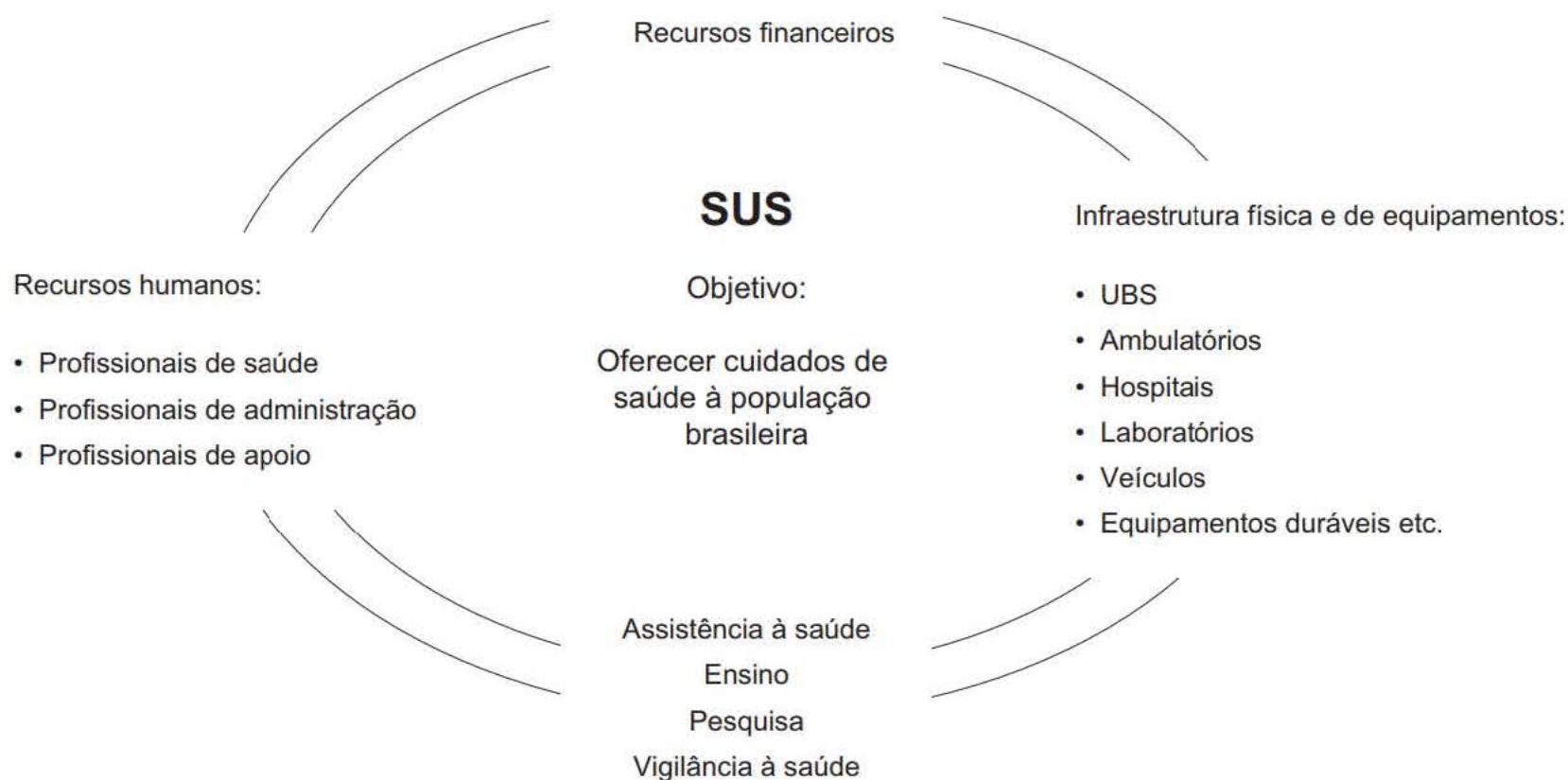


Figura 4.1 - Elementos do SUS.

Não se esqueça: não existe um elemento principal, eles são inter-relacionados e nenhum deles pode existir sem o outro:

- » **Recursos financeiros:** dizem respeito ao financiamento do sistema; sem esses recursos, os prédios para abrigar os serviços não são construídos, insumos não são comprados, pessoas não são contratadas. Os recursos financeiros, isoladamente, não significam nada; eles devem ter uma aplicação.
- » **Recursos humanos:** não é possível oferecer assistência à saúde sem equipes preparadas para tal, e essa equipe não pode ser reduzida aos profissionais com formação em saúde, pois nenhum serviço funciona somente com esses profissionais. Já imaginou uma UBS sem o pessoal da recepção e da higiene?

- » **Infraestrutura física e de equipamentos:** é necessário alocar os profissionais e os usuários dos serviços em locais adequados para a assistência a ser prestada. Como fazer uma cirurgia em uma sala de vacina ou vice-versa?
- » **Assistência à saúde, ensino e pesquisa:** são os eixos fundamentais que orientam os serviços do SUS. O ensino e a pesquisa desenvolvem profissionais e técnicas de cuidados cada vez mais qualificados para prestar a assistência direta. Quando um acontece sem o outro, a assistência perde qualidade, e o ensino e a pesquisa se distanciam dos problemas reais da prática.

É importante dizer que o sistema de saúde privado, com todos seus convênios (e estes com seus hospitais, ambulatorios etc.), também faz parte do SUS, e é chamado de sistema complementar. Esse sistema é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão ligado ao Ministério da Saúde.

Fique de olho!

Caso tenha dificuldade em pensar no SUS como um sistema, compare-o ao sistema cardíaco do nosso corpo: o objetivo é suprir o corpo de oxigênio e nutrientes, e suas partes são coração, artérias, veias, sistema linfático e sangue. Cada um desses elementos possui uma função e, quando qualquer um deles falha, o sistema todo cessa.

Então, cada componente do SUS seria equivalente a um dos órgãos do corpo, funcionando com o objetivo de oferecer assistência à saúde da população!

4.2 Os princípios

Todo sistema precisa de regras para garantir seu funcionamento, e o SUS não é exceção. Ele possui princípios éticos que conduzem o sistema e as diretrizes organizacionais que ajudam a administrá-lo, permitindo que os princípios sejam colocados em prática.

Primeiro trataremos dos princípios. É importante lembrar que o SUS foi formulado e proposto em um momento histórico importante para o país e reflete o sentimento da época, por isso é um sistema fincado em sólidas bases éticas e solidárias.

Vamos aos princípios do SUS:

- » **Universalidade:** se saúde é direito de todos e dever do Estado, então, cada cidadão, independentemente da etnia, da religião e da condição socioeconômica, tem direito a utilizar os serviços do SUS.
- » **Equidade:** esse valor é baseado na justiça social - dar mais a quem pode menos. Todos possuem direito, mas nem todos têm as mesmas condições para acessar esse direito; então, o Estado deve prover as condições para que as pessoas sejam tratadas de forma justa, ou seja, que cada um seja tratado conforme sua necessidade.
- » **Integralidade:** a assistência deve ser fornecida visando atender todas as necessidades da população, atuando na prevenção, na cura e na reabilitação dos problemas de saúde e também sobre os determinantes de saúde.

Cabem alguns questionamentos sobre esses valores, que são levantados por muitos brasileiros todos os dias:

- » Se o SUS é universal, quem nunca vai a hospitais públicos ou UBS está usando o sistema? Sim, pois o SUS não se limita à assistência, ele é responsável por diversos serviços, como a vigilância sanitária. Por exemplo: nenhum medicamento é aprovado para consumo humano sem a avaliação e a liberação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- » Para os estrangeiros, os direitos são os mesmos? Sim, todos os estrangeiros residentes ou viajantes podem ser atendidos pelos serviços do SUS, pois os residentes pagam os mesmos impostos que todos os brasileiros.
- » O SUS seria melhor se fosse pago diretamente pela população? Não, pois já pagamos impostos, e muitos dos problemas estão relacionados não apenas ao subfinanciamento, mas à organização e à administração do sistema.
- » Por que as pessoas acham que o SUS é um sistema de saúde para pobres? Por desconhecimento. É claro que muitos dos serviços de saúde estão em regiões desfavorecidas, mas você se lembra do princípio da equidade? Aproximar os serviços das populações mais pobres obedece a esse valor, já que elas não podem competir em situação de igualdade, pois têm deficiências em muitas partes de sua vida: no trabalho, no salário, no transporte, na educação, e precisam de apoio para alcançar melhor nível de vida.
- » Os serviços privados de saúde também fazem parte do SUS? Sim, eles são considerados um sistema suplementar de saúde, e muitos prestam serviços para o SUS. A legislação prevê que, se um cidadão paga por um plano de saúde e é atendido pela rede de serviços públicos, o SUS pode pedir o ressarcimento ao plano de saúde, pois o seguro-saúde recebeu para prestar um serviço que foi realizado pelo SUS.

Os questionamentos sobre o SUS sempre existirão, e eles são importantes, pois ajudam a avaliar o funcionamento desse sistema e a esclarecer como e por que as coisas funcionam.

4.3 As diretrizes

O SUS é um sistema nacional em um país com regiões extremamente diferentes entre si. Como garantir um funcionamento uniforme do sistema em todo o país? Para isso, foram determinadas diretrizes que devem ser seguidas por todos os estados e os municípios. Vamos analisá-las a seguir.

4.3.1 Descentralização/regionalização

Até a regulamentação do SUS, as ações de saúde eram centralizadas no nível federal. Os programas eram desenhados a partir do perfil epidemiológico (perfil de adoecimento e mortalidade de uma região) do país e executados pelos estados e municípios.

A descentralização objetivou a distribuição das responsabilidades pelas ações e pelos serviços de saúde para os municípios, tornando as três esferas (federal, estadual e municipal) responsáveis pelo desenvolvimento, pela coordenação, pela implantação e pela avaliação dos programas de saúde. As ações e as responsabilidades foram distribuídas da seguinte maneira:

- » Nível federal: *Ministério da Saúde*: desenvolvimento, coordenação e avaliação de programas de saúde.
- » Nível estadual: *Secretaria de Estado da Saúde*: coordenação, desenvolvimento e avaliação dos programas de saúde.
- » Nível municipal: *Secretaria Municipal de Saúde*: programação, execução e avaliação do atendimento à saúde.

Os estados e os municípios têm a liberdade de definir seus próprios programas, de acordo com a realidade regional, e recebem apoio técnico e suporte financeiro do nível federal.

A regionalização significa que é preciso delimitar territórios para que os gestores locais possam atuar sobre eles, de forma planejada e organizada. Em alguns casos, isso só acontece com a ajuda das Secretarias Estaduais de Saúde, que devem apoiar os municípios no processo. Para isso, existem as Comissões Intergestoras Bipartites - estado e municípios -, nas quais são discutidas as necessidades de saúde regionais e as soluções. Para as discussões que envolvem o nível federal, existem as Comissões Intergestoras Tripartites, que têm, além de representantes dos estados e municípios, representantes do governo federal.

Um importante resultado do processo de regionalização é a possibilidade de trabalhar a realidade local, com seus determinantes e suas características populacionais. Pense em uma cidade no Ceará e outra em Santa Catarina: os determinantes de saúde são os mesmos? As potencialidades para resolver problemas são iguais? As pessoas reagem da mesma forma diante das dificuldades? A resposta mais provável para essas perguntas é: não. Por isso é fundamental que a assistência à saúde seja pensada dentro dos municípios, que conhecem como ninguém sua realidade. O que pode dar certo no Ceará talvez seja um erro gigante em Santa Catarina e vice-versa.

A regionalização é preconizada desde a macroestrutura (do governo federal até o municipal) até a organização dos serviços. As UBS, por exemplo, possuem uma área de abrangência pelas quais são responsáveis, que é delimitada geograficamente e a partir das características de sua população. Quando essa área é determinada, restringe-se a quantidade de pessoas que serão atendidas por essa unidade, o que facilita o planejamento e a oferta de ações de saúde. Muitas pessoas reclamam que não podem ser atendidas na unidade em que querem, mas definir uma área é importante para que a equipe da UBS possa estudar quais os problemas dessa região e ofertar serviços adequados ao perfil da população. Sem essa delimitação, seria preciso atender a quem chegasse, e a assistência ficaria reduzida ao que denominamos queixa-conduta: se o problema é uma dor de cabeça, trata-se essa dor e pronto; caso ela esteja relacionada com outros problemas de saúde, dificilmente a equipe identificará.

4.3.2 Participação popular

A participação popular é uma necessidade no setor saúde. Como desenvolver ações voltadas à população sem ouvi-la? Essa participação também é importante para que haja controle social das ações governamentais em vários âmbitos: na gestão, na formulação de políticas, no emprego dos recursos financeiros, na avaliação da assistência prestada, entre outros.

Essa participação também é uma exigência para que ocorra o repasse de verbas aos municípios, pois o plano de saúde de cada município deve ser aprovado em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde.

Os conselhos de saúde são espaços definidos por lei e devem ser garantidos em todos os serviços. Eles existem nos três níveis da gestão, federal, estadual e municipal, e também em cada serviço de saúde.

O processo para a formação dos conselhos deve ser democrático e divulgado largamente entre profissionais e comunidade. Para compor um conselho, é necessário realizar eleições para os cargos titulares e suplentes, os quais têm uma divisão paritária: usuários do serviço devem ocupar 50% das vagas, gestores (que são os administradores dos serviços: secretários de saúde, diretores, gerentes, entre outros) ocupam 25% e trabalhadores 25%. Essa formação é válida para os conselhos gestores de serviços como UBS, hospitais, ambulatorios etc. Para os conselhos dos três níveis, os candidatos são escolhidos, também por meio de eleição, entre delegados indicados de diversas entidades representativas dos profissionais, dos gestores e da população.

4.3.3 Hierarquização dos serviços

Inicialmente, para organizar a rede de serviços de assistência, o SUS realinhou os serviços, levando em consideração a complexidade tecnológica de cada um deles e classificando-os em níveis, de acordo com o tipo de cuidado prestado.

Determinou-se também que a porta de entrada no serviço deve ser a Atenção Básica (AB), a qual precisa estar preparada para resolver até 85% dos problemas de saúde da população.

Agora você deve estar pensando: isso não dá certo, porque os hospitais vivem lotados. Vamos pensar juntos a respeito: por muitos anos, a rede de atenção básica recebeu poucos investimentos e sua estrutura não comportava um volume grande de atendimentos, sendo insuficiente para atender a todos. Atualmente, os investimentos na ampliação e na qualificação da rede têm aumentado. Ainda estão longe do ideal, mas já são muito melhores do que há 20 anos. No entanto, por conta da dificuldade de acesso aos serviços, criou-se a cultura de que o hospital é o melhor lugar para receber um atendimento de saúde, o que não é verdade.

Mas ainda resta uma dúvida: será possível resolver 85% dos problemas de saúde da população na atenção básica? Sim, é possível, pois a maior parte desses problemas não são graves. Provavelmente você conhece muita gente que já teve gripe ou diarreia uma vez na vida, mas quantas pessoas com câncer? Compare a quantidade; pessoas que tiverem gripe ou diarreia não estão em um volume muito maior?

Se a atenção básica conseguir ter a resolutividade que se espera dela, uma pequena parte da população necessitará de cuidados especializados, com o acompanhamento de especialistas. E uma porção menor ainda precisará de centros de cuidado com tecnologia mais avançada, como a medicina nuclear.

A Figura 4.2 mostra como a hierarquização dos serviços está configurada. Perceba como a base é larga: ela representa o volume de pessoas que podem ser atendidas pela atenção básica; então a figura vai-se estreitando. É nítido que apenas uma parte pequena da população precisa de atendimentos de alta complexidade.

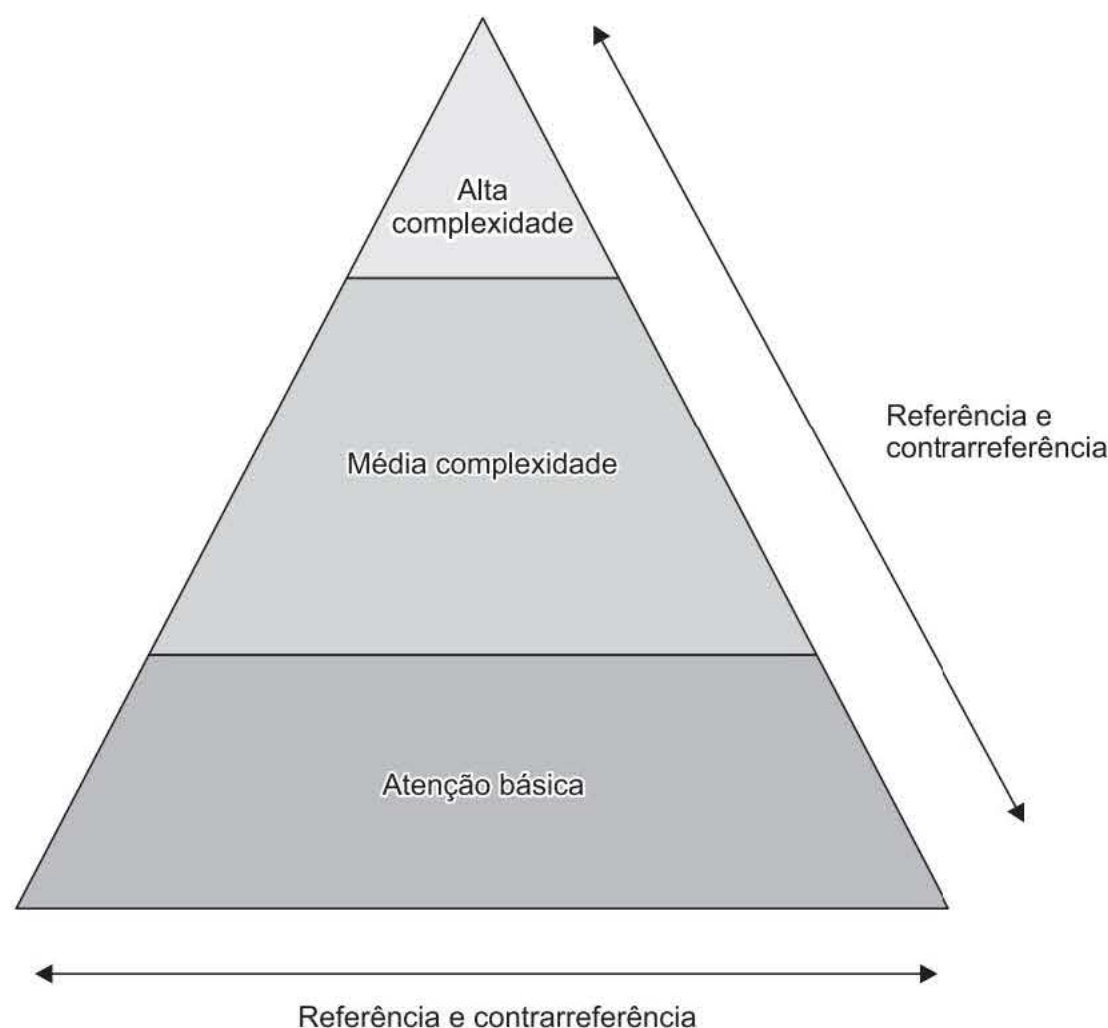


Figura 4.2 - Níveis de atenção à saúde.

Observe as duas flechas ao lado da pirâmide: referência e contrarreferência. Esse é o modo de “caminhar” dentro dos serviços de saúde. Quando o usuário é atendido na atenção básica e precisa de um exame e da opinião de um especialista que não existe no serviço, ele é encaminhado, por meio de um relatório (guia) de referência, a um serviço mais complexo. Cada município tem a sua forma de regular esse processo: em alguns, o usuário marca sua consulta direto no local; em outros, a guia fica com a unidade de emissão, a qual se torna responsável pelo agendamento, entre outras formas. Ao ser atendido no novo serviço, o usuário deve entregar esse relatório ao profissional que fará sua avaliação e tomar uma conduta, a qual deve ser comunicada na mesma guia para o profissional que solicitou a avaliação. Isso é uma contrarreferência!

O usuário pode ser encaminhado de volta para a atenção básica, para outro serviço no mesmo nível de atenção ou mesmo para o nível superior, de acordo com sua necessidade.

Essa organização não existe com o intuito de impedir as pessoas de serem atendidas no serviço que elas querem, mas para que elas recebam o cuidado adequado à sua condição de saúde, pois não podemos esquecer que, quanto mais complexo o cuidado, mais caro ele é, e quem paga por isso somos nós.

Não existe uma linha de “mando” entre os níveis de atenção. Isso quer dizer que nenhum serviço é melhor que o outro e que ninguém é chefe de ninguém, mas parceiros no intuito de oferecer o melhor cuidado de saúde. Essa organização também é uma forma de oferecer os cuidados integrais definidos pelos princípios. Atualmente, os serviços estão sendo reorganizados como Redes de Atenção, que estudaremos no Capítulo 5.



Exemplo

Vamos ver um exemplo de como o usuário “caminha” pelos níveis de atenção. Dona Maria, 56 anos, faz tratamento para hipertensão na UBS (atenção básica) de seu bairro. Ela é sempre atendida por um médico e uma enfermeira, e os dois têm percebido que a pressão de dona Maria não melhora, apesar de ela tomar as medicações corretamente, fazer exercícios e seguir a dieta que lhe foi passada. Desconfiando de que ela tem um problema cardíaco, o médico solicita um eletrocardiograma. O exame é feito e apresenta uma alteração. O médico então decide encaminhar dona Maria para uma avaliação com um cardiologista. Faz uma guia de referência com todo o histórico clínico e pede que a paciente marque uma consulta no ambulatório de especialidades da cidade (secundário). Ela vai até o local e consegue o agendamento. Ao ser atendida, o cardiologista solicita outros exames, pede que dona Maria os faça no próprio ambulatório e que, em 30 dias, passe em nova consulta com ele. Após fazer os exames, ela retorna e é reavaliada pelo cardiologista, que considera necessária uma troca de medicamentos; prescreve um novo remédio, preenche a guia de contrarreferência, pede que ela entregue essa guia ao médico que a encaminhou e a orienta a retornar à UBS, a fim de dar continuidade ao seu tratamento. Diz ainda que ela deverá voltar ao ambulatório uma vez por ano.

4.4 A legislação e o financiamento

Para que todas essas diretrizes funcionem, é preciso haver uma regulamentação e dinheiro.

A Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990, criou o SUS, sendo regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. A Lei nº 8.080 estabelece diretrizes para a gestão do sistema nas três esferas de gestão: federal, estadual e municipal; também dá ênfase à descentralização político-administrativa e determina como competência do SUS a definição de critérios de avaliação/implementação, de valores e da qualidade dos serviços.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação popular no SUS, por meio dos conselhos apresentados no item “As diretrizes”. Determina também que o financiamento é feito por repasse do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os fundos estaduais e municipais. Essas duas leis juntas são denominadas Lei Orgânica de Saúde (LOS).

Outros instrumentos legais foram usados para orientar a gestão: as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência (NOA).

A NOB/96 falava mais especificamente sobre o financiamento, sendo criado o Piso Assistencial Básico (PAB), um pagamento realizado a partir do cálculo de um valor fixado e alterado periodicamente pelo Ministério da Saúde (MS) vezes a quantidade de habitantes do município. Ele deve ser usado para as ações de atenção básica do município. Outras formas de financiamento são: celebração de convênios para programas específicos, como a ESF (Estratégia Saúde da Família) - a cada equipe de saúde da família implantada pelo município, o governo federal paga uma quantia fixa para manutenção dessa equipe; e PAB variável - remuneração dos serviços produzidos, como os procedimentos em um hospital.

O Decreto nº 7.508 dispõe sobre a organização da rede dentro dos Estados e entre eles, sobre a formulação do plano da saúde - necessidades de saúde e estratégias de resolução (que devem

considerar a rede privada de serviços que sejam complementares ou não ao SUS) - e sobre a padronização dos medicamentos oferecidos pelo SUS.

A Emenda Constitucional 29, promulgada em 2000, trouxe como impacto positivo a determinação dos percentuais mínimos de investimento em saúde pelos municípios e estados, mas deixou em aberto a questão do financiamento pela União, ainda em discussão pelos movimentos sociais representados no Conselho Nacional de Saúde e Senado.

A emenda obrigou a União a investir em saúde, em 2000, 5% a mais do que havia investido no ano anterior e determinou que, nos anos seguintes, esse valor fosse corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados ficaram obrigados a aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios 15%.

Com a dificuldade em se promulgar a lei complementar que deveria regulamentar a EC, o Conselho Nacional de Saúde, em 2003, emitiu a Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003, que explicita o que são as despesas com ações e serviços públicos de saúde:

- “I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II - vigilância sanitária;
- III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- IV - educação para a saúde;
- V - saúde do trabalhador;
- VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII - assistência farmacêutica;
- VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
- IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
- X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;
- XIV - atenção especial aos portadores de deficiência;
- XV - ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.” (BRASIL, 2003)

O Projeto de lei complementar nº 306/2008, em tramitação, não traz melhores condições em relação ao financiamento pela União, mas é importante pois define onde devem ser gastos os recursos da saúde, evitando o uso deles em serviços indiretamente relacionados a saúde, como

merenda escolar, obras sanitárias e assistência social. No momento, o Projeto de Lei nº 321/2013, também em tramitação, determina que 10% das receitas correntes brutas da União como investimento obrigatório em saúde pela União (que fazia parte da proposta inicial da EC 29).

4.5 Os pactos pela saúde

Os pactos pela saúde e pela gestão do SUS são compromissos públicos, assinados pelos gestores, que visam à qualificação da gestão e à melhoria da eficácia das ações de saúde. Foram consideradas como ações prioritárias: o compromisso com o SUS e seus princípios; o fortalecimento da atenção primária; a valorização da saúde; a articulação intersetorial; o fortalecimento do papel dos estados; a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (que regulamenta os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde). (MACHADO et al., 2009)

O pacto pela vida tem como prioridades: a saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e mama; o fortalecimento da atenção básica; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e a promoção da saúde.

Os municípios devem gerir o serviço de saúde de forma a cumprir as metas pactuadas. Por exemplo, para se alcançar a meta de controle do câncer de útero, o município deve aumentar a quantidade de mulheres com coleta de papanicolaou atualizadas (segundo as normas do Ministério da Saúde), oferecer exames mais complexos para aquelas que apresentarem resultados alterados, a fim de propiciar uma investigação adequada do diagnóstico, e tratamento precoce para as que tiverem resultados positivos para câncer e outras doenças.

O pacto pela defesa do SUS visa reforçar os princípios do sistema, fortalecendo a participação popular e informando a população sobre seu funcionamento e forma de gestão, ao divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

Amplie seus conhecimentos

Para saber mais sobre os pactos pela saúde, você pode ler os livros disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica: <http://dab.saude.gov.br/serie_pactos.php>. Acesso em: 20 jun. 2014.

4.6 Os desafios

Os desafios para o SUS melhorar são muitos e só podem ser resolvidos com vontade política e pressão da população. São necessárias diversas mudanças:

- » melhora do financiamento, com maiores investimentos por parte das três esferas de governo;
- » melhor organização do sistema, com mais informações para que a população compreenda os fluxos entre os serviços e o papel de cada um;
- » organização dos serviços em RAS (Redes de Atenção à Saúde) - o que veremos com detalhes no Capítulo 5;
- » redução das desigualdades regionais, pois estados mais ricos possuem serviços em maior quantidade e mais bem distribuídos.

Esses são apenas alguns desafios, que todos nós, a população brasileira, precisamos superar.

O SUS está em constante mudança e é reconhecido mundialmente pelos vários avanços que logrou, como a redução da mortalidade infantil e materna, um programa de imunizações que é referência internacional, e outro voltado para o controle de tabaco, com resultados importantes em 20 anos, um dos poucos países a oferecer tratamento gratuito e acompanhamento para portadores de HIV/Aids, entre outras conquistas. Além disso, mais de 70% da população utilizam os serviços do SUS de forma direta, e 90% dessas pessoas avaliam o atendimento como bom ou ótimo.

Então, não podemos parar por aqui. Os profissionais de saúde têm uma responsabilidade grande perante à população e ao SUS, com o intuito de fortalecer o sistema.

Amplie seus conhecimentos

Leia o cordel *O dia em que o SUS visitou o cidadão*. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cordel2.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014. É interessante e divertido. Boa leitura!

Vamos recapitular?

Neste capítulo você aprendeu que o SUS foi criado como resultado da VIII Conferência Nacional de Saúde, e que seu marco legislativo é a Lei Orgânica de Saúde, que engloba as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Você também assimilou que são três os princípios que regem o sistema: a universalização, a equidade e a integralidade, e que, para que esses princípios sejam colocados em prática, são necessárias as diretrizes: participação popular, descentralização/regionalização e hierarquização. Além disso, notou que os pactos pela saúde e em defesa do SUS visam à melhoria da gestão do sistema e possuem metas que são consideradas prioritárias para o cuidado de saúde das populações.



Agora é com você!

- 1) Faça uma pesquisa rápida: procure a UBS da região onde você mora e busque informações sobre o conselho gestor dessa unidade: de quanto em quanto tempo ocorrem as eleições? Quem são os representantes da comunidade? Quando acontecem as reuniões? O que é discutido em cada reunião? Traga as informações para a sala de aula e as discuta com seus colegas.
- 2) O SUS tem como princípios (copie a alternativa correta em seu caderno):
 - a) A universalidade: apenas os cidadãos nascidos no Brasil podem usar os serviços de saúde; a integralidade: todos têm direito a fazer *check-up*, todos os anos, a fim de tratar integralmente de sua saúde; a equidade: todos são iguais perante o sistema.
 - b) A universalidade: todos os brasileiros e os não brasileiros que residem no país possuem o direito de acessar os serviços de saúde; a integralidade: os serviços de saúde devem oferecer ações que atendam às necessidades de prevenção, promoção da saúde, cura e reabilitação para todo o conjunto da população; a equidade: igualdade com justiça social - oferecer mais para quem tem piores condições de vida.

- c) A universalidade: somente brasileiros que contribuem para a previdência social podem acessar os serviços de saúde; a integralidade: os serviços de saúde devem oferecer ações que atendam às necessidades de prevenção, promoção da saúde, cura e reabilitação para todo o conjunto da população; a equidade: justiça social sem diferenciar as pessoas.
 - d) A universalidade: todos os brasileiros e os não brasileiros que residem no país possuem o direito de acessar os serviços de saúde; a integralidade: todo cidadão tem o direito de ser totalmente examinado em cada atendimento de saúde; a equidade: igualdade com justiça social - oferecer mais para quem tem piores condições de vida
- 3) Em relação à diretriz de regionalização, é INCORRETO afirmar (copie a alternativa incorreta em seu caderno):
- a) A regionalização é importante, pois permite que o serviço de saúde programe suas ações de acordo com o perfil dos usuários que estão em sua área de abrangência.
 - b) A regionalização exclui as pessoas do sistema de saúde, pois ela não pode ser atendida onde deseja.
 - c) A regionalização é a forma de operacionalizar (fazer acontecer) a descentralização.
 - d) A regionalização acontece desde os níveis mais altos da gestão até o nível local, que são os serviços de saúde.
- 4) A hierarquização é importante na organização dos serviços oferecidos para que eles respondam às necessidades de saúde da população de forma ordenada, oferecendo o cuidado adequado para cada condição de saúde. É CORRETO afirmar sobre a hierarquização (copie a alternativa correta em seu caderno):
- a) Dividir os serviços de acordo com suas características e estabelecer fluxos de encaminhamento possibilita que os cuidados sejam bem direcionados, impedindo que condições de saúde simples, como uma gripe, sejam atendidas em hospitais de alta complexidade, o que aumenta os custos da atenção à saúde e faz o tempo de atendimento dos casos mais graves aumentar.
 - b) É inconstitucional, pois, como o cidadão tem o direito de ir e vir deve ser atendido no local em que escolheu.
 - c) É uma forma de impedir o acesso das pessoas aos serviços com maior qualidade, pois preconiza que todos devem ser atendidos primeiro na Atenção Básica, que é reconhecidamente ruim.
 - d) Dividir os serviços de acordo com suas características e estabelecer fluxos de encaminhamento fazem o usuário do serviço esperar tempo demais para ser atendido e demorar para descobrir sua doença, sendo mais fácil cada um procurar o serviço de acordo com seu conhecimento sobre o próprio estado de saúde.
- 5) Faça uma pesquisa na internet sobre a EC 29. Do que se trata? Quais avanços ela pode trazer ao setor saúde? Quem está envolvido nessa discussão? Traga os resultados para a sala de aula e discuta com seu professor e os colegas.

A Atenção Básica no Brasil

Para começar

Este capítulo reforça seu conhecimento sobre a Atenção Básica (AB) e os preceitos que guiam os serviços desse nível de atenção, além de apresentar a Política Nacional de Atenção Básica e como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) funciona com suas equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal (SB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mostrando o processo de trabalho dessas equipes.

5.1 A Atenção Básica (AB) em saúde

Desde o início do século XX, pesquisadores, profissionais e pensadores da área da saúde discutem e pesquisam sobre qual a melhor conformação de um sistema de saúde: quais devem ser seus objetivos, como devem ser formados os profissionais que atuam nele, quais serviços devem ser oferecidos à população e em quais locais, quanto ele custará e quem irá financiá-lo, entre outras questões.

Pensando nisso, em 1920, na Inglaterra, o ministro da Saúde escreveu o Relatório Dawson, no qual propunha um modelo de atenção à saúde baseado na delimitação de territórios para atuação e na hierarquização dos serviços de saúde, tendo como base da assistência os centros de saúde - unidades equipadas para ações preventivas e curativas, capazes de resolver as demandas de saúde mais comuns da população residente no local e interagir com outros serviços da rede. (CONILL, 2008; ANDRADE et al., 2006)

Com base nessa proposta, cunhou-se o termo Atenção Primária à Saúde (APS), o qual foi transformado no decorrer dos anos, em razão da influência de pensadores, governantes e profissionais direta ou indiretamente ligados à saúde, sendo compreendido e utilizado de formas diferentes em cada época e local.

A publicação do livro *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology* (“Atenção Primária: equilibrando necessidades de saúde, serviços e tecnologia”), da pesquisadora Barbara Starfield, em 1998, foi um marco nas discussões sobre a APS, pois provou que essa estratégia traz bons resultados em saúde e com custos sustentáveis para os países; a partir daí, muitos governos começaram a investir mais fortemente no fortalecimento da APS em seus países.

No Brasil, APS e AB são termos equivalentes. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a AB como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. [...] Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social [...]. (BRASIL, 2012)

Ao ler essa definição, podemos perceber que a AB reforça os princípios e as diretrizes do SUS e que, a partir daí, passa a ter papel central no sistema, pois seus serviços devem ser a porta de entrada para a rede e a referência principal para o usuário, além de ser a coordenadora do cuidado, isto é, a responsável por orientar e acompanhar o usuário em sua trajetória na rede, sendo o elo entre todos.

Perceba também que essa definição salienta a necessidade de as unidades de AB realizarem o acolhimento das demandas de saúde da população que as procura. O acolhimento é uma ação na qual são ouvidas as necessidades do usuário e, a partir delas, decide-se, com ele e outros membros da equipe, quais atividades e atendimentos são necessários para a situação. Por exemplo: um usuário que chega com muita dor de cabeça pode ser orientado a verificar sua pressão arterial e a passar por avaliação médica; ao relatar que, na região em que mora, existe uma infestação de ratos por causa do acúmulo de lixo, ele pode ser orientado a, com sua comunidade, acionar o serviço de zoonoses e, além disso, a marcar uma reunião com os moradores da região a fim de discutir o problema do descarte do lixo!

As possibilidades para a resolução das demandas trazidas pela população são muitas. No entanto, é preciso que a equipe esteja disposta a ouvir realmente o motivo que levou o usuário ao serviço e decidir com ele qual a melhor ação. Muitas vezes, as pessoas acham que apenas atendimentos médicos resolverão seus problemas; no entanto, uma escuta adequada, com orientação coerente, pode mostrar que isso nem sempre é necessário.

5.1.1 Os serviços da AB

Os serviços de saúde que formam a AB são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), tanto do modelo tradicional quanto de saúde da família, equipes de AB para a população de rua (consultórios na rua), UBS Fluviais e ESF para as populações ribeirinhas. Os serviços de atenção domiciliar também fazem parte das estratégias de atenção da AB.

As UBS podem funcionar de diferentes formas. O modelo tradicional é caracterizado por não haver uma adscrição da clientela, quer dizer, não há laços tão estreitos com o território onde as UBS estão inseridas e elas “esperam” a chegada da população, atuando a partir das queixas que chegam ao serviço, em vez de “buscar” problemas na comunidade. Muitas dessas UBS não conhecem profundamente as necessidades de saúde de sua região, pelas dificuldades do próprio serviço em realizar o estudo do perfil de saúde local (poucos funcionários, estrutura física ruim, falta de recursos materiais, entre outros).

As UBS Fluviais têm como principal característica uma estrutura física montada em uma embarcação, “viajando” por cada comunidade a fim de prestar os serviços de saúde. Suas equipes conhecem a realidade daquelas e traçam um perfil geral de saúde de todas elas. Os consultórios de rua atendem às pessoas em situação de rua, e as equipes são capacitadas para utilizar estratégias diferentes de outros serviços, no intuito de se aproximar e manter o atendimento a essas pessoas com modo de viver e práticas de saúde distintas.

As equipes de Saúde da Família (eSF) estão locadas em UBS exclusivas e, em alguns casos, dividem espaço com as unidades tradicionais em algumas cidades, denominadas Unidades Mistas, em que os dois modelos coexistem.

Mas todas essas unidades têm em comum as atividades que prestam à população:

- » imunização;
- » cuidados de enfermagem (curativos, aferição de pressão arterial e glicemia, coleta de exames laboratoriais, dispensação e administração de medicamentos);
- » ações locais de vigilância epidemiológica (incluindo visitas domiciliares);
- » grupos educativos;
- » atendimentos individuais/compartilhados de vários profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, entre outros.

Essas UBS podem realizar suas ações intra e extramuros, quer dizer, dentro dos limites da unidade ou na comunidade. Um exemplo disso são as campanhas de vacinação: a unidade é a referência principal para a vacinação e postos volantes podem ser montados em outros locais da comunidade.

As UBS devem ter uma estrutura física mínima para os atendimentos. Sua construção precisa estar de acordo com as regras preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e obedecer às regras de sinalização, de ambiência (ambiente confortável e acolhedor) e de controle de infecções.

Os serviços de atenção domiciliar possuem configurações diferentes em cada município e têm como característica principal atender aos usuários que possuem restrições de locomoção e dispositivos que necessitam de cuidados especiais, como sondas e respiradores. Além de atender ao usuário, todos fornecem instrumentos para que as famílias possam cuidar adequadamente de seus entes que possuem restrições.

5.2 A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

As diretrizes da AB foram promulgadas por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

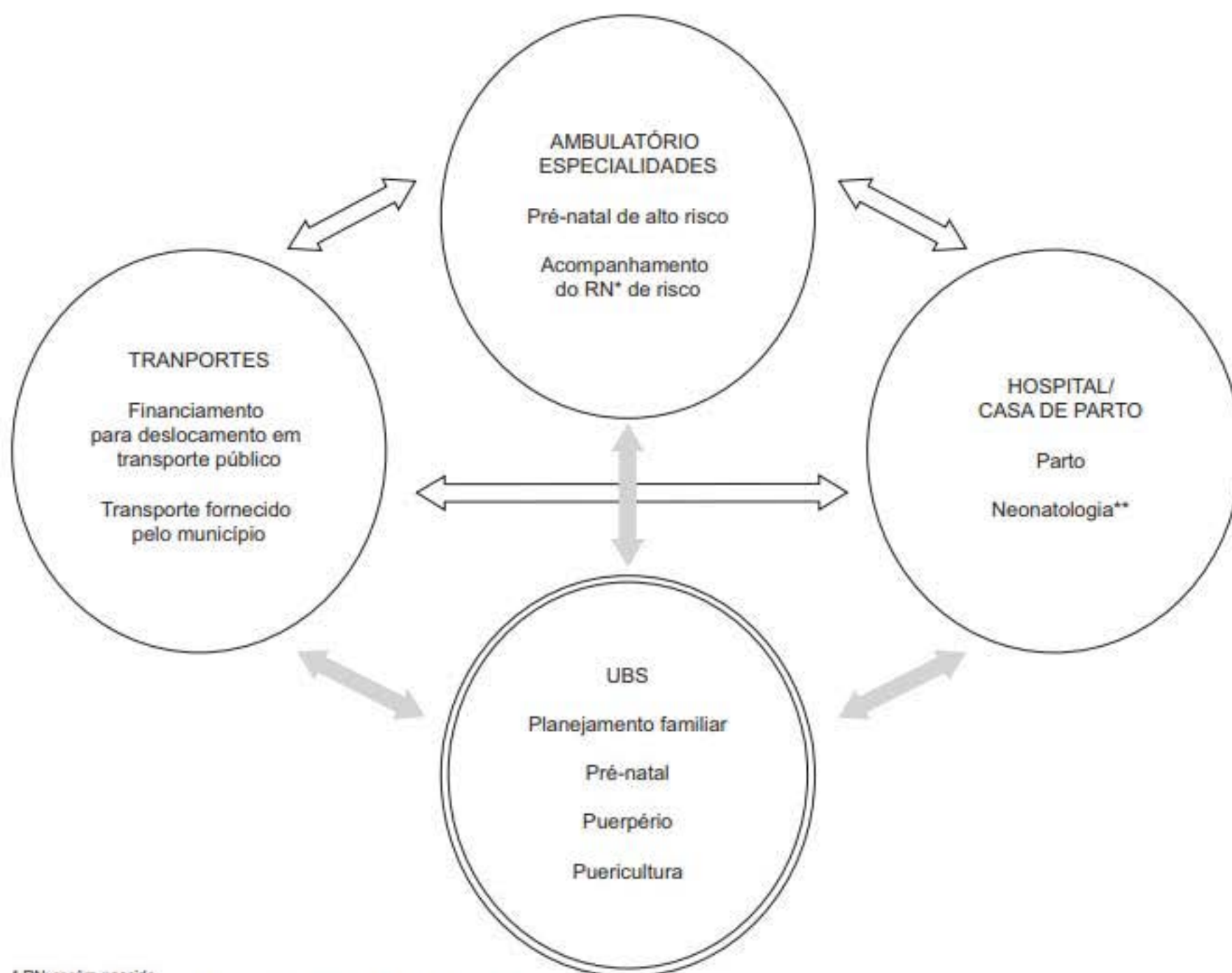
Essa portaria inova a organização do SUS, pois coloca a AB como nível central dentro do sistema, com diversas responsabilidades, entre elas, coordenar a integralidade da assistência por meio de articulação das ações curativas, de promoção à saúde e de prevenção de doenças/agravos. Os serviços ainda estão em processo de estruturação, e a discussão sobre a articulação entre eles também acontece em outros níveis de atenção. Essa articulação deve acontecer por meio de uma comunicação eficiente (um dos principais desafios do SUS hoje), usando como estratégias as reuniões com representantes de todos os níveis de atenção, conferências, fóruns, os meios de comunicação informatizados e diversas outras ferramentas.

Outro avanço da PNAB é a introdução do trabalho em rede. Você se lembra de que, quando apresentamos o SUS, falamos sobre a hierarquização dos serviços por complexidade tecnológica e que isso não queria dizer que um era melhor do que o outro? Então, com as redes, o sistema muda da forma piramidal - que dá a ideia de poder para quem está no topo - para uma figura em que todos os níveis estão no mesmo plano. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos que articulam diversos serviços, de todos os níveis de atenção, para atender a determinadas necessidades de saúde.

Como exemplo, vamos usar a Rede de Atenção à Saúde Materna, também chamada de Rede Cegonha, primeira rede desenvolvida e implementada pelo governo federal junto aos municípios. Ela foi desenvolvida com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal (primeiros 28 dias de vida da criança, período em que ela corre o maior risco de morrer). Essa rede prevê a assistência

no pré-natal, no parto, no puerpério (período de 42 dias após o parto) e atenção integral à saúde da criança nos dois primeiros anos de vida, além de sistema logístico (transporte para consultas e atendimentos fora da unidade de referência) (Departamento de Atenção Básica, 2013).

Essa rede é complexa e prevê a participação de diversos serviços para atender a mulher e seu filho, antes, durante e após a gestação. A Figura 5.1 mostra quais são os serviços básicos e as relações entre eles.



* RN: recém-nascido.

** Neonatologia: especialidade responsável pelo atendimento ao recém-nascido.

Figura 5.1 - Componentes básicos da Rede Cegonha.

Perceba que cada serviço possui um cuidado específico para a mulher e a criança, dependendo da necessidade, mas que tudo se concentra na UBS, que será sempre o serviço de referência, uma vez que o usuário será constante responsabilidade da AB. Todos os serviços se relacionam, mas quem deve coordenar o “caminhar” da mulher pela rede é a UBS (por isso as setas escuras e o destaque da UBS).



Exemplo

Uma mulher procura a UBS (AB), pois a menstruação dela está atrasada. Ela é acolhida pela equipe de enfermagem, que faz um teste de gravidez, cujo resultado é positivo. A enfermeira da unidade realiza a primeira consulta, solicita exames, fornece orientações e marca a segunda consulta com um médico dali a um mês. A gestante é atendida pelos dois profissionais, que detectam que ela está com pressão arterial alta, e o médico a encaminha para o Pré Natal de Alto Risco, no ambulatório (atenção secundária). Esse serviço dá início ao acompanhamento da gestante, mas a equipe da UBS continua monitorando o caso, por meio de visitas domiciliares e consultas. Ao final da gestação, a mulher tem indicação de parto cesárea e é encaminhada para o hospital. Após o parto, ela volta à UBS, a fim de receber os cuidados de puerpério e iniciar o atendimento de puericultura do bebê, até os 2 anos de idade. Tudo isso deve ser registrado em prontuários e relatórios que podem e devem ser compartilhados entre os serviços, para que os profissionais tenham acesso à informação clínica da gestante e da criança.

As redes podem atender diversas situações/doenças: hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, entre outras. Elas devem ser planejadas levando em consideração o perfil epidemiológico da região, os serviços disponíveis no município, os recursos financeiros para sustentá-las e a capacitação dos profissionais para trabalharem nesse novo contexto.

5.3 A Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A ESF foi implantada no Brasil em 1994, em forma de programa, na cidade de Sobral (CE). Tratava-se de uma experiência inovadora, baseada nas experiências canadense e cubana de médico da família, mas com a contribuição de pensadores e técnicos brasileiros, os quais acrescentaram outros profissionais à equipe, como o enfermeiro, o que ampliou a capacidade de resolução de problemas. Antes da saúde da família, existia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), equipes compostas por um enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em número variável, alcançando o máximo de doze profissionais, capacitados para uma série de atividades de prevenção e promoção da saúde. Hoje, em muitos municípios, o PACS é mantido como estratégia complementar.

A partir de 2012, o programa tornou-se uma estratégia e, assim, garantiu-se a continuidade do trabalho, pois, como programa, ele poderia ser interrompido a qualquer momento. Pretendeu-se com isso expandir as equipes de Saúde da Família (eSF), que possuem uma capacidade maior de penetração na comunidade, e compreender os determinantes de saúde com maior profundidade, a fim de atuar sobre eles, tanto atendendo às necessidades quanto auxiliando o desenvolvimento/a ampliação das habilidades da comunidade para lidar com os problemas de forma autônoma.

Você deve conhecer alguma eSF, mas sabe quais categorias profissionais a compõe? A eSF é composta por enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Essa é a estrutura mínima de cada equipe. As equipes de SB (Saúde Bucal) também podem ser inseridas nos serviços; elas são compostas por cirurgião-dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal. Além dessas equipes, que atuam rotineiramente executando ações de saúde e

vigilância em saúde, existe a equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), composta por profissionais de diversas categorias: fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, educador físico, nutricionista, assistente social e, em alguns casos, médicos especialistas. Além disso, em muitos municípios, os agentes de zoonose também trabalham de forma integrada à saúde da família.

O NASF atua capacitando as eSF e a SB na condução de casos mais simples; atendendo individualmente ou com as equipes os casos mais complexos; planejando e executando grupos educativos e diversas outras atividades. A principal ferramenta utilizada pelas equipes NASF é o matriciamento, estratégia na qual todos os profissionais trocam conhecimento de suas áreas específicas, em uma reunião ou nos atendimentos rotineiros, formando um conhecimento único da equipe para cada caso discutido e acompanhado.

As equipes da eSF atuam em conformidade com as diretrizes do SUS e da PNAB. A seguir, você vai conhecer as atribuições gerais das equipes. Cada profissional possui um grupo de atribuições específicas, relacionadas com as características de sua profissão.

Amplie seus conhecimentos

Além das atribuições da equipe, cada membro possui duas responsabilidades individuais, ligados diretamente a sua profissão.

Conheça as atribuições de cada membro da equipe acessando, na íntegra, o documento da PNAB. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

5.3.1 Atribuições das equipes

Todas as equipes que atuam na eSF possuem atribuições, ou seja, responsabilidades que são comuns a todos os membros. Essas atribuições visam organizar o serviço, para que o cuidado oferecido à saúde seja o da melhor qualidade. Vejamos as atribuições definidas pela PNAB (BRASIL, 2012):

- » Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes.
- » Programação das ações de atenção à saúde de acordo com o perfil dos problemas de saúde da comunidade, o que inclui planejamento de grupos educativos, agenda dos profissionais, reuniões comunitárias, atividades intersetoriais.
- » Desenvolvimento de ações que visem à prevenção de doenças, atuando sobre os grupos que possuem fatores de risco para diversas doenças, como as cardiovasculares (por exemplo: alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo).
- » Realização do primeiro atendimento de urgência e acolhimento com escuta qualificada, avaliando os riscos de cada situação. O acolhimento é a recepção do usuário no serviço, não do modo administrativo - pedindo documentação, marcando consultas etc. -, mas levantando as queixas a fim de ajudar a resolvê-las e oferecendo soluções variadas, que vão desde uma consulta médica à participação em um grupo educativo.

- » Oferecimento de atendimentos de saúde na UBS, no território e nos domicílios (podem ser consultas, visitas, vacinação e todas as outras atividades desenvolvidas na UBS).
- » Desenvolvimento de ações de promoção da saúde, que visem melhorar a qualidade de vida e aumentar a independência e a autonomia da população para que resolvam os problemas da comunidade.
- » Apoio às estratégias de gestão local e fortalecimento da participação comunitária, estimulando a participação no conselho gestor da unidade, para discussão e tomada de decisões diante dos problemas locais.
- » Desenvolvimento de ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção. As atividades intersetoriais são aquelas em que a equipe pode envolver outros setores que atuam na comunidade - Organizações não Governamentais (ONG), a assistência social, lideranças locais, igrejas, entre outros para atuar sobre os determinantes de saúde locais.
- » Desenvolvimento de ações de vigilância em saúde dentro do seu território, como parte das atividades cotidianas e de forma compartilhada com os outros níveis de atenção. O tema vigilância em saúde será abordado no Capítulo 9, por conta de sua complexidade.

A definição de atribuições essenciais pelo Ministério da Saúde é importante, pois ajuda a conduzir o trabalho das equipes em todo o país, evitando assim que algumas ações sejam realizadas e outras não, o que causaria um impacto negativo na saúde da população assistida. Por exemplo: em determinado local, o foco são as atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças; as ações curativas e de reabilitação são colocadas de lado e, assim, uma parte da população fica sem o seguimento adequado de suas necessidades de saúde.

5.3.2 O território

Ao pensar na palavra “território”, uma das primeiras coisas que nos vêm à mente é um mapa, não? Agora, você vai conhecer um pouco mais sobre isso.

Além de ser um espaço delimitado geograficamente, um território possui outros significados, que interessam muito à saúde coletiva, pois o SUS trabalha com a lógica da regionalização, lembra-se? Regionalizar nada mais é do que definir territórios, grandes ou pequenos, nos quais atuar; isso possibilita que se cuide melhor das necessidades da população, pois quem está próximo das comunidades conhece mais os problemas e o potencial para mudá-los.

Você aprendeu que definir o território de atuação é a primeira atribuição das eSF. Sem definir onde as ações irão acontecer, fica difícil realizar um planejamento, pois as eSF não terão como levantar os dados necessários para avaliar as necessidades de saúde da população.

Mas o que é um território? Além de ser um espaço geograficamente delimitado, ele também é o local onde as pessoas moram, trabalham, namoram, divertem-se; enfim, realizam atividades cotidianas, que fazem parte de nossas vidas. Esse espaço está sempre mudando, pois o homem adapta a natureza às suas necessidades - nem sempre de forma harmoniosa.

O território também sofre as ações dos grupos sociais que ali vivem ou daqueles que possuem interesse político ou econômico na região. Um exemplo é o interesse voltado para as periferias das cidades em época de eleições; algumas são bastante populosas, com pessoas carentes em vários aspectos (saúde, educação, lazer), com pouca formação política (no que diz respeito à discussão do modo de viver - individual e coletivamente) e com dificuldade para articular com outras pessoas as estratégias necessárias para a melhoria da vida da coletividade; com uma população desarticulada, fica mais fácil “vender” um candidato, que muitas vezes não representa o interesse dos moradores desse território.

Todas essas situações influenciam o modo de viver das pessoas no território, e para as equipes de saúde é essencial conhecer essa dinâmica, que vai muito além das ruas e das construções de um local. Cada território possui um perfil demográfico (características das pessoas que moram na região ou transitam por ela), epidemiológico (características referentes ao adoecimento e às condições de saúde da população), cultural e social, além de outras características que o tornam único. Monken & Barcellos (2008) afirmam que o território é ligado à situação de saúde das pessoas, com sua influência - positiva ou negativa - sobre a vida delas.

Na AB, a delimitação de um território é de suma importância para a organização dos serviços, pois a partir dessa delimitação se traça o perfil de saúde-doença da região, possibilitando o planejamento adequado das ações de atenção à saúde. Cada UBS possui uma área delimitada, pela qual é diretamente responsável, quer dizer, é a referência principal de saúde da população moradora da região (área de abrangência) e deve ser altamente resolutiva, isto é, resolver a maior parte dos problemas de saúde da população de sua área.

Para as UBS com eSF, após a delimitação da área de abrangência da unidade, essa área é novamente dividida, de acordo com o número de eSF, a fim de delimitar as áreas de atuação de cada equipe. Essa delimitação deve obedecer ao número máximo de famílias a serem atendidas pelas equipes, que são no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas (preconizado pelo Ministério da Saúde em seus diversos documentos orientadores da ESF).

Após essa divisão, cada equipe subdivide sua área em microáreas, que são as microrregiões onde os ACS atuarão, devendo conter no máximo 200 famílias. O número de ACS por equipe pode variar entre as regiões e os municípios. Todas essas divisões devem ser pensadas levando-se em consideração as barreiras geográficas (barrancos, morros, córregos, avenidas) a fim de que tenham continuidade.

Você pode observar que essa divisão vai do maior território (área de abrangência da unidade) para o menor (microáreas das equipes).

Depois de terminada a primeira fase do processo de territorialização, a eSF deve proceder ao cadastro de todos os usuários (adscrição da clientela).

Ao se implantar uma nova unidade de saúde, é essencial que a população participe do processo de definição do território, pois ela tem uma visão sobre a dinâmica da comunidade que pode enriquecer as discussões e o vínculo entre a comunidade e a unidade.

5.3.3 O diagnóstico de saúde

Após a definição do território, a equipe deve conhecer os problemas de saúde da região e a estrutura que existe nela, a fim de fazer seu plano de ação. O diagnóstico de saúde é formado por dados levantados de várias fontes: profissionais da equipe, moradores, conselho gestor, observação do território, dados governamentais e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SIAB é a ferramenta das ESF para conhecer o perfil epidemiológico de sua área de abrangência: quantas pessoas moram na região, faixa etária, sexo, algumas doenças referidas - doenças referidas pelas pessoas, mas sem comprovação diagnóstica (como pressão alta, diabetes, doença de chagas, alcoolismo, deficiências) - se existem gestantes, internações, óbitos e outras informações.

Esses dados são levantados pelos ACS, que preenchem uma ficha de cadastro, denominada ficha A (processo de adscrição da clientela), e outras fichas de acompanhamento (ficha B - voltada a gestantes, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase; ficha C - voltada a crianças menores de 5 anos; e ficha D - na qual são registradas todas as atividades diárias executadas pelos profissionais e eventos de saúde mais graves, como infarto agudo de miocárdio e acidente vascular cerebral). Todas as informações alimentam um sistema, o qual emite relatórios que apresentam os dados de forma organizada, que são enviados também para o Ministério da Saúde, todos os meses.

As equipes devem também desenhar um mapa que contenha o máximo possível das características da região, como comércio, igrejas, áreas de risco, ONG, rios, morros etc., pois isso facilita o planejamento. Com essas informações, as equipes traçam o perfil da região.

O diagnóstico de saúde também é dinâmico, pois se espera que, a partir das intervenções da equipe sobre o território, a situação de saúde melhore. Por exemplo: áreas de risco para proliferação do mosquito da dengue tendem a desaparecer com o tempo, pois os ACS devem realizar atividades rotineiras de prevenção, entre elas a educação da população e a inspeção dos locais onde exista a chance de proliferação do mosquito *Aedes aegypti*.

As equipes devem atualizar com frequência seus diagnósticos e discuti-los com a população, a fim de que juntos tomem decisões que melhorem a qualidade de vida da região.

5.3.4 O processo de trabalho

O dia a dia das eSF é bem complexo, pois diversas atividades devem ser realizadas no intuito de se atender as demandas de saúde da população e trabalhar de acordo com os pressupostos do SUS e da PNAB. A UBS deve ter uma estrutura física que possibilite a execução das atividades com conforto e privacidade, tanto para a equipe quanto para os usuários.

A fim de compreender melhor como as eSF trabalham, você vai ver a seguir a descrição de cada atividade, que devem ser realizadas com objetivos definidos pelos profissionais, levando em consideração seu nível de formação e especialidade. Por exemplo: apenas um enfermeiro

pode determinar os objetivos de sua consulta de puericultura e o médico é o único que pode recomendar um tratamento medicamentoso para um hipertenso. As consultas são exclusivas do pessoal com formação em nível superior, em suas diversas categorias: enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos etc.

- » As reuniões são atividade fundamental, pois elas preveem a participação de toda a equipe e podem ter objetivos diversos: organização dos processos administrativos, discussões de caso (entre a eSF, com ou sem a participação do NASF e/ou outros serviços) e educação permanente dos membros da equipe, por exemplo. As reuniões também podem acontecer com a comunidade para a discussão de problemas comuns a todos, visando a soluções conjuntas.
- » As consultas podem ser individuais ou compartilhadas. Elas são realizadas no intuito de cuidar de problemas de saúde específicos e podem ser feitas por um profissional (a forma mais conhecida) ou compartilhada, situação em que dois profissionais de especialidades diferentes podem atender o mesmo caso. Um exemplo: uma enfermeira e uma nutricionista podem atender juntas a um caso de obesidade, pois as duas possuem conhecimento que deve contribuir na definição de uma conduta nesse caso. O seguimento também pode ser compartilhado ou intercalado entre elas.
- » As Visitas Domiciliares (VD) são outra ferramenta usada para os cuidados de saúde. Elas são feitas diariamente pelos ACS, que levantam dados, fornecem orientações básicas sobre saúde e fazem inspeção das casas para prevenção de dengue. Todos os profissionais realizam VD, com objetivos diferentes (de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde), os quais devem ser discutidos e definidos pelas equipes durante as reuniões.
- » As ações educativas podem e devem acontecer de diversas formas: dentro das consultas, nas VD, nos grupos educativos, em forma de palestras dentro da unidade e na comunidade. As equipes devem abordar temas de interesse da comunidade e que sejam relevantes em relação à situação de saúde local: se existem hipertensos, diabéticos e obesos em grande número, é interessante realizar discussões sobre alimentação saudável, prática de atividade física, sinais e sintomas das doenças etc. Isso se aplica a todas as necessidades de saúde.

Você se lembra do conceito ampliado de saúde? Ele considera que a saúde é resultados da interação de diversos fatores e que não é possível cuidar da saúde apenas nos serviços de saúde. Mas, muitas vezes, são as UBS que identificam problemas na comunidade, os quais elas não podem resolver sozinhas, mas podem articular ações com outros setores a fim de tentar uma solução. Essas articulações são as ações intersetoriais.

Veja este exemplo: na área de abrangência de uma UBS, existe um córrego coberto por construções irregulares. A população joga muito lixo no local e, durante as chuvas, sempre ocorre inundação. O papel da UBS é articular ações com outros setores a fim de ajudar a resolver o problema, além de realizar as atividades inerentes a ela - verificar se as pessoas estão com o calendário

vacinal atualizado (muitas doenças podem ser transmitidas via água contaminada) e orientar sobre o uso de água limpa e o descarte de lixo, por exemplo; além disso, também pode ajudar a população a se articular com outros setores, como habitação, limpeza urbana e assistência social, pois o problema possui várias faces.

Todas essas atividades são ofertadas pelas UBS com eSF e são realizadas como rotina, além daquelas já mencionadas (curativos, vacinas etc.), feitas por todos os serviços de AB.

Vamos recapitular?

Neste capítulo você aprendeu que a AB é a porta de entrada e a principal referência do usuário no SUS, e que no Brasil existe uma PNAB, a qual define como os serviços devem funcionar e determina as atribuições das equipes e dos profissionais que atuam na AB. Observou também que um território é a base de todas as ações de AB e que seu reconhecimento é o primeiro passo para as equipes levantarem dados sobre o perfil da população e planejarem as ações de atenção à saúde. Soube que a ESF é, na atualidade, a ferramenta mais importante para reorganizar a AB e também o SUS, levando as ações de saúde para mais perto da população e de suas necessidades. Você também conheceu as atividades que as eSF realizam diariamente para tornar possível o atendimento das necessidades de saúde da população.



Agora é com você!

- 1) Procure na região onde você mora ou trabalha a UBS mais próxima. Vá até lá, converse com o responsável e questione: ela atua no modelo tradicional ou com a ESF? Como foi definido seu território? Qual o perfil epidemiológico da região? Quais profissionais trabalham na UBS? Que serviços e atividades são oferecidos à população? Coloque suas respostas no papel e reflita sobre elas: o serviço atua em acordo com as diretrizes da AB? Como você chegou a essa conclusão? Discuta suas conclusões com seu professor e os colegas em sala de aula.
- 2) Caminhe pelo bairro no qual você mora, mas, dessa vez, prestando atenção aos detalhes: observe o comércio, veja como são as residências, como as pessoas se relacionam, como é a natureza, veja se há dificuldades de moradia nesse bairro, associações comunitárias e tudo aquilo que considerar importante. Volte para casa e faça um mapa do seu bairro, colocando todas as informações que coletou com suas observações. Como é esse território? O que ele possui que pode impactar de forma

positiva ou negativa a situação dos moradores? Como você pode ajudar a melhorar seu bairro? Pense sobre as respostas e discuta a questão com seus colegas de classe e também com seus vizinhos. Faça uma proposta para manter ou mudar algo que tenha influência na situação de saúde que você identificou.

- 3) A sra. Claudia, 32 anos, é cadastrada na UBS e SF Jd. do Sol. Ela fez seu pré-natal (PN) na unidade e no ambulatório de especialidades, pois, durante a gestação, foi diagnosticada com hipertensão arterial. A enfermeira responsável pela sua área realizou a visita domiciliar com o ACS, a fim de fazer a primeira avaliação da saúde de Claudia e seu bebê no puerpério. Jonas, o pai, está presente e muito orgulhoso, mas um pouco preocupado com a pressão da esposa. Claudia está muito feliz, amamentando bem, e agradece a enfermeira por toda a atenção que o pessoal da UBS lhe deu durante seu PN. A enfermeira orientou-a dizendo que, diante de qualquer problema com ela ou com a criança, a família deve procurá-la na UBS e que Claudia e Jonas já podem iniciar o planejamento familiar. Ao chegar à unidade, a enfermeira conversa com a equipe e decide que será preciso a realização de mais VD pela auxiliar de enfermagem, a fim de verificar a pressão de Claudia e, assim, deixar a família mais tranquila. Sobre a situação descrita copie a alternativa INCORRETA em seu caderno.
- a) Claudia foi atendida na rede de atenção à gestante, pois precisou de suporte especializado na gestação, foi encaminhada, mas manteve seu atendimento na UBS de referência, com sua eSF.
 - b) Os profissionais na unidade realizaram ações de prevenção de doenças e curativas com os membros dessa família, pois atenderam às necessidades biológicas e emocionais inerentes ao período de gestação, identificando situações de risco, como a hipertensão, para o tratamento correto e a fim de evitar complicações na gestação e no parto.
 - c) Claudia não fazia parte do território da UBS, por isso foi atendida no ambulatório de especialidades.
 - d) A equipe utilizou várias ferramentas para atender a essa família: consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, grupo educativo e reunião de equipe.
- 4) O sr. João procurou a UBS muito bravo, gritando que o SUS é uma grande porcaria. Ao ser atendido pela recepção, falou que havia procurado o Hospital do Coração da cidade e que eles se recusaram a atendê-lo, pois ele não tinha um encaminhamento da UBS. Ele disse que tem certeza de que seu problema é de coração e que precisa de um cardiologista, mas a UBS não tem um. Você está ao lado observando tudo. Pensando na definição de AB da Política Nacional, que orientação você pode fornecer ao sr. João sobre os motivos pelos quais ele não foi atendido no Hospital do Coração?

- 5) A UBS d. Maricota organizou uma festa da saúde no sábado, com a participação de toda a equipe e do NASF. Nessa festa, foram oferecidas diversas atividades: coleta de papanicolaou para as mulheres que não podem ir à UBS nos dias de semana; brincadeiras com as crianças; oficina de alimentação saudável; aulas de alongamento; palestras sobre prevenção de violência e uso de drogas para os pais; e oficina sobre sexualidade para os adolescentes. A comunidade também participou: as mulheres do grupo de artesanato expuseram seus trabalhos e o grupo de alimentação saudável ficou responsável pelos comes e bebes. Foi um sucesso. Identifique quais atividades - realizadas pela equipe - foram necessárias para o planejamento e a execução da festa. Quais objetivos a equipe da UBS tinha em mente quando organizou as atividades oferecidas na festa? Quais benefícios uma festa pode oferecer ao território?

Risco, Vulnerabilidade e Fatores de Risco em Saúde

Para começar

Este capítulo apresenta os conceitos de risco e vulnerabilidade, com uma breve discussão sobre sua relevância para as práticas de saúde. Os fatores de risco mais importantes para o adoecimento são abordados, assim como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a atuação dos profissionais de saúde diante desses fatores.

6.1 Conceitos de risco e vulnerabilidade em saúde

O conceito de risco é largamente utilizado em saúde. A partir dele, são definidas várias ações voltadas para a redução de riscos, prevenindo assim o adoecimento ou agravos de saúde. Mas o que é risco? O risco pode ser definido como uma **probabilidade** de um evento ocorrer, sendo desfavorável à saúde na maioria das vezes. Perceba que probabilidade está em destaque, pois essa palavra deixa claro que o evento pode ou não ocorrer.

A noção de risco também está ligada à relação causa-efeito: em geral, se existe causa, existe efeito; um não acontece sem ou outro. Mas nem sempre é assim! Em muitas situações de saúde, os fatores envolvidos são tantos que não é possível definir qual deles influenciou diretamente o evento. Não podemos esquecer que o processo saúde-doença é complexo, com vários fatores interagindo ao mesmo tempo, o que pode determinar resultados diversos.

Durante muito tempo, o conceito de risco caminhou sozinho na área da saúde, como norteador das decisões em relação à prevenção de doenças. Até o desenvolvimento da noção de vulnerabilidade, que deu seus primeiros passos na década de 1980.

Você já deve ter ouvido a expressão “grupos de risco”, usada com muita frequência para definir pessoas com uma maior chance de contrair certas doenças, a Aids, por exemplo. Essa expressão já não é utilizada há muito tempo entre pesquisadores e parte dos profissionais de saúde, pois ela pode desencadear uma visão preconceituosa sobre os indivíduos que possuem um risco maior para o adoecimento.

Para compreender melhor: no início dos anos 1980, foram diagnosticados os primeiros casos de Aids no mundo. Como a doença era desconhecida, várias investigações epidemiológicas foram realizadas, a fim de obter o maior número de informações para auxiliar o planejamento das ações de controle. Uma das observações realizadas era o fato de a doença ser bastante comum entre homens homossexuais. A partir daí, houve um movimento, tanto de profissionais de saúde quanto da imprensa, em rotular a Aids como doença ligada à homossexualidade, gerando reações negativas em torno dessa população, como ataques à sua sexualidade e ao seu modo de vida. A expressão “grupo de risco” estigmatizou milhares de pessoas, enfatizando que a doença era específica desse grupo. Isso foi um grande erro, pois, com o avanço das pesquisas, se demonstrou que todos os indivíduos são suscetíveis à infecção pelo HIV quando expostos a determinadas situações. Além disso, desencadeou ações preventivas de baixa eficácia (por exemplo, quando se divulgou que a Aids era uma doença de homossexuais, muitas pessoas deixaram de se prevenir) e aceitação pela população. Uma prova disso é a crescente feminilização da epidemia, isto é, as mulheres hoje estão infectando-se cada vez mais com o vírus.

A partir desse momento, epidemiologistas e pesquisadores começaram a formular o conceito de vulnerabilidade, pois o conceito de risco sozinho podia ser usado de forma inadequada, responsabilizando apenas o indivíduo doente pela sua condição, sem considerar a variedade e a complexidade dos determinantes de saúde envolvidos no processo.

A vulnerabilidade parte do princípio de que a doença é resultado da interação entre diversos fatores individuais (biológicos, psicológicos) e coletivos (contextos cultural, socioeconômico), que não podem ser separados e que aumentam a suscetibilidade da pessoa para contrair a doença.

O conceito vulnerabilidade apresenta três aspectos importantes:

- » **Dimensão individual:** todos os indivíduos são suscetíveis às doenças. As pessoas possuem modos diferentes de receber, analisar e utilizar informações sobre saúde, pois os indivíduos são seres únicos, com uma “bagagem de vida” específica. Por isso, eles não usam as informações da mesma forma e com os mesmos resultados. Pense no seguinte exemplo: muitas pessoas sabem que fazer sexo seguro é uma das formas mais eficazes de evitar ser contaminado por doenças sexualmente transmissíveis (DST). Todas as pessoas que sabem disso utilizam preservativo em todas as suas relações sexuais? Se ele(a) é casado(a) ou vive um relacionamento estável, provavelmente pensará: por que devo usar? Confiamos um no outro! Muitas outras pessoas pensam do mesmo modo, pois confiança é a base de um relacionamento amoroso, e é muito desconfortável desconfiar do outro. Com esse pensamento, muitos não usam preservativo em 100% de suas relações sexuais, expondo-se à contaminação, pois têm receio de discutir o assunto com o parceiro, para não o magoar ou

se magoar. Você percebeu como a vivência individual pode tornar as pessoas mais ou menos vulneráveis ao adoecimento?

- » **Dimensão social:** essa dimensão aprofunda um pouco mais a questão, pois afirma que a dimensão individual é fortemente influenciada pelas questões sociais: o acesso aos meios de comunicação, o nível de educação, a religião, a cultura local, a disponibilidade de recursos materiais e financeiros, ter liberdade para tomar decisões dentro do grupo social no qual se está inserido e muitos outros aspectos (AYRES et al., 2007). Para as mulheres, ainda hoje, é difícil discutir questões íntimas com o parceiro, como o uso de preservativo. Em muitos casos, essa discussão pode resvalar para a violência, pois muitos homens pensam que as mulheres não têm o direito de questioná-los sobre sua vida sexual, em razão do machismo de nossa sociedade. Quem nunca ouviu alguém dizer: mas o que foi que ela fez? - quando uma mulher apanha de seu companheiro? Como se a violência contra a mulher pudesse ser justificada por suas atitudes e questionamentos.
- » **Dimensão institucional (ou programática):** em nossa vida cotidiana, frequentamos e nos relacionamos com diversas instituições: igrejas, escola, serviços de saúde, locais de lazer e de cultura, entre outros. Todas essas instituições podem influenciar positiva ou negativamente nossas vidas, pois podem reforçar comportamentos e atitudes, possibilitar ou não a reflexão e a transformação de valores pessoais e coletivos, estimular ou desestimular o desenvolvimento pessoal. Se na igreja aprendemos valores como a importância de cuidar de si e do outro, isso pode ser positivo em relação às doenças mentais, como a depressão, pois as pessoas tendem a ser mais solidárias com os problemas alheios (apoando quem tem depressão) e pensam mais positivamente sobre sua vida (protegendo-se do adoecimento).

A dimensão programática também diz respeito aos serviços públicos oferecidos e ao acesso das pessoas a eles. Como uma pessoa que mora em uma região que não possui serviços de saúde pode tratar de seus problemas de saúde? Como ela saberá como proceder frente às doenças? Portanto, a ausência ou má organização dos serviços também pode tornar as pessoas mais vulneráveis ao adoecimento.

O conceito de vulnerabilidade é complexo, e podemos perceber como as dimensões se influenciam mutuamente, sendo impossível separar a pessoa do mundo em que ela vive; por isso, quando uma pessoa adoece, ela não pode ser considerada a única responsável pela doença, já que faz parte de um mundo com muitas faces.

6.1.1 Fatores de risco e de proteção

Agora que você já conhece o conceito de risco e de vulnerabilidade, vamos apresentar os fatores de risco e de proteção.

Fatores de risco são definidos como: “Condições ou características que aumentam as chances de uma pessoa desenvolver uma doença e podem ser de origem hereditária, socioeconômica/ambiental e comportamental”. (ANS, 2013)

Alguns fatores de risco podem ser modificados, reduzindo a ameaça do desenvolvimento de agravos relacionados a ele, como o tabagismo e o sedentarismo. Outros não podem ser modificados,

como os fatores de risco ligados à genética: pessoas com síndrome de Down são mais propensas ao hipotireoidismo. E outros ainda só podem ser modificados perante a melhoria das condições de vida, por exemplo, condições de moradia impróprias.

Muitas doenças são consideradas fatores de risco que podem auxiliar no desenvolvimento de novas doenças, como a hipertensão arterial sistêmica, o tabagismo e o alcoolismo.

Já os fatores de proteção definem-se por si só: protegem as pessoas do adoecimento. Por exemplo: muitas pesquisas já indicaram que jovens que possuem uma vida comunitária e religiosa experimentam menos drogas e se envolvem menos em delitos. Outro fator de proteção é o apoio familiar e o convívio social: idosos que convivem com suas famílias e possuem vida social vivem mais e com melhor qualidade de vida. Muitos são os fatores protetores, e é papel dos profissionais de saúde reforçar a importância deles para a manutenção da saúde dos indivíduos e da coletividade. Mas, atenção, reforçar esses fatores não significa fazer discursos morais, impondo uma visão de vida como a correta!

Hoje, existe uma preocupação constante com os fatores de risco para as DANT (Doenças e os Agravos Não Transmissíveis) (os agravos de saúde são situações nas quais o indivíduo ou a coletividade são afetados de forma negativa, mas sem necessariamente ocorrer doença típica, por exemplo, acidentes de trânsito ou violência doméstica), visto que grande parte das DT (Doenças Transmissíveis) já foi controlada. Veremos com mais detalhes os fatores de risco mais comuns para as doenças crônicas.

6.1.2 Obesidade

A obesidade é definida como o acúmulo de tecido adiposo no organismo que afeta a vida do indivíduo. É considerada uma doença multifatorial (isto é, desenvolve-se por causas múltiplas: biológicas e psicossociais). A obesidade afeta cerca de 15,8% dos brasileiros adultos e 33% das crianças (BRASIL, 2013) e está associada ao aumento de risco cardiovascular e diabetes, além de impactar negativamente na morbidade (adoecimento) por outras causas e na mortalidade geral. Quanto maior o excesso de peso, maior o risco. Quando o excesso de peso é combinado a outros fatores de risco, a probabilidade de adoecimento aumenta.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é o indicador utilizado na avaliação do excesso de peso, usado com a circunferência abdominal. Os dois índices podem avaliar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O cálculo do IMC consiste na divisão do peso (kg) pela altura elevada ao quadrado. Veja a fórmula a seguir:

Cálculo do IMC:

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$$

Para adultos entre 20 e 60 anos de idade, o IMC não deve estar acima de 25 kg/m². O excesso de peso é dividido entre sobrepeso (IMC entre 25 e 30 kg/m²) e obesidade (IMC a partir de 30 kg/m²), que, por sua vez, é subdividida em graus: I, II e III. Para crianças, além do IMC, devem ser avaliadas as medidas antropométricas (peso com relação à altura).

As ações de prevenção e tratamento da obesidade devem partir de várias bases: educação alimentar, prática de atividades físicas, mudança nas rotinas diárias, ações voltadas para os produtores de alimentos com restrição de determinados componentes (como quantidade de sódio, açúcar e gorduras saturadas), entre outras.

6.1.3 Sedentarismo

Você já notou como nos movimentamos cada vez menos? Para trocar um canal da televisão ou aumentar o volume do rádio usamos o controle remoto; as crianças, em vez de brincar na rua, assistem à televisão. Com o avanço da tecnologia e as mudanças em nosso modo de viver, as pessoas passaram a realizar atividades nas quais o esforço físico é pouco exigido e se tornaram sedentárias. O sedentarismo é a baixa atividade física, com pouco gasto das calorias ingeridas pela alimentação, ou a falta dela.

No entanto, o corpo foi feito para ser usado. Por isso o sedentarismo traz consequências para a saúde, pois aumenta o risco de doenças cardiovasculares, osteomusculares (que afetam os ossos, articulações e músculos), endócrinas (diabetes), entre outras.

A prática de atividade física contribui para a melhoria da capacidade cardiovascular e da resistência física, alivia e evita dores (principalmente as musculares, muitas vezes causadas pelo desuso do corpo), auxilia na manutenção da pressão arterial e no controle de doenças como a diabetes, aumenta a densidade dos ossos, tornando-os mais fortes, libera substâncias no cérebro (como as endorfinas) que proporcionam sensação de bem-estar.

Os benefícios são inúmeros tanto para pessoas saudáveis quanto para aquelas que já possuem alguma doença. Para todas, é importante realizar uma avaliação com profissionais de saúde antes do início da prática de atividades físicas.

6.1.4 Alimentação inadequada

A vida moderna trouxe modificações importantes, uma dessas alterações foi em nossa alimentação. Maior acesso à compra de produtos industrializados; *fast-food*; vida “corrida” para quem mora nos grandes centros (trabalho, estudo, família); falta de tempo para cozinhar nossa própria comida; publicidade maciça sobre alimentos pouco saudáveis: todas essas situações levam as pessoas a consumirem alimentos com pouco ou nenhum valor nutricional.

O consumo exagerado de sódio e açúcar (conservantes presentes em vários alimentos industrializados), de corantes artificiais (causadores de alergias) e de gorduras saturadas (que aumentam os níveis de colesterol); o baixo consumo de fibras e de vegetais frescos, todos esses fatores têm influências negativas em nosso organismo, alterando nosso metabolismo e propiciando condições para o desenvolvimento de doenças, como a hipertensão e a diabetes.

Para uma alimentação saudável é preciso observar algumas recomendações: as pessoas devem ter a garantia de acesso aos alimentos, com preço acessível e de boa qualidade; é preciso respeitar as tradições culturais, além disso, a alimentação deve ser variada e colorida, com alimentos de todos os grupos nutricionais (energéticos - carboidratos, gorduras; construtores - proteínas; reguladores - vitaminas); harmoniosa, no que diz respeito ao sabor e à quantidade; segura, em relação à higiene.

Amplie seus conhecimentos

Você sabia que um refrigerante zero possui quase o dobro de sódio que um refrigerante normal? Ler os rótulos dos alimentos é uma forma interessante de controlar o que comemos. Para saber mais sobre como ler rótulos, você pode acessar um documento elaborado pela Anvisa: *Rotulagem nutricional obrigatória. Manual de orientação aos consumidores. Educação para o consumo saudável*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/alimentos/rotulos/manual_consumidor.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2013.

6.1.5 Tabagismo

O uso de cigarro e de outros produtos à base de nicotina é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, cânceres, problemas respiratórios e dermatológicos. No Brasil, estima-se que cerca de 14,8% da população acima de 15 anos seja fumante (INCA, 2013), o que apresenta um grande impacto nos custos do SUS, em razão das internações por doenças relacionadas ao fumo, e nos custos pessoais, associados ao gasto com a compra de tabaco e derivados e a própria saúde. Não existe margem segura em relação ao uso de derivados de nicotina; mesmo alguém que fuma de dois a três cigarros por dia está mais propenso a sofrer de problemas relacionados ao uso do tabaco do que os não fumantes. A redução da quantidade de fumantes no Brasil nos últimos 20 anos foi de cerca de 16%, sucesso alcançado por uma política pública de controle do uso do tabaco que atuou em várias frentes: capacitação de profissionais para abordagem do fumante, marketing com foco nos males do cigarro e benefícios em parar de fumar, restrição de propaganda e de locais em que se é permitido fumar e legislação que limita a quantidade de nicotina nos cigarros e outros produtos do tabaco.

6.1.6 Uso de álcool

O uso de álcool, apesar de culturalmente aceito e incentivado em nossa sociedade, é um fator de risco importante para as DANT quando usado de forma abusiva. Além de contribuir para o desenvolvimento de doenças como a hipertensão arterial, cânceres de estômago, de cabeça e pescoço, o uso crônico pode configurar-se como doença, o alcoolismo. Nos acidentes de trânsito e episódios de violência doméstica, pode-se constatar a participação de pessoas que fizeram uso abusivo de álcool, o que também ocorre nos acidentes de trabalho. O alcoolismo também é causa primária de diversas internações hospitalares, como em casos de cirrose hepática.

O uso moderado de álcool recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de uma dose para mulheres e duas doses para homens. Essa diferença existe porque as mulheres possuem mais gordura corporal e acumulam o álcool por mais tempo no organismo, ficando, assim, mais expostas aos efeitos deletérios da substância. Uma dose corresponde a 14 g de álcool, o que corresponde, por exemplo, a uma lata de cerveja de 350 mL, a uma dose de destilado (aguardente, uísque) de 40 mL ou a uma taça de 150 mL de vinho tinto. Cada dose de álcool demora cerca de uma hora para ser metabolizada pelo organismo.

No Brasil, estima-se que cerca de 15% da população adulta tenha problemas com o uso de álcool.

6.1.7 Estresse

O estresse pode ser definido como uma reação a situações que produzem uma sensação de inquietude e ansiedade. As causas podem ser internas (padrões de reações emocionais da pessoa) ou externas (situações que o indivíduo não pode controlar, como brigas, violência). A pessoa com estresse crônico pode apresentar insônia, irritabilidade, dores musculares, fadiga, e até chegar a um quadro de exaustão mental e física.

O estresse é componente ativo em várias doenças e agravos, desde os transtornos mentais, como ansiedade e depressão, até o infarto agudo de miocárdio, pois altera bioquimicamente o organismo ao aumentar a liberação de substâncias como a adrenalina, que mantém o corpo em estado de alerta contínuo. A fim de enfrentar o estresse, indica-se uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, lazer e exercícios de relaxamento.

Como você pode perceber, as mudanças no modo de viver da sociedade nos trouxeram maior conforto e oportunidades de desenvolvimento pessoal e coletivo, mas também geraram impactos negativos no processo saúde-doença, ao introduzir novas situações para as quais não estávamos preparados. Assim, o novo estilo de vida nos proporcionou conforto, mas também trouxe novas formas de adoecer. Você deve ter ouvido pessoas mais velhas falarem “no meu tempo não era assim!”, e não era mesmo! Nosso modo de viver foi radicalmente alterado em um curto espaço de tempo, gerando a necessidade de a sociedade se adaptar rapidamente, nem sempre com espaço para reflexão sobre esse processo ou as responsabilidades dos indivíduos, das comunidades e do Estado diante do novo cenário.

Os fatores de risco apresentados estão intimamente ligados aos determinantes sociais da saúde. Sendo assim, não é possível enfrentá-los apenas de forma individual. É claro que as pessoas são responsáveis pela própria saúde, mas estamos em constante interação como nosso meio social, e mudanças nesse meio impactam em nossa qualidade de vida.

Todos os profissionais de saúde devem estar preparados para educar as pessoas sobre os fatores de risco e da importância da adoção de hábitos saudáveis.

6.2 Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Você se lembra do conceito de promoção da saúde, estudado no Capítulo 2? Esse conceito deixa claro que a sociedade e o Estado têm um importante papel a cumprir em relação à busca pela saúde. A esse respeito, no Brasil, a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010), que tem, entre seus focos de atuação, o enfrentamento dos fatores de risco por meio de ações multissetoriais e educação para a saúde.

Outros focos e estratégias da PNPS são:

- » **Alimentação saudável:** garantir acesso ao alimento por meio de ações que reduzam a pobreza e promovam a inclusão social, promover ações intersetoriais de combate à fome e à pobreza extrema, estimular a agricultura familiar, disseminar informações sobre alimentação saudável, implementar ações de vigilância nutricional (coletando dados sobre o crescimento e o desenvolvimento infantil por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

- » **Prática corporal/atividade física:** estimular a realização de atividade física na sociedade, aumentar a oferta de atividades/práticas corporais na AB, realizar pesquisas sobre práticas corporais.
- » **Prevenção e controle do tabagismo:** reforçar a política de controle do tabaco, criando um contexto social desfavorável para o uso do fumo (restrição de venda e de propaganda, restrição de locais para uso de fumo, entre outros); aumentar o acesso do fumante a métodos eficazes para a cessação do tabagismo.
- » **Redução da morbimortalidade (adoecimento e morte) por uso abusivo de álcool e outras drogas:** educação para hábitos saudáveis voltada a crianças e adolescentes; divulgação de informações sobre o impacto do uso de álcool e de drogas; apoio à restrição de propaganda de bebidas alcoólicas.
- » **Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito:** ações intersetoriais de educação no trânsito; desenvolvimento de leis que desestimulem o uso de álcool por motoristas.
- » **Promoção da cultura de paz e de não violência:** capacitação de gestores e profissionais para acolhimento e condução dos casos de violência doméstica e sexual; estímulo para articulação intersetorial para fins de redução de turismo e exploração sexual; incentivo aos municípios para elaboração e implantação de planos de enfrentamento da violência.
- » **Promoção do desenvolvimento sustentável:** reorientação das práticas de saúde, que devem considerar o meio ambiente e a sustentabilidade das ações; apoio às ações intersetoriais que visem à sustentabilidade social.

Esses são os pontos de atuação da PNPS. Eles não tratam, de forma direta, dos fatores de risco e de como atuar “cl clinicamente” e de modo individual sobre esses fatores. As ações são voltadas para os determinantes de saúde, pois, ao atuar de forma ampla, melhora-se a qualidade de vida da população e os resultados serão gerais, o que provoca mudanças em todas as camadas da sociedade e atinge a coletividade, chegando até os indivíduos.

Entre as ações definidas pela portaria, o Programa Saúde na Escola (PSE) merece destaque. Esse programa tem entre seus objetivos educar as crianças para que elas cuidem da própria saúde e, assim, influenciem a família e a comunidade. Uma das estratégias é a integração das escolas com os serviços de saúde da Atenção Básica (AB), oportunidade para os profissionais de saúde e os educadores trabalharem em conjunto, planejando e executando ações voltadas aos temas de saúde.

Fique de olho!

A obesidade infantil, problema grave em nosso país, pode ser abordada da seguinte forma dentro do PSE: 1. Identificação de crianças com obesidade por meio de verificação de peso/altura, na escola pertencente à área de abrangência da UBS; 2. Capacitação dos professores e de outros profissionais da escola para abordagem do tema “alimentação saudável” nas atividades escolares; 3. Reunião com participação de pais, professores e profissionais da UBS, a fim de se discutir o tema obesidade e alimentação saudável e estratégias de enfrentamento; 4. Acompanhamento de saúde pela equipe multidisciplinar, na UBS, para crianças com risco e/ou obesidade; 5. Manutenção periódica das ações na escola e avaliação das ações.

Muitos outros temas podem ser abordados dentro do PSE, usando estratégias semelhantes a essa. É importante que haja a integração entre os gestores municipais de saúde e da educação para que o PSE obtenha os resultados esperados, pois os gestores são facilitadores do processo de comunicação entre esses serviços.

O papel dos profissionais de saúde diante dos fatores de risco é atuar no cotidiano como educadores dos usuários dos serviços, divulgando informações de saúde comprovadas e recomendadas cientificamente, estimulando as pessoas a terem hábitos saudáveis e a participarem ativamente de suas comunidades, associações e outros fóruns de discussão que falem sobre os problemas comuns a todos, de modo que possam ser formuladas propostas de melhoria.

Somente ações sociais amplas, vindas das comunidades e sociedades, causarão impacto positivo em relações aos riscos em saúde e reduzirão a vulnerabilidade das comunidades ao adoecimento.

Vamos recapitular?

Neste capítulo, você aprendeu que risco em saúde é um conceito que indica a probabilidade de um evento ocorrer, causando impacto negativo na saúde de um indivíduo ou de uma coletividade. Também compreendeu que o conceito de vulnerabilidade permite a reflexão sobre como as características psicossociais e a inserção do indivíduo e da coletividade na sociedade aumentam sua suscetibilidade ao adoecimento. Assimilou ainda que fatores de risco são condições que elevam a chance de as pessoas e a coletividade adoecerem e que fatores de proteção podem reduzir essa chance. Por fim, conheceu os principais fatores de risco para as DANT e como a PNPS atua sobre eles.



Agora é com você!

- 1) Analise a Figura 6.1 atentamente. Como você usaria o conceito de risco e vulnerabilidade diante dessa situação, considerando a população moradora do local?



ATigre/Wikimedia Commons

Figura 6.1 - Lixão e esgoto a céu aberto.

- 2) Entreviste seus colegas e familiares sobre o fato de eles fazerem ou não uso de álcool, tabaco ou outras drogas. Pergunte se eles usam ou usaram, como e em quais situações isso aconteceu e se já tiveram problemas de saúde ou outros agravos (como acidentes) por causa desse uso. Para os que não utilizam, pergunte por que não o fazem. Anote as situações apresentadas por eles que você considera como fatores protetores, que os ajudam a evitar problemas de saúde decorrentes do uso dessas substâncias.
- 3) Identifique, na sua vida, os fatores de risco para adoecimento e as estratégias que você usa para enfrentá-los. Monte um quadro com as colunas “fator de risco” e “estratégia de enfrentamento”, escreva seus achados e analise se suas estratégias são eficientes.
- 4) Você já ouviu o ditado “é de pequeno que se torce o pepino”? Ele mostra uma visão popular da importância de se educar as crianças para que, ao chegarem à vida adulta, possam conviver harmoniosamente em sociedade e tomar conta de si mesmos e de suas famílias. O PSE parte do mesmo princípio, pois a ciência também já comprovou que hábitos desenvolvidos na infância perduram por toda a vida. Pesquise na internet mais detalhes do PSE e apresente quais os objetivos dele.
- 5) Agir sobre os determinantes sociais de saúde pode alterar a configuração de uma região. Pesquise sobre cidades consideradas boas referências em qualidade de vida no Brasil. O que elas têm de diferente dos outros municípios? Como elas conseguiram alcançar uma boa qualidade de vida?

7

Vigilância em Saúde

Para começar

Este capítulo aborda a vigilância em saúde. Vigiar é estar atento a algo; no nosso caso, vigiar é ficar atento aos fatores que podem determinar o adoecimento da população, a fim de agirmos preventivamente. Nota-se que a vigilância em saúde é composta de subsistemas: vigilância epidemiológica - mais voltada para as doenças e seus determinantes e condicionantes; vigilância sanitária - com foco na produção, na distribuição e nas prestações de serviços que podem causar impacto na saúde da população; vigilância ambiental; e, por fim, vigilância em saúde do trabalhador - cuida da saúde do trabalhador e do ambiente de trabalho. Ele ensina também sobre os sistemas de informação que ajudam a organizar os dados sobre saúde para divulgação a todos os serviços de saúde e a população.

7.1 Aspectos gerais

Depois de compreender os conceitos de risco e vulnerabilidade, apresentados no Capítulo 6, você vai aprender como eles são utilizados no dia a dia da vigilância em saúde. Mas o que é vigilância em saúde? A vigilância mantém atenção sobre os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, acompanhando o “comportamento” desses fatores e das doenças na população.

Todo serviço de saúde deve ser integrado aos serviços de vigilância: UBS, hospitais, ambulatórios, laboratórios, entre outros, pois são eles que alimentam os sistemas de informação da vigilância (que veremos a seguir) e executam ações locais de controle dos agravos/doenças.

A vigilância é um serviço tão importante dentro do SUS que teve suas funções definidas na Constituição de 1988 (Seção II):

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

[...]

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

[...]

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988)

Segundo o artigo, a vigilância deve atuar em diversas frentes, sempre com um papel preventivo e de proteção à saúde, sendo responsável pela fiscalização e pelo controle de diversas situações que podem levar ao adoecimento da população, ou seja, situações que expõem o indivíduo e a coletividade a riscos.

Em 22 de dezembro de 2009, foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS) a Portaria GM nº 3.253, que aprova as diretrizes para o funcionamento das vigilâncias e sua forma de financiamento e determina seus componentes: I - vigilância epidemiológica; II - promoção da saúde; III - vigilância da situação de saúde; IV - vigilância em saúde ambiental; V - vigilância em saúde do trabalhador e VI - vigilância sanitária. Neste capítulo, abordaremos com maior profundidade as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador.

A fim de fazer o sistema de vigilância em saúde funcionar - desde o nível central (MS) até o local (municípios) -, ela foi dividida em subsistemas, com objetivos diferentes, mas modos de trabalho semelhantes: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador.

No nível central (MS), as vigilâncias estão divididas da seguinte forma:

- » Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): possui atividades privativas (que só ela pode realizar), como o registro de novos produtos, substâncias e medicamentos; coordenação do Sistema Nacional de Vigilâncias Sanitárias; regulação das questões sanitárias em conjunto com órgãos governamentais de outras áreas (como o Ministério da Agricultura).
- » Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): é composta pelas vigilâncias epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador, que coordenam os programas nacionais voltados para prevenção e controle de vários agravos/doenças e o Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Nos municípios, existe uma variação na estrutura dos serviços de vigilância: alguns seguem a estrutura ministerial, outros possuem divisões diferentes. Não podemos esquecer que o SUS é descentralizado e regionalizado; então, os municípios têm poder para organizar os serviços de acordo com suas necessidades e possibilidades (entre elas as financeiras e a disponibilidade de profissionais). Em muitas cidades, principalmente nas menores, as equipes de saúde da família realizam grande parte das ações de vigilância.

Anvisa e SVS fazem parte do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), que, além desses órgãos, tem em sua estrutura a rede de laboratórios de saúde pública (Lacen), voltados para o diagnóstico, a investigação e a pesquisa das doenças de interesse da coletividade, como tuberculose, hanseníase, influenza, entre outras; e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, que é a referência para as questões normativas relativas aos processos de qualidade dos serviços, insumos e ambientes ligados à vigilância sanitária (DE SETA e REIS, 2011).

Agora, veremos os aspectos comuns das vigilâncias (DE SETA et al., 2011):

- » Poder de polícia administrativa: os serviços de vigilância podem restringir ou condicionar as liberdades ou a propriedade individual em defesa dos interesses da coletividade. Essa condição é mais utilizada nas atividades da Vigilância Sanitária (VS). Por exemplo: um restaurante que não obedece às regras de higiene em relação ao preparo, ao armazenamento e à distribuição de alimentos e, assim, coloca as pessoas em risco pode ser fechado se, após orientações sobre o correto manejo dos alimentos, não houver melhoria da situação de higiene. Os únicos profissionais que podem determinar esse tipo de ação são aqueles reconhecidos como autoridade sanitária pelo poder público.
- » A vigilância não pode ser exercida por entidades privadas por ser um bem público.
- » Toda vigilância é responsável por ações ou atividades que lidam com determinantes e condicionantes de saúde e com a noção de risco e vulnerabilidade.
- » Devem trabalhar com território delimitado e de forma intersetorial.
- » Trabalham com processo investigativo, o qual pode ser desencadeado por: notificação; identificação durante ações de fiscalização; denúncia; problemas que fogem ao controle, como surtos de determinadas doenças (surto é a ocorrência de um número expressivo de casos em uma região delimitada, por exemplo, diarreia em uma creche). A investigação tem como objetivo descobrir a origem do problema e a caracterização dele.

As vigilâncias também devem trabalhar com as informações geradas pelos diversos serviços, que possibilitam o reconhecimento do perfil epidemiológico das regiões e o planejamento de ações preventivas e de controle de agravos/doenças. Além das informações geradas por órgãos oficiais, as vigilâncias devem investigar rumores, notícias que circulam entre a população, que pode indicar a presença de doenças ainda não identificadas pelos profissionais. Profissionais de várias formações atuam nos serviços de vigilância em saúde, como biólogos, enfermeiros, agentes de zoonoses, médicos, assistentes sociais, veterinários, entre outras categorias, e todos contribuem com seus conhecimentos, em uma atuação multidisciplinar.



Exemplo

Em uma comunidade, existe um grande número de pessoas vivendo aglomeradas, em condições ruins de higiene, com muitas crianças e adultos infestados por pediculose (piolhos), escabiose (popularmente conhecida como sarna) e com doenças diarreicas. Vamos identificar dois determinantes presentes nessa situação: econômico (as pessoas não têm acesso à moradia digna) e educacional (essa comunidade pode possuir deficiências educacionais, desconhecendo medidas preventivas para evitar a propagação de doenças). A vigilância, aqui representada pelos profissionais de uma UBS, pode promover ações intersetoriais e educacionais a fim de melhorar as condições de vida dessa população, mas também deve fornecer informações aos profissionais de saúde e à população sobre como controlar a propagação desses dois agravos.

7.1.1 Sistemas de informação

Os dados utilizados na vigilância são originários de diversas fontes, analisados pelas equipes dos serviços de vigilância e divulgados para a rede de serviços de diferentes formas: boletins, revistas especializadas, *sites* na internet, entre outras. Todas as informações devem gerar decisões que resultem em ações. Por exemplo: se a vigilância epidemiológica local recebeu notificações de casos de meningite em uma determinada região, ela deve analisar esses dados, organizá-los, divulgá-los para os serviços de saúde e orientar quais as medidas necessárias para o controle da transmissão e da propagação da doença nesse local.

Atualmente, existem diversos sistemas de informação no país, e parte deles está descrita a seguir:

- » SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica): é alimentado pelas equipes de saúde da família; tem como função fornecer dados sobre as características demográficas das regiões atendidas pela eSF e sobre doenças autorreferidas (aquelas que as pessoas relatam que têm, mas que não foram confirmadas por profissional de saúde).
- » SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação): é o sistema-base para as ações de vigilância epidemiológica, alimentado pelas notificações e investigações das doenças de notificação compulsória no país.
- » SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos): suas informações provêm das declarações de nascidos vivos, documento emitido pelos serviços nos quais acontece o parto e, em caso de parto domiciliar, no serviço de primeiro atendimento ou cartório. Nesse documento estão as informações de filiação materna, dados sobre o pré-natal e nascimento.
- » SIM (Sistema de Informação de Mortalidade): os dados são gerados a partir das certidões de óbitos, que podem ser preenchidas somente pelo médico que certificou a morte ou pelos Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) e/ou Instituto Médico-Legal (IML).
- » CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde): cadastro que contém informações de todos os trabalhadores de serviços de saúde, tanto da rede pública quanto da rede suplementar (serviços privados) e a descrição dos serviços: equipamentos, estrutura física e serviços oferecidos.

- » SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações): apresenta dados provenientes de todos os serviços que executam ações de vacinação, sobre doses administradas, tipos de vacina, faixa etária, entre outras informações.
- » SINITOX (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas): recebe dados sobre intoxicações e envenenamentos dos centros regionais de informação, presentes em todas as regiões do Brasil.

As informações geradas por esses sistemas estão disponíveis em diversos *sites*, entre eles, o DATA-SUS, que concentra as informações de saúde do país e também desenvolve tecnologias de informação para o SUS.

Amplie seus conhecimentos

Nas décadas de 1980 e 1990, muitos eventos mostraram a fragilidade dos sistemas de vigilância no Brasil, os quais não trabalhavam de forma integrada e tinham acesso a poucas informações, além de falhas graves de comunicação. Um exemplo triste dessa fragilidade foi o acidente com césio 137 - material radioativo - em Goiânia, em 1987. O acidente aconteceu depois de dois catadores de metal acharem um equipamento de raios X em uma clínica abandonada. Eles abriram o equipamento e acharam um recipiente com um lindo pó azul brilhante: o césio 137. Para saber mais sobre essa história, você pode assistir ao filme *Césio 137: o pesadelo de Goiânia*. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=-PUJd5qsU0g>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

7.2 Vigilância Epidemiológica

O primeiro subsistema do qual vamos falar é a Vigilância Epidemiológica (VE), um dos mais antigos em funcionamento no país e com uma estrutura mais bem definida e mais facilmente reconhecida pela população e pelos profissionais de saúde. Ela é o subsistema nacional mais antigo, criado pela Lei nº 6.259, em 30 de outubro de 1975.

A redefinição de seus objetivos e da área de atuação foi claramente abordada pelo artigo 6º, parágrafo 1º, da Lei nº 8.080/90:

Entende-se por Vigilância Epidemiológica um 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.

Então, de acordo com a definição dada pela lei, podemos dizer que a VE tem várias funções relacionadas à coleta e ao processamento de dados, à análise, à interpretação e a divulgação dos dados, além de recomendação de medidas preventivas. Também é papel dos serviços de VE avaliar os resultados de suas ações.

A VE, historicamente, sempre teve como foco de trabalho a atuação sobre as doenças transmissíveis (DT), que, durante muitos anos, foram o principal problema de saúde do país, como estudado no Capítulo 3. Com o passar dos anos, o perfil de adoecimento (morbidade) e de causas de mortalidade foi mudando, em razão de fatores diversos: o sucesso no controle das DT, a melhoria da qualidade de vida em geral, mudanças no comportamento da sociedade, o aumento dos anos de vida, o desenvolvimento tecnológico e a mudança nas formas de trabalho. Com isso, doenças que antes eram desconhecidas ou não apresentavam relevância passaram a se tornar importantes, como

as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus e os cânceres. Como estudado no Capítulo 6, novos fatores de risco foram introduzidos no cotidiano das pessoas e da sociedade.

Sendo assim, a VE não podia mais ter seu foco apenas nas DT e ampliou sua ação para as DANT (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) e os fatores de risco. As DANT correspondem às doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, entre outras; e os agravos são situações com impacto negativo sobre a saúde individual e/ou coletiva, mas que não se configuram como doença típica, como as quedas e a violência - denominadas de causas externas. A partir dessa nova concepção, a VE passou a considerar a vulnerabilidade das populações como fator importante no desenvolvimento de doenças, pois, antes, o risco era o fator preponderante na determinação de suas ações.

Agora, veja um exemplo que traduz muito bem as funções da VE em relação ao controle e ao acompanhamento das doenças na população.

Você deve lembrar-se da primeira pandemia (pandemia é uma epidemia que extrapola os limites geográficos de um país, afetando outros países) de Influenza H1N1, em 2009, que causou pânico no mundo todo. Uma das causas da propagação rápida foi o modo de transmissão, direta - quer dizer, de pessoa a pessoa por via respiratória; outra causa dessa transmissão rápida foi a demora de o governo chinês comunicar os outros países que estava enfrentando uma epidemia.

No Brasil, assim que a notícia chegou, a VE entrou em ação: começou a liberar informações técnicas sobre a doença e suas formas de controle e prevenção para todos os serviços de saúde, muitas vezes, com dados diários sobre o número de pessoas diagnosticadas em cada região do país; fez vigilância nos aeroportos e portos, a fim de identificar precocemente indivíduos com sintomas da doença e conduzi-los ao atendimento médico; informou amplamente a população, por meio dos veículos de comunicação, sobre formas de prevenção; promoveu uma campanha de vacinação de urgência para todas as pessoas que possuíam algum risco de complicação em caso de contaminação, entre outras ações. Mesmo assim, muitas pessoas tiveram a doença e foram contaminadas, contudo, em uma escala menor que a esperada, resultado da ação integrada da VE e de serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Como resultado dessa pandemia, todos os serviços de saúde continuam atentos no intuito de identificar e notificar precocemente indivíduos com sintomas da gripe; além disso, houve ampliação das faixas etárias com indicação para vacinação contra gripe (que é anual).

Mas, para todas essas ações serem desencadeadas, é necessário ter acesso a informações sobre o evento. Portanto, vamos aprender como a informação que possibilita a ação é gerada.

Você conheceu, no início do texto, os sistemas de informação e a descrição do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e aprendeu que ele é alimentado pelos serviços de saúde que realizam notificação das doenças e dos agravos, usando as fichas de notificação e investigação.

A notificação é um aviso para os órgãos de VE sobre a ocorrência de determinada doença ou agravo, que pode impactar a coletividade se não for controlado. Ela é obrigatória e deve ser feita por todos os profissionais de saúde, por meio de uma ficha específica.

Nem toda doença é uma doença de notificação. Existe uma lista de doenças transmissíveis (DT) e de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que são de notificação compulsória (obrigatória) para todo o país, podendo haver uma diferença na relação de doenças entre um

estado e outro, em razão do perfil epidemiológico de cada região. Entre as DANT, apenas agravos relacionados à violência devem ser notificados.

Para cada doença/agravo, existem orientações específicas sobre o período entre a identificação dos sinais/sintomas e da notificação - algumas devem ser notificadas imediatamente, como a dengue em sua forma hemorrágica, enquanto outras podem aguardar um período maior. É importante ressaltar que o critério para a urgência ou não da notificação é a rapidez de propagação da doença entre a população e sua letalidade (capacidade de causar a morte do indivíduo contaminado). A Tabela 7.1 apresenta a lista com os dois tipos de notificação.

Tabela 7.1 - Lista das doenças de notificação compulsória no Brasil, 2013

Lista de doenças de notificação	Lista de doenças de notificação imediata
<p>Lista de Notificação Compulsória (LNC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acidentes por animais peçonhentos 2. Atendimento antirrábico 3. Botulismo 4. Carbúnculo ou antraz 5. Cólera 6. Coqueluche 7. Dengue 8. Difteria 9. Doença de Creutzfeldt-Jakob 10. Doença meningocócica e outras meningites 11. Doenças de Chagas aguda 12. Esquistossomose 13. Eventos adversos pós-vacinação 14. Febre amarela 15. Febre do Nilo Ocidental 16. Febre maculosa 17. Febre tifoide 18. Hanseníase 19. Hantavirose 20. Hepatites virais 21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical 22. Influenza humana por novo subtipo 23. Intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) 24. Leishmaniose tegumentar americana 25. Leishmaniose visceral 	<p>1 - Caso suspeito ou confirmado de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Botulismo 2. Carbúnculo ou antraz 3. Cólera 4. Dengue nas seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"> - dengue com complicações (DCC); - síndrome do choque da dengue (SCD); - febre hemorrágica da dengue (FHD); - óbito por dengue; - dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo. 5. Doença de Chagas aguda 6. Doença conhecida, sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional, que não consta no Anexo I desta portaria, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, Ilhéus, Mormo, Encefalites Equinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chikungunya, encefalite paponesa, entre outras 7. Febre amarela 8. Febre do Nilo Ocidental 9. Hantavirose 10. Influenza humana por novo subtipo 11. Peste 12. Poliomielite 13. Raiva humana 14. Sarampo 15. Rubéola 16. Síndrome respiratória aguda grave associada ao coronavírus (SARS-CoV) 17. Variola 18. Tularemia 19. Síndrome de rubéola congênita (SRC)

Lista de doenças de notificação	Lista de doenças de notificação imediata
26. Leptospirose 27. Malária 28. Paralisia flácida aguda 29. Peste 30. Poliomielite 31. Raiva humana 32. Rubéola 33. Sarampo 34. Sífilis adquirida 35. Sífilis congênita 36. Sífilis em gestante 37. Síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) 38. Síndrome da rubéola congênita 39. Síndrome do corrimento uretral masculino 40. Síndrome respiratória aguda grave associada ao coronavírus (SARS-CoV) 41. Tétano 42. Tuberculose 43. Tularemia 44. Varíola 45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	II - Surto ou agregação de casos ou óbitos por: 1. Difteria 2. Doença meningocócica 3. Doença transmitida por alimentos (DTA) em embarcações ou aeronaves 4. Influenza humana 5. Meningites virais 6. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2.005, destacando-se: a. Alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar no Anexo I desta portaria; b. Doença de origem desconhecida; c. Exposição a contaminantes químicos; d. Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS; e. Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA; f. Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU; g. Desastres de origem natural ou antropogênica; h. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento. III - Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destacam-se entre outras classes de animais: 1. Primatas não humanos 2. Equinos 3. Aves 4. Morcegos Raiva: morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: voos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes 5. Canídeos Raiva: canídeos domésticos ou silvestres que apresentaram doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte num período de até 10 dias ou confirmado laboratorialmente para raiva. Leishmaniose visceral: primeiro registro de canídeo doméstico em área indene, confirmado por meio da identificação laboratorial da espécie <i>Leishmania chagasi</i> 6. Roedores silvestres Peste: roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste 7. Quando houver desalojados ou desabrigados

Fonte: BRASIL, 2011.

Você deve ter percebido que não são notificadas apenas doenças, mas situações que alertam sobre a possibilidade de ocorrência destas, como a morte de certos animais. Isso é importante, pois a VE pode determinar ações antes que as pessoas sejam contaminadas e fiquem doentes.

Após a notificação, é necessário realizar a investigação epidemiológica, que também possui formulários padronizados, voltados para cada doença de notificação a ser investigada. É nessa fase que os profissionais devem empregar seus “dotes de detetive”, a fim de coletar o máximo de informações possível sobre a situação, para desenhar um quadro completo e poder concluir quais serão as medidas cabíveis na situação e o provável desfecho.

Você deve estar se perguntando: no início do texto, foi falado que eu iria estudar sobre como os conceitos de risco e vulnerabilidade eram usados na VE, e ainda não vi nada! Vamos pensar juntos: por que foram escolhidas essas doenças de notificação e não outras? Se você respondeu que o motivo é o risco que elas representam para a coletividade, está correto! Parte dessas doenças gera custos sociais, pessoais e econômicos pesados, e precisa ser monitorada, evitando novos casos e mantendo a saúde da coletividade. Sendo assim, o risco em relação a essas doenças é alto.

O conceito de risco permeia todo o trabalho da VE, e as ações são todas voltadas para reduzir o risco ao mínimo, evitando o adoecimento da população por diversas doenças e agravos.

Vale ressaltar que, atualmente, a VE não trabalha apenas com as doenças e os agravos já instalados, mas também vigia os fatores de risco e os determinantes/condicionantes do processo saúde-doença, articulando ações preventivas com outros setores.



Exemplo

Em um bairro de Belo Horizonte (MG), existe uma creche na qual as crianças começaram a apresentar febre alta e tosse persistente. O primeiro serviço a saber de um caso foi a UBS, pois uma das professoras levou a criança até o serviço para ser atendida. No dia seguinte, outro aluno veio a receber atendimento pelo mesmo motivo, e a professora comentou que mais cinco crianças faltaram à aula porque também estavam com febre alta e tosse. Pronto, a auxiliar de enfermagem que ouviu isso já “ficou com a pulga atrás da orelha” e conversou com a enfermeira, que decidiu investigar a situação. Elas comunicaram ao serviço de vigilância epidemiológica local sobre a situação e começaram a investigar caso a caso, procurando o máximo de informações com as mães e outros serviços. Depois dos dados coletados, as informações foram enviadas à VE local, que as cruzou com as informações dos hospitais que receberam outras crianças, e, após a análise, concluíram que era uma gripe simples. A enfermeira visitou novamente as famílias com o resultado da investigação e reforçou as orientações preventivas a fim de evitar novos casos. A creche também recebeu a visita dos profissionais da UBS, que realizaram o mesmo trabalho de orientação para prevenção da gripe. Essa é uma ação completa que envolve a VE e os serviços de saúde.

7.3 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VS) também foi definida pela Lei nº 8.080/90, art. 6º, parágrafo 2º:

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

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

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam diretamente ou indiretamente com a saúde.

O escopo de ações da VS parece pequeno, mas suas atividades são complexas e podem causar impactos econômicos importantes na sociedade. Na definição das ações, fica bem claro que os serviços de VS têm como foco de trabalho os bens de consumo - medicamentos, alimentos, cosméticos, entre outros; e os serviços de interesse à saúde - hospitais, ambulatorios, restaurantes, farmácias, laboratórios, supermercados e outros. Você pode imaginar o impacto econômico que a VS pode causar ao proibir a circulação de um lote de medicamentos, ao fechar um supermercado ou restringir os exames que um laboratório pode realizar?

Nos municípios, a VS pode ter várias configurações; como visto anteriormente, ela é responsável pelas atividades cotidianas de fiscalização de serviços e de produtores de bens de consumo. As VS locais também produzem e divulgam dados sobre os riscos à saúde relacionados aos serviços e aos bens de consumo de interesse à saúde.

Entre as atividades da VS, está a fiscalização de estabelecimentos em que ocorrem a produção e a prestação de serviços. O objetivo é avaliar se o local obedece às normas regulamentadoras da Anvisa e da própria VS local, no que diz respeito a elementos como: construção, fluxos, processos de trabalho, matéria-prima, qualidade no processo. Pense na fiscalização de uma farmácia: os medicamentos estão armazenados em local adequado (ventilado, sem luz solar direta, afastado das paredes, sobre prateleiras)? Os medicamentos controlados estão guardados em local seguro? Existe controle das receitas aviadas? Existe controle das datas de validade dos medicamentos, com descarte adequado daqueles fora do prazo de validade? Essas são algumas das situações observadas.

A fiscalização pode ser realizada como rotina do serviço ou quando existe uma denúncia. A fiscalização rotineira é a ideal, mas, em muitos locais, a quantidade de profissionais da VS é insuficiente, fazendo muitos municípios fiscalizarem os estabelecimentos apenas a partir de denúncias.

Se irregularidades são encontradas, o primeiro papel dos profissionais da VS é educar os responsáveis pelo estabelecimento, orientando-os quanto às normas que estão deixando de seguir e sobre como devem regularizar a situação. Nesse momento, um prazo para a regularização é determinado; se as orientações não forem cumpridas, uma multa será aplicada e novo prazo será determinado. O fechamento ou a lacração do estabelecimento só acontece após várias tentativas de resolver o problema.

Podemos resumir as atividades inerentes à VS assim: inspeção e fiscalização de estabelecimentos de interesse à saúde; comunicação e educação para a saúde; articulação de ações inter-setoriais; regulamentação dos serviços e dos processos de interesse à saúde.

Amplie seus conhecimentos

Para saber mais sobre a vigilância sanitária, você pode assistir ao vídeo produzido pela Fundação Oswaldo Cruz, para o programa Ligado em Saúde. Disponível em: <<http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=vigilancia-sanitaria-lg>>. Acesso em: 23 dez. 2013. Nesse site, você poderá acessar diversos vídeos sobre saúde.

Fique de olho!

Os acumuladores (pessoas que recolhem e guardam objetos e lixos em suas casas, de forma compulsiva, tornando o ambiente inabitável e insalubre, pois isso propicia a proliferação de roedores, insetos e outros animais nocivos à saúde humana) são um problema comum nas cidades. Muitas vezes, a VS descobre residências de acumuladores por meio de denúncias dos vizinhos. Mas como fazer para retirar todo o lixo e o entulho da residência, que é uma propriedade particular? Para resolver a situação, é preciso uma articulação entre os serviços de saúde, VS, VE e, em alguns casos, da segurança pública. Primeiro, devemos considerar que os acumuladores podem estar em sofrimento mental, precisando de cuidados especializados; a VS deve exercer seu poder de polícia administrativa, educando e autuando o dono da residência quando necessário; a VE deve verificar quais os riscos para o adoecimento e educar os moradores sobre como evitar esses riscos, e a guarda civil ou a polícia devem estar presentes para evitar a ocorrência de violência no local. Mesmo situações que parecem simples têm uma solução complexa quando a VS atua de forma adequada e considerando todos os determinantes presentes.

7.4 Vigilância Ambiental

Apesar de a Vigilância Ambiental ter sido prevista na Lei nº 8.080/90, ela começou a ser operacionalizada mais recentemente, sendo normatizada por meio da Instrução Normativa nº 1, de 7 de março de 2005 (BRASIL, 2005), que regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, na qual o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA) é definido como:

O conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção da mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

A Vigilância Ambiental (VA) tem suas ações voltadas para a prevenção e o controle dos fatores de risco relacionados à água para consumo humano, ao ar, ao solo, aos contaminantes ambientais, às substâncias químicas, aos desastres naturais, aos acidentes com produtos perigosos, aos fatores físicos e ao ambiente de trabalho.

Nos municípios, a organização da VA é diversa: em alguns, ela faz parte da VE, em outros, compartilha ações com a VS. As estruturas são montadas de acordo com as realidades locais.

Hoje, o profissional que podemos identificar facilmente e que representa parte do trabalho desenvolvido pela VA é o agente de zoonoses (também chamado de agente de controle de endemias), o qual realiza atividades educativas junto à população e ações de manejo ambiental, que visam “organizar” o meio ambiente a fim de evitar doenças; um exemplo é educar a população para o correto descarte de lixo, combatendo a presença de roedores e insetos.

7.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é definida pela Portaria GM/MS nº 3.252, de dezembro de 2009, como um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: [...] visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos.

A VISAT é a mais jovem das vigilâncias e está em processo de construção, em todos os níveis de atenção. Entre seus objetivos, podemos salientar: caracterização do perfil geral dos trabalhadores; intervenção nos fatores de risco e determinantes do processo saúde-doença da população economicamente ativa (pois ela não atua somente sobre a população que está trabalhando, mas considera todas as pessoas com potencial para o trabalho); e produção, análise e divulgação de informações sobre a saúde do trabalhador. Além das ações preventivas inerentes aos serviços de vigilância, deve também atuar ativamente na promoção à saúde.

A VISAT deve realizar inspeções de locais de trabalho, coletando dados em documentos, entrevistando trabalhadores e observando os processos de trabalho. Ela também usa seu poder de polícia administrativa e tem seus profissionais de nível superior como autoridades sanitárias.

Uma das dificuldades dela é seu foco de atenção: o ambiente, os processos e as relações de trabalho. Por que isso pode dificultar a atuação da vigilância? Porque grande parte dos trabalhadores é empregada, e muitas vezes as ações de vigilância podem ir de encontro aos interesses dos empregadores, gerando conflitos entre as partes. Sendo assim, é necessário que a VISAT tenha apoio do poder público e capacidade de negociação para a resolução de conflitos.

Sua estrutura é formada pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), órgãos estaduais que oferecem apoio às instâncias municipais, os quais podem ter sua própria rede de serviços de atenção à saúde do trabalhador, que, em algumas situações, devem trabalhar de forma articulada com a atenção básica, sendo importante o fomento e a articulação das vigilâncias.

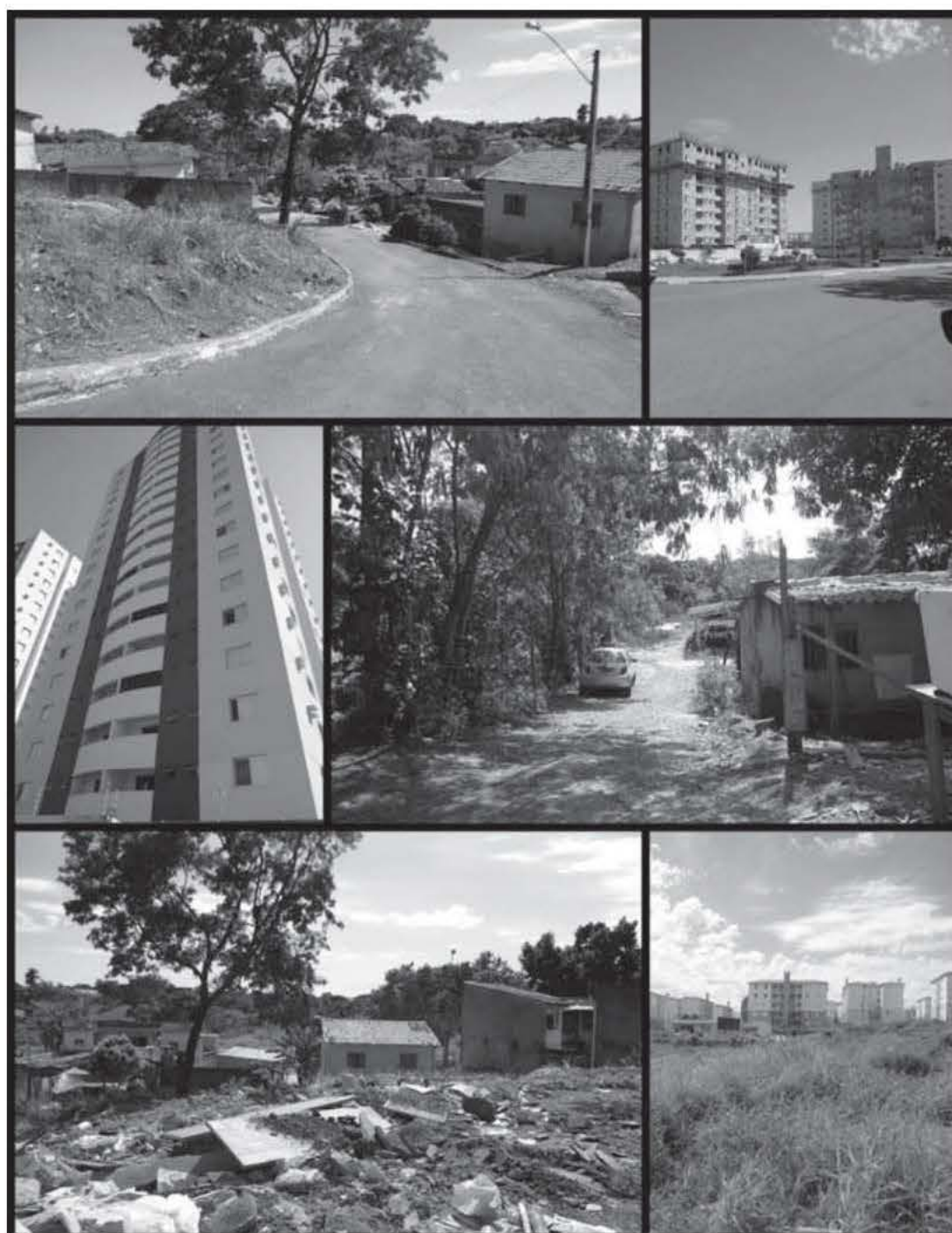
Vamos recapitular?

Neste capítulo, você aprendeu que a vigilância em saúde é um sistema nacional, responsável por vigiar a situação de saúde das populações, por meio de atividades que visam acompanhar os determinantes de saúde e os fatores que podem causar adoecimento e identificar precocemente alterações, atuando sobre elas. Assimilou também que a vigilância é dividida em quatro subsistemas principais: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador e que as quatro possuem características comuns: trabalham com a análise e a divulgação de dados, a normatização e a educação em saúde, mas que o foco de atuação é diferente: a VE atua diretamente com a prevenção da propagação de DT e o controle dos fatores de risco e DANT; a VS atua sobre os bens de consumo e a prestação de serviços; a VA, com as questões ligadas ao meio ambiente; e a VISAT, com o ambiente e as condições de trabalho.



Agora é com você!

- 1) Analise a imagem a seguir. É possível perceber uma diferença entre os modos de viver em dois bairros de uma mesma cidade grande. Discuta com seus colegas e com o professor como as vigilâncias podem atuar em locais tão distintos. Quais seriam os objetivos em cada lugar? Quais os riscos que cada situação apresenta? Como as vigilâncias podem trabalhar de forma integrada em cada local?



Tiago Abreu/Wikimedia Commons

Figura 7.1 - Desigualdades sociais em bairros de Goiânia.

- 2) Imagine que você é um(a) técnico(a) em estética. No seu dia a dia, você utiliza muitos cosméticos e equipamentos desenvolvidos especialmente para essa área de atuação. Você trabalha em uma clínica e também faz atendimentos em domicílios, mas tem dúvidas se está fazendo tudo corretamente e dentro da legislação vigente para a área. Qual vigilância você pode procurar no intuito de obter informações sobre essas questões? Por quê? Quais orientações você pode solicitar para esse órgão?

- 3) Um(a) técnico(a) em radiologia está exposto(a) diariamente à radiação que, em níveis de exposição inadequados, pode trazer danos à saúde. Como a VA e a VISAT podem atuar junto a esse tipo de trabalhador(a)?
- 4) Na Vila das Flores acontece anualmente uma grande festa comunitária. Todos os moradores se reúnem e levam alimentos e bebidas para comemorar o aniversário do bairro. Neste ano, infelizmente, algo deu errado: um dos pratos estava estragado, muitas pessoas tiveram diarreia e precisaram ser atendidas no pronto-socorro regional. Como a VE deve atuar diante dessa situação?
- 5) Em relação aos quatro subsistemas de vigilância em saúde, podemos afirmar que:
 - a) São distintos entre si, tendo como únicos pontos em comum a denominação vigilância e os focos de atenção.
 - b) Possuem características comuns, como o trabalho com informações de saúde e o poder de polícia administrativa, mas atuam em situações diversas.
 - c) São independentes em suas atividades, e cada município pode determinar os objetivos das vigilâncias em sua região.
 - d) Possuem características em comum, mas não devem trabalhar em conjunto, sob o risco de confundirem seus papéis.

Introdução às Doenças Transmissíveis

Para começar

Este capítulo aborda os principais conceitos relacionados às doenças transmissíveis (DT): cadeia de transmissão de doenças, características, formas de prevenção e perfil epidemiológico das DT no Brasil.

8.1 Visão geral

Nos capítulos anteriores, comentamos algumas vezes sobre o impacto das DT nas populações humanas e da importância de mantermos vigilância sobre as condições e os determinantes de saúde envolvidos no processo de desenvolvimento e propagação dessas doenças, a fim de agirmos de modo preventivo, evitando o alastramento das DT e prejuízos pessoais e sociais à população.

Mas o que são DT? A Organização Pan-Americana de Saúde as definiu como:

Qualquer doença causada por agente infeccioso específico ou seus produtos tóxicos, que se manifesta pela transmissão desses agentes, de uma pessoa ou animal infectado ou um reservatório, para um hospedeiro suscetível, direta ou indiretamente por meio de um hospedeiro intermediário, de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou do meio-ambiente inanimado. (OPAS, 2010)

Essa definição está calcada em dois conceitos-chave, que devem ser analisados com atenção:

- » **Agente infeccioso (agente etiológico, patógeno):** não existe a doença sem a presença do agente ou das toxinas produzidas por ele.
- » **Transmissão:** a doença deve “passar” de um animal a outro, de uma pessoa a outra, ou de um animal para uma pessoa, por mecanismos diferentes.

Sem esses dois componentes não existe uma DT. A esses dois componentes deve-se acrescentar: a influência do meio ambiente no processo e as características individuais dos hospedeiros, que podem torná-los mais ou menos suscetíveis ao adoecimento.

As DT recebem várias denominações, como doenças infectoparasitárias e doenças infecciosas. Aqui, usaremos o termo DT, por ser abrangente.

8.1.1 O perfil epidemiológico das DT no Brasil

Como estudado no Capítulo 3, as DT eram de grande relevância para a saúde pública, pois vitimavam milhares de pessoas e geravam prejuízos sociais e econômicos severos. Após uma série de políticas voltadas ao controle dessas doenças, elas finalmente recuaram. No entanto, não foram eliminadas.

Ainda hoje, várias DT persistem entre a população brasileira de forma endêmica e, por vezes, epidêmica (endemias são doenças características de um determinado local, ocorrendo uma quantidade previsível de casos em certo período de tempo, como a malária na região amazônica; já as epidemias são aumentos abruptos do número de doenças em um curto espaço de tempo).

O Brasil encontra-se no que chamamos de “transição epidemiológica”: as DT foram controladas, mas muitas persistem na população; já as doenças e os agravos não transmissíveis começam a ter um papel importante na morbimortalidade da população. Essa transição está relacionada também aos modos de viver, que mudaram muito nos últimos 40 anos, conforme vimos no Capítulo 6.

Embora a taxa de mortalidade pelas DT fosse de 4,9% em 2006, as internações por essa causa se mantiveram em torno de 10% em 2007, a maior parte concentrada nas regiões Norte e Nordeste do país, o que demonstra falhas nas ações de controle e aponta para condições de vida ruins, pois as DT têm forte relação com o meio ambiente e as condições sanitárias.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) considera que as DT no Brasil podem ser divididas da seguinte forma:

- » **DT com tendência declinante:** são principalmente as doenças imunopreveníveis (que podem ser prevenidas por imunização), como a varíola, erradicada em 1973, a poliomielite, erradicada em 1989, o sarampo, eliminado a partir de 2000, a doença de Chagas e a febre tifoide, doenças com tendência de redução dos casos.

Cabe aqui uma observação sobre a diferença entre eliminação e erradicação: eliminação implica: 1) ausência de doença com persistência das causas que potencialmente podem produzi-la; 2) incidência¹ zero; 3) integridade sem atividade da cadeia epidemiológica; e 4) continuidade em menor escala das medidas de prevenção e controle. Em contraste, a erradicação implica: 1) ausência de doença e da causa necessária para produzi-la; 2) incidência zero; 3) desintegração da cadeia epidemiológica; e 4) descontinuidade das medidas de prevenção e controle. (OPAS, 2010)

- » DT com quadro de persistência: são doenças que, apesar das ações de controle, mantêm-se em níveis elevados, com forte relação com as condições de vida das populações. A tuberculose, as hepatites virais e as meningites, a esquistossomose e a leishmaniose (visceral e tegumentar) são exemplos dessas doenças.
- » DT emergentes e reemergentes: emergentes são as doenças que surgiram recentemente, como a Aids, e aquelas cujo agente infeccioso sofreu modificações, possibilitando a infecção em humanos, como as gripes aviária e suína. Reemergentes são doenças que foram controladas no passado, mas que por motivos vários - condições sanitárias, alterações climáticas, baixa articulação entre os diversos setores públicos para cuidar de problemas em comum, como o lixo - reapareceram. A dengue é um bom exemplo, pois ainda hoje causa epidemias em grandes e pequenas cidades.

Esse panorama nos mostra que manter as ações de controle das DT, com o intuito de preveni-las, ainda é imprescindível para a realidade brasileira. Conhecer as DT e como elas se comportam é crucial para os profissionais poderem agir.

Amplie seus conhecimentos

O livro *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microrganismos*, de Stefan Cunha Ujvari, conta toda a história das DT, desde os tempos antigos até a atualidade, com uma análise da relação entre o homem e os agentes infecciosos.

8.2 Características gerais das DT

As DT possuem vários componentes, que estão interligados e formam uma cadeia de eventos, os quais resultam na transmissão das doenças. Essa cadeia pode ser chamada de cadeia de transmissão de doenças ou cadeia epidemiológica. Observe os seus elos na Figura 8.1.

Nos retângulos, estão representados os componentes principais dos elos, que são desmembrados nos círculos. Cada um desses componentes possui características próprias, apresentadas a seguir.

¹ Incidência é a ocorrência de casos novos de uma doença em um certo período de tempo e local. Prevalência diz respeito a todos os casos (novos + antigos) de uma doença em certo período de tempo e local.

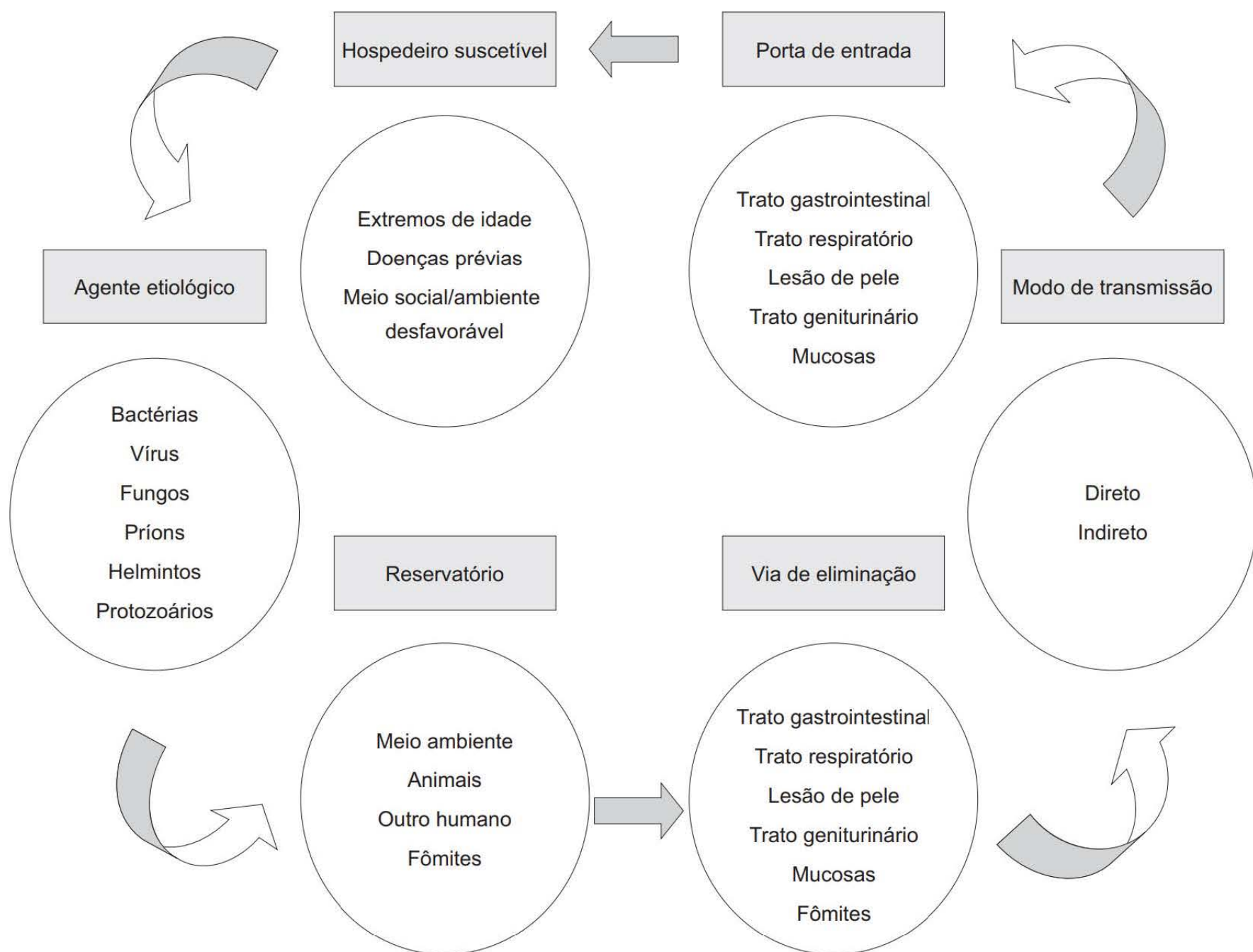


Figura 8.1 - Cadeia de transmissão de doenças.

- » **Agente etiológico:** os agentes causadores das doenças podem ser de várias espécies: bactérias, vírus, fungos, príons (proteínas que causam doenças), helmintos e protozoários. As doenças podem ser causadas diretamente pela presença dos agentes ou por toxinas/substâncias produzidas por eles e liberadas no organismo.
- » **Reservatório:** é todo local, vivo ou inanimado, que abriga o agente infeccioso - meio ambiente, objetos (fômites), animais, seres humanos -, oferecendo meios para que o agente sobreviva e se multiplique.
- » **Porta de entrada/via de eliminação:** o agente precisa de uma maneira de sair de seu reservatório a fim de chegar ao hospedeiro. Sendo assim, são necessárias vias de eliminação e de entrada no novo hospedeiro, possibilitando a invasão do organismo. As duas vias podem ser comuns: as vias respiratórias, o trato gastrointestinal, soluções de continuidade (lesões) na pele, as mucosas e o trato geniturinário. Em razão das características inerentes aos agentes, alguns têm predileção por algumas vias de entrada, por encontrarem melhores

condições de proliferação. Em relação à eliminação, os agentes podem ser transportados até o próximo hospedeiro; nesse caso, as vias são denominadas veículos.

Veículos animados são chamados de vetores, que são essencialmente os insetos e alguns mamíferos (como os mosquitos e os roedores)

Veículos inanimados são a água, o solo, os alimentos, a poeira, os fômites e os aerossóis.

- » **Modo de transmissão:** para um agente “viajar” de um hospedeiro a outro, é necessário um mecanismo que garanta condições ótimas para essa “viagem”, considerando suas características biológicas. Os modos de transmissão podem ser direto ou indireto.

Direto: de pessoa a pessoa, sendo necessária uma proximidade, com ou sem contato físico (um beijo, por exemplo) ou por meio de secreções oronasais. As doenças transmitidas dessa forma são as denominadas doenças contagiosas, como doenças sexualmente transmissíveis (DST), influenza e tuberculose. *Toda doença contagiosa é transmissível, mas nem toda doença transmissível é contagiosa!*

Transmissão vertical: é uma forma de transmissão direta especial, pois ocorre somente durante a gestação, o parto ou logo após o nascimento; o agente passa de mãe para filho, por exemplo nos casos de infecção por HIV, sífilis e hepatite B.

Indireto: nesse modo de transmissão, existe a participação de veículos, como vetores; alimento, objetos, água e solo contaminados. São exemplos dessas doenças as intoxicações alimentares, a poliomielite e a hepatite A.

Transmissão parenteral: outro caso especial de transmissão indireta, em que o agente é inoculado por meio de objetos dentro do organismo, como agulhas. Exemplos dessa forma de transmissão são algumas das infecções relacionadas à assistência à saúde (conhecidas também como infecções hospitalares) e infecções causadas por transfusão de sangue e derivados.

- » **Hospedeiro suscetível:** é a pessoa que pode ser contaminada/infectada; tanto para se contaminar quanto para desenvolver efetivamente a doença, é necessário haver condições para tal, ou seja, suscetibilidade. Extremos etários, como a primeira infância e idosos, doenças pré-existent, condições de vida ruins, má nutrição e estresse são situações que aumentam a suscetibilidade do indivíduo. Em algumas cadeias, existe a figura do hospedeiro intermediário, pois alguns agentes etiológicos passam por uma fase intermediária de desenvolvimento que só acontece em hospedeiros específicos.

8.2.1 O desenvolvimento da doença

É natural a presença de microrganismos (MO) em nosso corpo. Muitos possuem funções importantes, como as bactérias intestinais, que auxiliam o processo de digestão dos alimentos, e muitas bactérias presentes em nossa pele, que nos ajudam combatendo outras bactérias nocivas, que podem nos causar doenças. Ou seja, nem toda interação entre o ser humano e os MO é sinônimo de

adoecimento; para que isso ocorra é necessário haver uma invasão de agente etiológico. Somente depois disso começam as alterações do organismo que configuram a doença propriamente dita.

Antes de nos aprofundarmos no estudo da história natural das doenças transmissíveis, é preciso definir alguns conceitos importantes para o entendimento do desenvolvimento das doenças daqui em diante. São eles:

- » **Infestação:** presença de parasitas na superfície da pele, como a pediculose (piolhos) e a escabiose (sarna), causando danos ao indivíduo. O termo também é usado para parasitas que ocupam a luz intestinal, como os esquistossomas.
- » **Colonização:** presença de MO na superfície da pele, patogênicos ou não, que, em desequilíbrio, podem se proliferar e invadir o organismo.
- » **Infecção:** penetração, alojamento e multiplicação de um agente no organismo de um hospedeiro, produzindo danos.

Os agentes infecciosos causam doenças a partir da ação que exercem no organismo, que podem ser:

- » invasão e destruição dos tecidos do hospedeiro;
- » produção de toxinas que interferem no funcionamento do corpo, como no caso do *Clostridium tetani*, causador do tétano, o qual libera toxinas que causam alterações no sistema nervoso;
- » espoliação, situação em que o agente “rouba” nutrientes do hospedeiro, como acontece nas infecções parasitárias, caso da teníase (infecção pela *Taenia solium* e *Taenia saginata*);
- » ação mecânica, quando ocorre a destruição de um local pela simples presença do agente, caso da obstrução intestinal na ascaridíase;
- » indução de reações orgânicas que levam à lesão das células do hospedeiro, como na sífilis e na infecção por HIV;
- » pela produção de enzimas que destroem células e tecidos do hospedeiro.

A partir do momento em que um agente infeccioso consegue passar pelas nossas barreiras imunológicas, começamos a desenvolver a doença. Mas, para isso, os agentes devem possuir algumas características que garantam a invasão, a reprodução e a sobrevivência em nosso organismo.

Os agentes possuem características próprias, que variam de intensidade entre as espécies, garantindo assim a sobrevivência e a reprodução:

- » **Infectividade:** capacidade que permite ao organismo romper barreiras protetoras de outros organismos, invadindo-o e se reproduzindo nele.
- » **Patogenicidade:** capacidade de produzir a doença, com sintomatologia mais ou menos aparente.
- » **Virulência:** poder de causar doença grave ou fatal; depende da quantidade de MO no local da infecção e de características relacionadas ao hospedeiro, como imunidade.
- » **Imunogenicidade:** capacidade do agente em produzir resposta imunológica.

Fique de olho!

Vamos pensar nas características do vírus causador do sarampo, um vírus da família Paramyxoviridae. Ele possui: alta infectividade, pois atravessa facilmente as barreiras de um indivíduo não imunizado, patogenicidade alta, porque sempre produz sintomatologia; virulência variável, pois depende da quantidade de microrganismos presentes e da imunidade do hospedeiro; e imunogenicidade alta: depois da primeira infecção, acontece resposta imunológica que produz anticorpos perenes, evitando a reinfecção por longo período de tempo.

Todos os seres humanos possuem microrganismos em seu corpo, considerados uma microbiota normal, não patogênica. Algumas vezes, microrganismos patogênicos se instalam na superfície da pele ou nas mucosas, reproduzindo-se, mas sem causar infecção. Essa situação é denominada colonização.

Algo que nunca pode ser esquecido pelos profissionais de saúde: nem toda pessoa colonizada por um MO patogênico desenvolve a doença; no entanto, ela pode transmitir os MO, por possuí-los (o que pode ser permanente ou transitório). Essas pessoas são os portadores sadios (ou sãos) e são importantes, pois muitas vezes propagam a doença, dificultando a identificação da fonte de infecção na realização das ações de controle.

Por exemplo: várias pessoas são portadoras da bactéria *Neisseria meningitidis* em suas vias respiratórias superiores, sem adoecerem. Às vezes, esses portadores só são identificados porque as pessoas que vivem com eles começam a adoecer, até de forma grave e com evolução para a morte. Essa bactéria pode causar a meningite meningocócica e a doença meningocócica, em grande parte das vezes infecções fulminantes, que levam ao óbito em até 48 h após o aparecimento dos primeiros sintomas. Quando o portador sadio é identificado, ele deve ser tratado para a eliminação do MO de seu organismo.

8.2.2 Os estágios da doença

As infecções podem ocorrer de forma aparente, com toda a sintomatologia clássica que define a infecção, ou de forma inaparente, ou subclínica, situação em que a sintomatologia é inexistente ou tão discreta que passa despercebida. Um exemplo de infecção inaparente é a hepatite A, que muitas vezes se apresenta de forma tão leve, sendo confundida com uma gripe ou um resfriado comum. Muitos adultos descobrem que tiveram hepatite A na infância só quando realizam exames de rotina.

Após a invasão do organismo pelo agente infeccioso e da falha ou da ausência da resposta imune (o Capítulo 9 trata do nosso sistema imunológico com mais detalhes), inicia-se a instalação da doença, que passa por estágios distintos até seu controle ou remissão.

- » **Incubação:** período variável de agente para agente, necessário para que ele se “adapte” ao organismo e possa começar a reprodução.
- » **Período prodrômico ou pródromos:** nessa fase, aparecem sinais e sintomas inespecíficos, que ainda não indicam qual o patógeno presente: febre, mal-estar geral, fadiga, dores articulares. Esses sintomas podem durar poucas horas ou dias.
- » **Estado da doença:** estágio no qual aparecem os sintomas específicos da infecção e que coincide com o pico reprodutivo do agente no organismo.

- » Declínio: melhora dos sinais/sintomas da doença, relacionada à redução da quantidade de MO.
- » Convalescença: estágio de recuperação do organismo, ainda com sintomas como a fadiga e o mal-estar.

Se no pico de reprodução dos MO a resposta imune do indivíduo doente ou o tratamento falharem, pode-se chegar ao óbito ou haver sequelas irreversíveis. Em qualquer fase da doença, e em alguns casos, até antes dos primeiros sintomas, o agente infeccioso pode ser transmitido, o que chamamos transmissibilidade.

Doenças virais costumam ser autolimitadas, isto é, começam e terminam por si só, sem a necessidade de tratamento específico, e duram um curto período de tempo (de 7 a 15 dias). Se você teve alguma doença típica da infância, como a varicela, pergunte a quem convivia com você quanto tempo ela durou e como você foi tratado.

8.2.3 A quebra da cadeia de transmissão de doenças

Vamos conhecer as ações que podem quebrar os diferentes elos da cadeia de transmissão das doenças, evitando que o ciclo de contaminação seja perpetuado. As ações são preventivas, principalmente primárias e secundárias, conceito estudado no Capítulo 2.

Para cada elo, ações diferentes:

- » **Agente etiológico:** processos de esterilização² e desinfecção³ em serviços de interesse à saúde, cuidados higiênicos, imunização, diagnóstico e tratamento precoces, saneamento básico.
- » **Reservatório:** controle de vetores na natureza; saneamento básico; higiene; ações de desinfecção e esterilização em serviços de interesse à saúde.
- » **Porta de entrada/via de eliminação e modo de transmissão:** medidas de precaução padrão e por contato; por gotículas, contato e aerossóis; higienização dos ambientes, processos de desinfecção e esterilização em serviço de interesse à saúde; uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). As precauções-padrão são medidas protetoras a fim de evitar a disseminação de doenças e devem ser utilizadas em todas as situações de atendimento a usuários de serviços de saúde: lavagem de mãos; uso de luvas, óculos, avental e máscara em procedimentos nos quais pode haver contato com sangue e/ou fluídos; descarte adequado de instrumentos perfurocortantes. As precauções de contato, gotículas e aerossóis são determinadas pelo modo de transmissão da doença, exigindo EPI diferentes para cada situação, além dos cuidados e EPI das precauções-padrão. **Contato:** isolamento do doente em quarto privativo, uso de luvas e avental em todo contato; **gotículas:** quarto privativo para o doente, máscara cirúrgica simples para o profissional e para o paciente em caso de transporte; **aerossóis:** quarto privativo com a

² Esterilização é a destruição dos microrganismos nas formas vegetativas e esporuladas. Ela pode ser por meio físico (calor) ou químico (soluções esterilizantes).

³ Desinfecção é a eliminação de microrganismos patogênicos na forma vegetativa de superfícies contaminadas.

porta sempre fechada, máscara N95 para o profissional (máscara com filtragem especial para alguns microorganismos), máscara cirúrgica para o paciente em caso de transporte.

- » **Hospedeiro suscetível:** manutenção da saúde, controle das doenças de base, imunização, educação para a saúde, condições de vida dignas.

Você pode observar que muitas ações se repetem, pois os agentes infecciosos estão presentes em todos os elos da cadeia.



Exemplo

Nos salões de beleza, são usados instrumentos que podem entrar em contato com o sangue de clientes, o qual pode estar contaminados pelo vírus da hepatite C. No intuito de evitar a transmissão da doença de um reservatório (alicate, por exemplo) para um hospedeiro suscetível (a próxima cliente), o profissional deve fazer a limpeza e a esterilização correta do material, quebrando assim a cadeia de transmissão ao eliminar o agente infeccioso do reservatório.

8.3 As DT relevantes no Brasil

O Brasil conseguiu controlar grande parte das DT, reduzindo os índices de morbimortalidade e estabelecendo um sistema de vigilância epidemiológica capaz de desencadear ações de controle em tempo hábil. Mas algumas doenças ainda são motivo de preocupação e, para esses casos, existem programas especiais, os quais direcionam as ações dos estados e dos municípios, com o objetivo de evitar o aumento de casos e os prejuízos pessoais, sociais e econômicos causados por essas doenças. Apresentamos a seguir os principais programas que visam o controle das DT no Brasil.

8.3.1 Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM)

A malária (conhecida também como febre terçã, batedeira, sezão) é uma doença causada por protozoário (*Plasmodium malariae*, *Plasmodium vivax* e *Plasmodium falciparum*) e transmitida por vetor (mosquito fêmea do *Anopheles*). É caracterizada pela presença de “ataques” cíclicos, com febre alta, vômitos, tremores e calafrios, cujos intervalos e intensidade variam (podem ser diferentes, dependendo do tipo de *Plasmodium*). Cada ataque corresponde a um pico de multiplicação do parasita no sangue; ele se multiplica dentro das hemácias, rompendo-as no intuito de liberar novos parasitas, o que causa a sintomatologia.

A doença é endêmica na região amazônica, nas regiões cobertas pela Mata Atlântica (Rio de Janeiro, Espírito Santo e São Paulo) e também na região Centro-Oeste do Brasil. Ela esporadicamente resulta em epidemias, tendo forte relação com o desmatamento irregular, que obriga os mosquitos a invadir as residências próximas em busca de alimento.

O PNCM foi estabelecido para orientar os estados e os municípios nas ações de controle da doença e tem como objetivos: reduzir a incidência da malária e a mortalidade causada por ela; diminuir as formas graves da doença; eliminar a transmissão da malária em áreas urbanas, nas capitais; e manter a ausência da transmissão da doença nos locais onde ela tiver sido interrompida. (BRASIL, 2007)

8.3.2 Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH)

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, transmitido por via direta, por meio de gotículas expelidas pelas vias aéreas superiores. É preciso haver contato íntimo e prolongado entre as pessoas para que a transmissão ocorra. A doença apresenta um longo período de incubação, que pode variar de meses a anos. Além disso, ela pode evoluir para duas formas:

- » **Paucibacilar:** com apresentações indeterminada ou tuberculoide, não transmissível, com a presença de poucos bacilos e abaixo de cinco lesões no corpo todo.
- » **Multibacilar:** com apresentações dimorfa ou virchowiana, transmissível (a transmissão é interrompida assim que o tratamento medicamentoso se inicia), com presença de muitos bacilos, acima de cinco lesões no corpo todo.

As lesões são caracterizadas pela insensibilidade local, pela perda de pelos e pela coloração avermelhada ou ferruginosa. O bacilo pode atacar os nervos periféricos, levando à incapacidade física e a amputações.

O tratamento medicamentoso é longo e pode causar reações que, por vezes, são piores do que as lesões, o que leva muitas pessoas a abandoná-lo. É necessário empenho das equipes locais para a criação de vínculo com o portador, a fim de garantir adesão ao tratamento até o final.

Mais de 80% da população é geneticamente imune ao bacilo, e o desenvolvimento da doença está ligado às condições de vida da população. O ano 2005 foi fechado com a prevalência de 1,5 caso/10 mil habitantes, próxima à prevalência recomendada pela OMS, de 1 caso/10 mil habitantes. (RIPSA, 2011)

O Brasil é signatário de acordos internacionais que visam ao controle da doença. A fim de organizar as ações, existe o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, que tem entre seus compromissos:

Manter o compromisso político de implantar uma Política de Atenção à Hanseníase no SUS, promovendo uma atenção integral e integrada aos doentes de hanseníase em todos os níveis de atenção.

Intensificar as atividades colaborativas com os parceiros, nas esferas estadual e municipal para a oferta de serviços de qualidade a todas as pessoas atingidas pela hanseníase, incluindo os antigos doentes residentes nos hospitais-colônia.

Garantir a oferta de medicação específica para todos os pacientes.

Intensificar e apoiar os esforços de advocacia a fim de reduzir o estigma e a discriminação contra as pessoas e as famílias afetadas pela hanseníase, promovendo a consolidação de uma política de direitos humanos.

Fortalecer a integração dos registros de hanseníase no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) de modo a qualificar o monitoramento e o acompanhamento do sistema de vigilância epidemiológica.

Apoiar o desenvolvimento e a capacitação dos profissionais de saúde nos serviços integrados de atenção. (BRASIL, 2007)

8.3.3 Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)

A dengue é causada pelo vírus da família *Flaviviridae*, com quatro sorotipos DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4. A transmissão acontece pela picada do vetor, a fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. A doença pode apresentar-se de duas formas:

- » DC (dengue clássica): febre alta de início súbito, mal-estar, fadiga, dor retro-orbitária (atrás dos olhos) e dores articulares; pode haver vômitos e fezes amolecidas.
- » FHD (febre hemorrágica da dengue): todos os sintomas anteriores, mais a presença de eventos hemorrágicos: petéquias (pequenos pontos vermelhos pelo corpo, concentrados no tórax e nas costas), gengivorragia (hemorragia gengival), metrorragia (sangramento vaginal) e epistaxe (sangramento nasal).

A dengue é antiga conhecida dos brasileiros, presente no país desde o Brasil colônia. Na atualidade, ainda ocorrem epidemias em diferentes regiões. Seu controle tem como foco o controle do vetor. Para alcançar esse objetivo, além das ações do Estado, é preciso haver a participação maciça da população.

O programa tem como objetivos: reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*, diminuir a incidência da doença (número de novos casos em determinado período e local) e a letalidade por febre hemorrágica de dengue.

8.3.4 Política Nacional de DST/Aids

As DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) são um grupo extenso de doenças, que têm como característica comum a forma de transmissão direta por contato sexual. Algumas apresentam transmissão vertical. O vírus HIV, responsável pelo desenvolvimento da Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), também pode ser transmitido por inoculação, isto é, pode ser injetado por meio de transfusões de sangue e/ou hemoderivados (com risco mínimo no Brasil, graças ao sistema de vigilância sanitária, que controla a qualidade do sangue e dos hemoderivados) ou por uso de drogas injetáveis. A presença de DST aumenta o risco de se contrair o HIV.

As DST podem ser classificadas segundo os sintomas principais (BRASIL, 2005):

- » Úlceras genitais: sífilis, cancro mole, herpes, donovanose, linfogranuloma.
- » Corrimento uretral/vaginal: vaginose bacteriana, candidíase, clamídia, gonorreia, tricomoníase.
- » Verrugas: condiloma.
- » Oftalmia pré-natal (conjuntivite por DST em recém-nascido): clamídia, gonorreia.

Os portadores de DST devem ser abordados de forma integral, e os serviços e os profissionais devem oferecer: atendimento em tempo hábil, com garantia de privacidade; aconselhamento sobre práticas sexuais seguras; e preservativos masculinos e femininos. Além disso, os parceiros devem ser abordados para diagnóstico e tratamento, quebrando assim a cadeia de transmissão das doenças.

Não existem dados precisos sobre a prevalência das DST no Brasil, pois apenas depois da promulgação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, foi ampliado o número de DST de notificação compulsória. Atualmente são notificadas as seguintes DST: sífilis adquirida, congênita e na gestação; infecção pelo HIV em gestante, Aids⁴ e síndrome do corrimento uretral masculino. Você pode observar que ainda faltam muitas doenças.

Em relação à Aids, a taxa de prevalência do HIV na população geral mantém-se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens. A epidemia está concentrada nos grandes centros urbanos. (BRASIL, 2012a)

A Política Nacional de DST/Aids é reconhecida por várias entidades internacionais como um modelo a ser seguido, por suas estratégias como a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce, o fornecimento de medicações para todos os tratamentos e campanhas educativas. Entre seus principais objetivos estão a redução da infecção pelo HIV e DST, o diagnóstico e o tratamento dos portadores de DST/Aids.

8.3.5 Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)

A tuberculose é causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, transmitido por via aérea por meio da fala, do espirro e da tosse. O bacilo fica suspenso no ar, e é preciso haver contato prolongado para que a contaminação aconteça. Enquanto não for iniciado o tratamento medicamentoso, a pessoa contaminada (bacilífero) continuará a transmitir a doença. Crianças com tuberculose raramente infectam outras pessoas. Ela possui duas formas: pulmonar, que corresponde a 80% dos casos de tuberculose; e extra-pulmonar, que pode acontecer nos rins, nos olhos, nos intestinos, nos ossos e nas meninges.

Tosse persistente, febre baixa ao entardecer, emagrecimento importante e sudorese noturna são os principais sintomas da doença e, em estados mais avançados, pode ocorrer hemoptise (tosse com sangue).

O tratamento é longo e o abandono dele pode resultar em formas mais graves da doença, resistentes aos antibióticos normalmente utilizados. Por isso, o PNCT preconiza o tratamento supervisionado, que consiste na administração do medicamento, diariamente, em um serviço de saúde, sob a supervisão de um profissional, aumentando a adesão do indivíduo e as taxas de cura.

⁴ Na infecção pelo HIV, o portador não apresenta os sintomas da doença. Na Aids, o portador apresenta a doença característica com toda sua sintomatologia.

É importante ressaltar que os únicos tratamentos indicados para tuberculose são aqueles recomendados pelo PNCT, e os medicamentos estão disponíveis em todas as UBS e nos serviços de referência para o tratamento de tuberculose.

Você pode ter ouvido diversas orientações errôneas sobre pessoas com tuberculose e como elas devem ser tratadas em suas casas:

- » Fala-se em isolar a pessoa em um cômodo de sua residência, mas qual a justificativa para isso? Até o momento do diagnóstico da doença, a pessoa já estava liberando bacilos em seu domicílio. Mais importante que isolar é examinar todos os que tiveram contato com ela, a fim de diagnosticar precocemente novos casos; e iniciar o tratamento rapidamente, visando interromper a cadeia de transmissão. Dentro de um serviço de saúde, o isolamento em quarto individual, quando a doença ainda não teve seu tratamento iniciado, é essencial para a proteção dos profissionais e outros pacientes.
- » Outra medida popular e ineficaz é a separação de utensílios como pratos, copos e talheres. A transmissão acontece por via respiratória, portanto, não faz sentido separar objetos relacionados com a alimentação. O ambiente deve ser mantido limpo e arejado, e objetos como roupas de cama podem ser expostos ao sol, pois os bacilos são sensíveis à radiação solar.

A busca ativa de sintomáticos respiratórios (pessoas que apresentam tosse há mais de três semanas), com a consequente coleta de escarro para exame, tem sido uma das principais estratégias para o diagnóstico precoce da doença e pode ser realizada por todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde. Basta indagar aos usuários do serviço de saúde se eles estão tossindo há mais de 3 semanas e, em caso positivo, encaminhá-los para a coleta de escarro.

A prevalência estimada de tuberculose no Brasil é de 50 milhões de infectados, aproximadamente 111 mil casos novos e em torno de 6 mil óbitos por ano, demonstrando que a doença ainda é preocupante para os serviços e os profissionais de saúde. No Brasil, a tuberculose constitui a nona causa de hospitalização e a quarta causa de mortalidade por doenças infecciosas. (BRASIL, 2007) O objetivo principal do PNCT é reduzir a morbidade, a mortalidade e a transmissão da tuberculose. Todos os profissionais de saúde devem ter papel ativo diante das ações preventivas em relação à doença.

8.3.6 Programa Nacional de Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PNPCHV)

As hepatites virais estão divididas de acordo com o tipo de vírus que as causam: tipo A, B, C, D e E. Todas possuem sintomatologia semelhante, com presença de fadiga, inapetência (baixo consumo alimentar), intolerância a alimentos gordurosos, em alguns casos icterícia (coloração amarelada da pele e mucosas), febre baixa, desconforto abdominal, vômitos, entre outros sintomas. A forma de transmissão e os desfechos são diferentes, como apresentado na Tabela 8.1.

Tabela 8.1 - Características gerais das hepatites virais

Tipo	Vírus	Transmissão	Características gerais	Cronificação	Tratamento	Possui vacina?
A	HAV	Fecal-oral	Doença autolimitada	Raro	Apenas de sintomas	Sim
B	HBV	Sexual, transfusões, contato íntimo domiciliar (uso de escovas de dente e lâminas de barbear), vertical, inoculação por objeto penetrante (agulhas, alicates etc.)	Considerada como DST	Sim, em menores de um ano - até 90%; entre 1 e 5 anos - 20% a 50%; adultos entre 5% a 10% dos casos	Apenas de sintomas	Sim
C	HCV	Transmissão parenteral, isto é, por inoculação do agente por meio de transfusão ou lesões com objetos perfuro-cortantes; sexual, vertical		Sim, entre 60% a 90% dos casos	Sim, indicado para as formas crônicas	Não
D	HDV ou Delta	As mesmas que a hepatite B	Só ocorre na presença do vírus HBV e desencadeia forma grave de infecção	Sim, entre 60% a 90% dos casos	Sim, indicado para as formas crônicas, mas não garante o controle da doença	Não
E	HEV	Fecal-oral	Perigosa em gestantes, pois pode apresentar forma fulminante	Inexistente	Apenas de sintomas	Não

Fonte: BRASIL, 2010.

Em relação aos dados epidemiológicos das hepatites, temos (BRASIL, 2012b):

- » Hepatite A: prevalência de 39,5% (na faixa etária de 5 a 19 anos) de contato com o vírus nas capitais.
- » Hepatite B: prevalência de hepatite B na população geral (de 10 a 69 anos) de 0,37% nas capitais.
- » Hepatite C: prevalência na população geral de 1,38% (de 10 a 69 anos) nas capitais. Maior prevalência na Região Norte (2,1%), seguida pelas Regiões Centro-Oeste e Sudeste (ambas com 1,3%), Sul (1,2%) e Nordeste (0,7%).

O programa de controle das hepatites tem entre seus objetivos (BRASIL, 2007): o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde; a divulgação de ações intersetoriais; a capacitação de profissionais em todos os níveis de atenção, para as ações de prevenção e assistência; melhoria dos serviços.

8.4 Medidas de prevenção e controle

Todas as DT são passíveis de prevenção, mas muitas delas nunca serão erradicadas em razão de suas características e da íntima relação com o meio-ambiente. Só conseguiríamos erradicar a malária, por exemplo, se acabássemos com todos os mosquitos *Anopheles*, o que é impossível.

A melhor forma de prevenção são as ações de vigilância em saúde, com todos os subsistemas (vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental) trabalhando de forma integrada com atuação sobre os determinantes e os condicionantes de saúde e o envolvimento de todos os setores da sociedade.

Não é possível controlar a malária apenas com ações individuais, como o uso de mosquiteiros. Os produtores rurais devem adotar cuidados ao desmatar as florestas para obter áreas de plantio e de pastagens; o Ministério do Meio Ambiente precisa fiscalizar atividades irregulares de desmatamento; os serviços de saúde devem estar preparados para diagnosticar e tratar a doença; a população deve ser educada para se proteger. As atividades são muitas e a responsabilidade é de todos.

A notificação e a investigação das doenças; a coleta, a análise e a divulgação de dados para a ação; o manejo ambiental; a educação para a saúde; a capacitação de profissionais e a melhoria da rede de serviços de saúde, com o aumento da rede, a disponibilização de novas tecnologias diagnósticas e de tratamento e a disponibilização de medicamentos; e a promoção da saúde, com melhoria real das condições de vida da população, são os fatores que podem influenciar positivamente o controle das DT no Brasil, mas isso só será possível com a articulação dos vários setores da sociedade para a busca conjunta de soluções.

Os profissionais de saúde são fundamentais para a prevenção das DT e podem contribuir, atuando de forma responsável e comprometida com os princípios e diretrizes do SUS, não importando se estão trabalhando em serviços públicos, na rede suplementar de saúde ou como profissionais autônomos.

Vamos recapitular?

Neste capítulo, você aprendeu que as DT possuem componentes que podem ser distribuídos em uma cadeia de transmissão, o que mostra a interrelação entre esses componentes. Estudou também sobre as fases de uma doença transmissível, as principais doenças no Brasil e as formas de prevenção e controle dessas doenças.



Agora é com você!

- 1) Pesquise na internet qual a cadeia de transmissão da esquistossomose. A partir dela, indique quais são as ações preventivas possíveis a fim de quebrar cada elo da cadeia e impedir a transmissão.
- 2) Planeje com seus colegas de turma uma palestra, voltada aos profissionais que atuam na área de beleza, sobre as DT que podem ser transmitidas em um salão de beleza e em clínicas de estética e as formas de preveni-las (você pode ler o Capítulo 10 para fazer essa atividade).
- 3) O ciclo de transmissão da tuberculose pode ser resumido da seguinte forma: *Mycobacterium tuberculosis* - homem - vias aéreas - transmissão direta - vias aéreas - homem. Quando se realiza a busca ativa de sintomáticos respiratórios, qual elo da cadeia da transmissão está sendo quebrado?
- 4) Joana tem 4 anos de idade, mora com sua família em uma casa construída com restos de construção e madeira, em uma favela, com mais cinco irmãos. A mãe sustenta sozinha a todos os filhos; ela sai para trabalhar às 4h30 da manhã e volta para casa somente depois das 19h. As crianças são cuidadas pelas irmãs de 12 e 10 anos de idade, que não estão na escola. Joana já teve hepatite A, várias diarreias e está com as vacinas atrasadas. Em sua região, não existem ACS. Quais situações da vida de Joana a deixam mais suscetível às doenças transmissíveis?
- 5) Marcelo, um jovem de 17 anos, teve relações sexuais sem proteção. Pouco depois, começou a apresentar um forte corrimento uretral e procurou um serviço de saúde para receber atendimento. Quais ações devem ser realizadas pelo profissional que o atender?

Programa Nacional de Imunizações

Para começar

Este capítulo apresenta o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e suas atividades. A fim de fundamentar o estudo sobre as vacinas, demonstra os fundamentos de imunologia e também explica como as vacinas são compostas e como elas funcionam, além de dizer qual calendário vacinal está em vigência para todas as faixas etárias.

9.1 O sistema imunológico (SI)

Em nossa interação com o meio em que vivemos, somos expostos a uma quantidade infinita de patógenos, que podem penetrar em nosso organismo de diversas formas, provocando o adoecimento. Portanto, o sistema imunológico (SI) é essencial em nosso organismo, por ser o responsável pela proteção do nosso corpo contra as infecções causadas por esses patógenos.

O corpo humano possui dois tipos de resposta para nos proteger do adoecimento causado por agentes patogênicos:

- » **Resposta imune inespecífica:** são mecanismos de defesa disponíveis de forma permanente, que podem ser divididos entre as barreiras mecânicas e químicas do corpo (como a pele, a mastigação, o suor e o suco gástrico); e as respostas celulares (como a fagocitose e a resposta inflamatória).

- » Resposta imune específica: consiste no desenvolvimento de defesas específicas (produção de anticorpos) para o antígeno (microrganismo ou molécula) invasor.

A imunidade que desenvolvemos a partir do contato com os antígenos é denominada adquirida. A Figura 9.1 demonstra as outras divisões possíveis da imunidade adquirida.

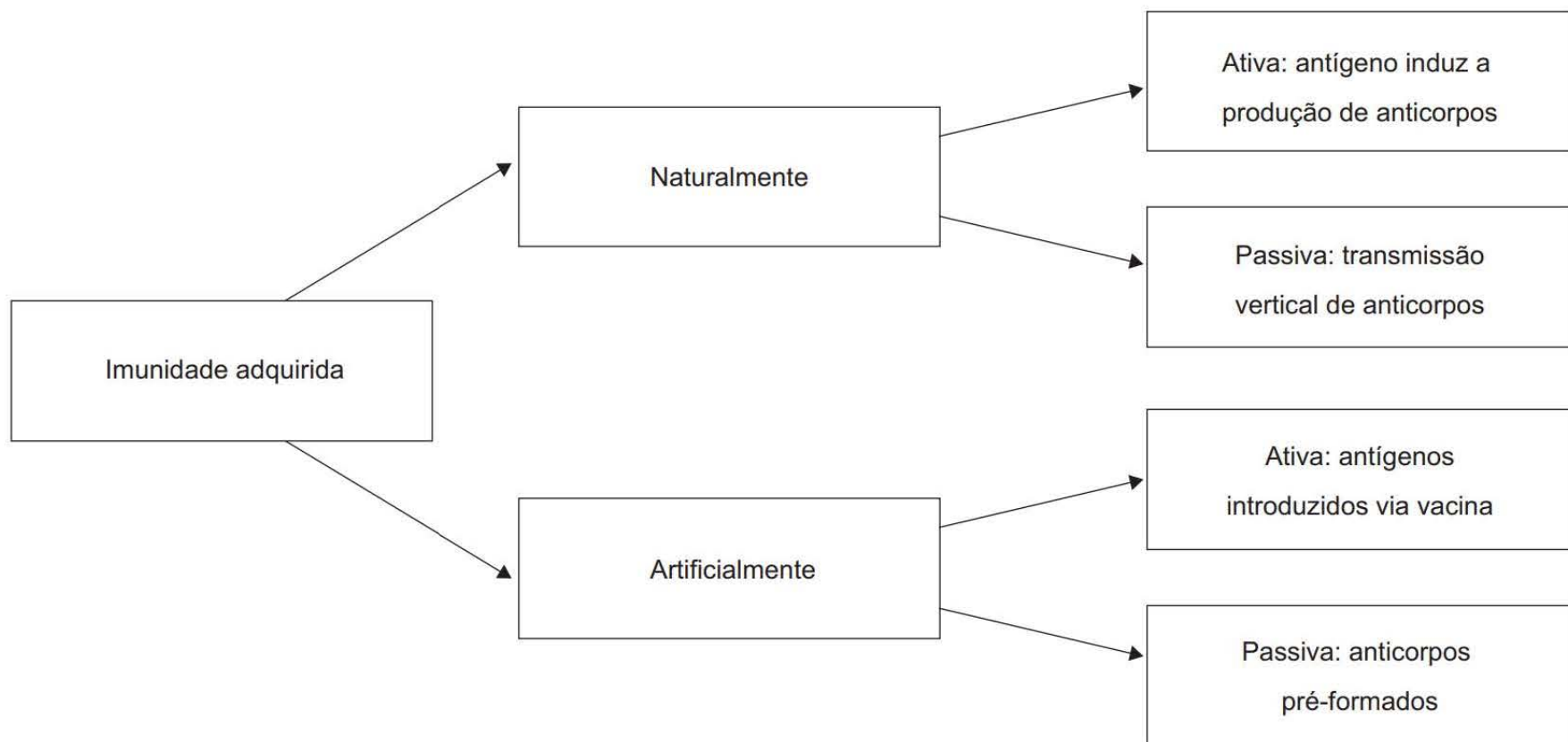


Figura 9.1 - Imunidade adquirida e suas subdivisões.

- » Imunidade adquirida naturalmente:
 - Ativa: o contato com o antígeno estimula a produção de anticorpos.
 - Passiva: os anticorpos são recebidos via transmissão vertical (por meio da placenta).
- » A imunidade adquirida artificialmente:
 - Ativa: antígenos são introduzidos via vacina no organismo, estimulando assim a formação de anticorpos.
 - Passiva: o organismo recebe anticorpos pré-formados, na forma de soro ou de imunoglobulinas.

Nas formas ativas de imunidade, existe um gasto de energia, essencial para a formação dos anticorpos.

9.1.1 Os órgãos e as células do sistema imunológico

O SI é constituído pelo sistema linfático, uma rede de vasos por onde circula a linfa, líquido composto essencialmente de células brancas e de gordura; e também por gânglios linfáticos, amígdalas, medula óssea, baço, fígado, pulmões e intestino (mesentério), os quais possuem um tecido especial, chamado de tecido linfóide, que também abriga células brancas e possibilita uma resposta rápida a fim de evitar a penetração de organismos patogênicos em nosso corpo. Durante a infância, também apresentamos o timo, órgão localizado atrás do osso esterno responsável pela maturação

dos linfócitos T, local em que essas células “aprendem” a diferenciar as células do organismo de microrganismos invasores. Com o crescimento, o timo fica atrofiado. Ele permanece exercendo sua função, mas não de forma vital como na infância, pois outros mecanismos imunes já estão em funcionamento.

Resumindo, o corpo possui dois tipos de órgãos linfoides:

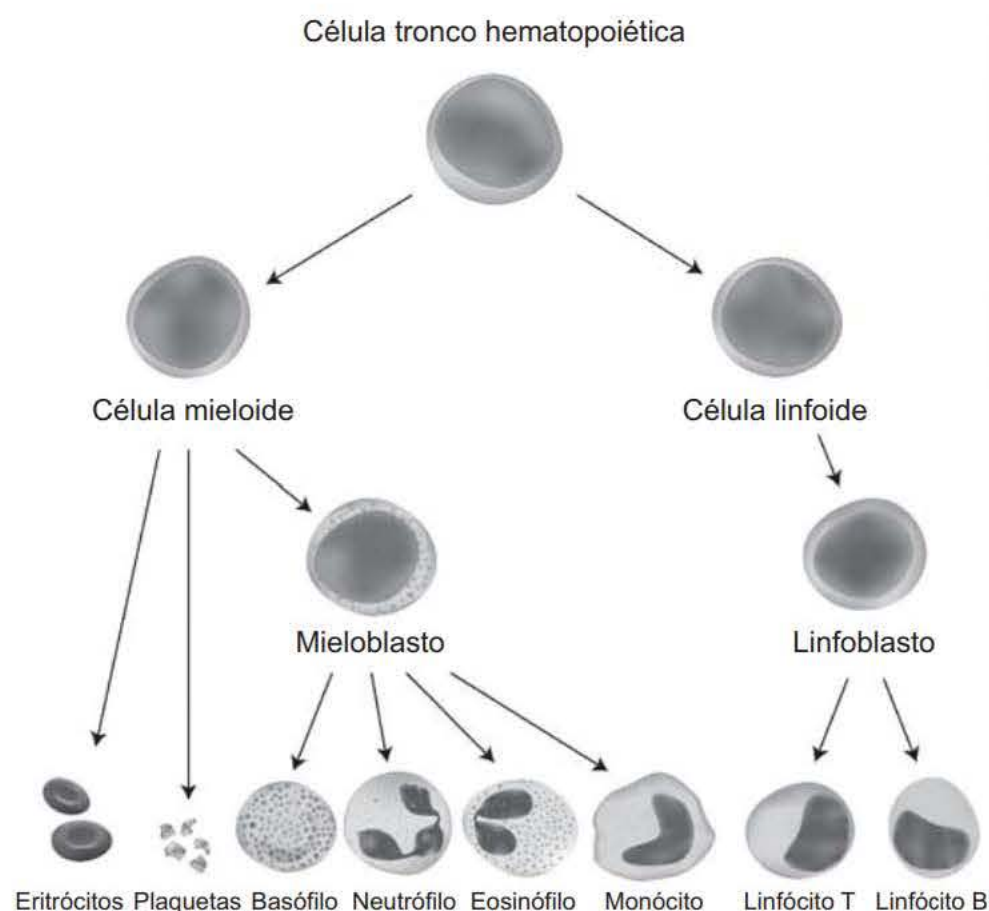
- » Órgãos linfoides primários: são órgãos nos quais se originam ou se diferenciam os linfócitos: timo e medula óssea hematogênica.
- » Órgãos linfoides secundários: são órgãos em que os linfócitos existem em grande quantidade e nos quais exercem importantes funções: linfonodos e baço.

Para compreender a distribuição anatômica dos órgãos do SI, observe a Figura 9.2. Perceba que os gânglios e o tecido linfoide estão em posições “estratégicas” do organismo, o que facilita a identificação rápida dos invasores e a proteção dos sistemas vitais.



Figura 9.2 - Componentes do SI, localização dos gânglios e tecidos linfoides (pulmonar, mesentérico, orofaríngeo).

As células brancas (ou leucócitos) são originadas na medula óssea, a partir de células-tronco (aquelas que podem originar quaisquer outras células sanguíneas), e passam por um processo de diferenciação. Esse processo é chamado de hematopoiese. Observe, na Figura 9.3, como se originam as células brancas e como estão divididas.



Alila Medical Media/Shutterstock.com

Figura 9.3 - Origem e diferenciação das células brancas.

Você pode ver que as células-tronco da medula óssea produzem tanto células vermelhas quanto brancas. Aqui, vamos nos ater às células brancas.

A partir do mieloblasto formam-se basófilos, eosinófilos, neutrófilo e monócitos. Todas essas células são fagocitárias, isto é, realizam fagocitose, que é a capacidade de englobar um microrganismo (MO) ou uma molécula e destruí-los. O macrófago também é célula fagocitária, mas possui capacidades diferentes das outras células fagocitárias: além de ser maior, tem maior sobrevida, fica principalmente no tecido conjuntivo e não nos linfonodos, e é capaz de liberar substâncias que aumentam a resposta imune no local invadido pelo antígeno.

Já os linfoblastos produzem os linfócitos, que são divididos em B, T e *natural killer* - assassino natural (NK), *natural killer* T (NKT). Os mais importantes para o nosso estudo são os do tipo B e T. Os linfócitos T possuem a capacidade de reconhecer partes de um antígeno (componentes de MO ou moléculas) e emitir sinais para os linfócitos B produzirem anticorpos específicos, os quais atuam na destruição de agentes infecciosos. Os anticorpos “encaixam-se” nos antígenos, destruindo-os, como se se tratasse de um encaixe do tipo chave-fechadura.

Fique de olho!

As vacinas atuam no organismo a partir da indução da produção de anticorpos específicos para cada antígeno presente nos MO ou nas toxinas produzidas por eles. Imagine a vacina contra poliomielite: ela é produzida com vírus inativos da poliomielite, com sua estrutura e antígenos preservada (mas sem a capacidade de causar a doença) para ser “reconhecida” pelos linfócitos T, os quais, por sua vez, “coletam” informações sobre esse agente, que são enviadas para os linfócitos B, que produzem anticorpos específicos para combater o vírus. Esses anticorpos permanecem no corpo por muitos anos, não sendo necessário revacinar a pessoa caso ela tenha recebido o esquema básico completo. Mas nem todas as vacinas induzem a respostas imunes de longa duração; algumas delas exigem doses de reforço ao longo da vida, pois a quantidade de anticorpos pode decair e até desaparecer ao longo dos anos, caso da vacina contra a febre amarela. Você pode saber mais sobre as vacinas acessando ao site da Sociedade Brasileira de Imunização/SBIM.

9.2 O Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Como já vimos no Capítulo 8, as doenças transmissíveis acompanham a humanidade desde seu nascimento, e esta, por sua vez, sempre tentou curá-las e evitá-las de várias formas.

Uma das maneiras de prevenção de Doenças Transmissíveis (DT) que se mostrou eficaz, além da melhoria de qualidade de vida, alimentação, higiene e saneamento do meio, foi a vacina, que tem como princípio básico a estimulação do sistema imunológico por meio do contato com os agentes etiológicos das doenças ou seus produtos.

Na China, por volta do século XVII, a estratégia de prevenção da varíola - doença altamente contagiosa, com altas taxas de letalidade (poder de uma doença provocar a morte entre as pessoas contaminadas por ela), eliminada do mundo apenas em 1978 - era macerar as cascas das feridas provocadas pela doença até elas virarem pó e assoprar esse pó no nariz das crianças que ainda não tinham tido contato com a doença, evitando assim o adoecimento pela forma grave.

Na Turquia, mulheres que ordenhavam vacas com varíola perceberam que, quando elas desenvolviam a varíola bovina, uma forma fraca, acabavam não desenvolvendo a doença em sua forma humana. Passaram, então, a esfregar o pus das feridas nas tetas das vacas, umas nas outras, e nas crianças.

Essas são formas rudimentares de estímulo da resposta imune, com muitos riscos, como se viu posteriormente com a técnica de variolação (que consistia em lancetar a pele saudável e colocar sobre ela a secreção das pústulas variolíticas) na Inglaterra: quando se errava a profundidade do corte ou a quantidade de secreção, a pessoa desenvolvia a doença.



Georgios Kolidas/Shutterstock.com

Figura 9.4 - Edward Jenner, primeiro cientista a desenvolver a vacina contra a varíola, em 1796.

Somente no século XVIII, Edward Jenner, médico e pesquisador inglês, desenvolveu a primeira vacina, utilizando como antígeno o carbúnculo do gado.

Amplie seus conhecimentos

A introdução da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola no Brasil desencadeou uma revolta na população, que ficou conhecida como Revolta da Vacina. A obrigatoriedade foi imposta pelo médico Oswaldo Cruz, como parte das ações de saúde para acabar com a varíola no Rio de Janeiro.

Assista ao filme *Sonhos tropicais* para saber mais.

De lá para cá, muita coisa mudou, e o processo de desenvolvimento de vacinas tornou-se cada vez mais qualificado. Envolve pesquisadores e tecnologia de ponta, garantindo uma maior eficácia e segurança em sua aplicação.

No Brasil, desde 1973, existe o Programa Nacional de Imunização (PNI), que garantiu um considerável aumento da cobertura vacinal e a eliminação ou uma redução importante de diversas DT, entre elas o sarampo e a erradicação da poliomielite em 1989.

Entre os objetivos do programa, estão: contribuir para a manutenção do estado de erradicação da poliomielite; para o controle ou a erradicação do sarampo, da difteria, do tétano neonatal e acidental,

da coqueluche, das formas graves da tuberculose, da rubéola - em particular a congênita, da caxumba, da hepatite B e da febre amarela; e para o controle de outros agravos, coordenando o suprimento e a administração de imunobiológicos indicados a situações ou grupos populacionais específicos.

O PNI é reconhecido internacionalmente e é responsável por pesquisas, apoio aos estados e aos municípios nas ações de vacinação e na determinação das normas técnicas que guiam o trabalho dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção.

9.2.1 Estratégias do PNI

Pense na população do nosso país: mais de 200 milhões de pessoas. Quais estratégias podem atender à necessidade de imunizar a maior parte possível das pessoas que possuem alguma indicação para tal? Pensando nisso, o PNI determinou diferentes ações de vacinação para o território brasileiro. As ações são indicadas para todo o país, mas podem ser adaptadas às características de cada região - é possível fazer campanhas de vacinação da mesma forma em uma grande cidade e nas populações ribeirinhas do rio Amazonas? Não, por isso os profissionais de saúde devem conhecer muito bem o território que atendem e a população da região onde trabalham, a fim de pensarem e atuarem de maneira coerente, visando a maior cobertura vacinal possível.

Manter a taxa de cobertura vacinal alta é importante, pois isso evita a reintrodução de doenças em nosso meio, caso do sarampo, que ainda acontece com frequência na Europa. A cobertura vacinal é um cálculo que deve ser realizado para avaliar se a quantidade de pessoas imunizadas está adequada. Quanto mais pessoas imunizadas, menor a chance de a doença contaminar a população e se alastrar.

A cobertura vacinal preconizada pelo PNI para o calendário básico é de 95% ou mais entre as crianças até 5 anos de idade. Uma criança é considerada imunizada quando recebe as doses¹ básicas de uma certa vacina, por exemplo, consideramos uma criança imunizada para difteria, tétano e coqueluche quando recebeu as três doses iniciais.

As ações de vacinação recomendadas pelo PNI são:

- » **Vacinação de rotina:** aquela que acontece diariamente, em todas as unidades básicas de saúde, que visam manter a cobertura vacinal acima de 95% para todas as vacinas do calendário.
- » **Campanhas/intensificação:** vacinações em massa, visando a alcançar o maior número possível de pessoas com indicação de receber determinada vacina; elas duram períodos variáveis, mas sempre existe um dia escolhido para ser o dia D, aquele que garantirá uma maior visibilidade da campanha na mídia, atingindo, assim, uma maior população.
- » **Bloqueio:** utilizada em situações de surto (aumento súbito do número de contaminados por uma doença em um curto período de tempo e localizado geograficamente, como varicela em uma creche) no local em que se pretende barrar o avanço de uma doença.

A vacinação e a aplicação de soros podem ocorrer em diversos serviços de saúde, de acordo com as características da população atendida: maternidades podem realizar a vacina BCG e a 1ª dose de hepatite B; clínicas particulares fazem vacinas que estão no calendário do PNI e outras que não

¹ Dose é a aplicação de determinada quantidade de vacina para se provocar uma resposta imunológica, ou seja, a formação de anticorpos. O reforço é a reaplicação de uma dose com o objetivo de restabelecer a imunidade que tenha sido reduzida.

fazem parte dele; prontos-socorros fazem soro para casos de mordeduras de cães e gatos; há serviços de referência para vacinas especiais.

No caso de populações que possuem contraindicação para as vacinas aplicadas nas unidades básicas, como aquelas com doenças que causam imunodepressão, existem os Centros de Referências para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Cada estado possui uma listagem desses centros disponíveis para consulta pela internet.

9.2.2 Composição das vacinas, contraindicações e eventos adversos

As vacinas são medicamentos preventivos, desenvolvidos com os mesmos cuidados de outros medicamentos. Ainda existem muitos mitos em torno das vacinas, e podemos achar, na internet, diversos *sites* citando os riscos de usá-las. Vamos pensar juntos: quantas pessoas você conhece que foram vacinadas e tiveram reações graves, como choque anafilático? Um exemplo de como isso é raro é a chance de uma ocorrência de evento adverso grave no caso da imunização contra poliomielite, cujo vírus selvagem provoca paralisia com sequelas em aproximadamente 1/250 casos de infecções; no caso do vírus vacinal, o risco é de aproximadamente 1 caso para 2,4 milhões de doses. (BRASIL, 2001)

Outro mito é o de que as vacinas causam a doença em uma forma leve. Isso era verdade até a metade do séc. XX, mas hoje a formulação das vacinas e os agentes utilizados são mais eficientes e seguros e provocam apenas uma reação imune.

As vacinas possuem em sua formulação:

- » **Agente imunizante:** vírus ou bactérias vivos, atenuados ou mortos, frações de antígeno e toxinas liberadas pelos antígenos que são modificadas e chamadas de toxoides.
- » **Adjuvante (principalmente alumínio):** substâncias que aumentam a resposta imune, pois permitem que o antígeno fique mais tempo em contato com o sistema imunológico.
- » **Líquido de suspensão:** geralmente, água destilada ou solução salina.
- » **Resquícios de antibiótico, conservantes, estabilizadores:** substâncias acrescentadas com o intuito de impedir o crescimento de microrganismos e manter as características iniciais do imunizante.

Em algumas vacinas, mais de um agente imunizante pode estar presente na mesma suspensão, caso da vacina tetravalente, que imuniza contra a difteria, o tétano, a coqueluche e a *Haemophilus B*. Nesses casos, a vacina é denominada **combinada**.

Quando usamos duas vacinas, com um agente em cada frasco, e as misturamos na mesma seringa para aplicação, elas são denominadas **associadas**.

Na vacinação denominada **simultânea**, fazemos a aplicação de várias vacinas, em locais diferentes, na mesma hora.

Aplicar mais de uma vacina no mesmo dia reduz as idas ao serviço de saúde, aumentando assim a adesão das pessoas ao programa e a chance de se completar as doses necessárias para se garantir uma boa resposta imune. A aplicação simultânea de vacinas não aumenta as chances de ocorrência de eventos adversos e não diminui o poder de imunização das vacinas.

9.2.2.1 Contraindicações para a imunização

As contraindicações para imunização são gerais e aplicam-se a todos os casos. Apesar do alto nível de segurança das vacinas, algumas precauções devem ser tomadas.

É sempre importante orientar a pessoa a ser imunizada a voltar ao serviço, quando a situação de contraindicação não existir mais, ou encaminhá-la para o CRIE, quando indicado.

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

- » com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- » acometidas por neoplasia maligna;
- » em tratamento com corticosteroides em esquemas imunodepressores (por exemplo, 2 mg/kg/dia de prednisona durante duas semanas ou mais em crianças ou doses correspondentes de outros glicocorticoides) ou submetidas a outras terapêuticas imunodepressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia etc.);
- » que tenham recebido transfusão de sangue há menos de 3 meses - nesse caso, anticorpos presentes no sangue recebido podem anular o efeito da dose de vacina.

A população e os profissionais de saúde devem ser amplamente informados sobre as falsas contraindicações, como: prematuridade, já ter tido a doença anteriormente, coriza, internação, entre outros. Em algumas dessas situações, como internação, o serviço de saúde tem uma ótima oportunidade para orientar o usuário sobre sua situação vacinal e atualizar as vacinas ou encaminhá-lo a uma UBS para a realização de tal procedimento.

Mesmo quando uma pessoa tem reação adversa grave a uma vacina específica, isso não contraindica a aplicação de outros imunobiológicos.

9.2.2.2 Eventos adversos em imunização

Os eventos adversos em imunização caracterizam-se, principalmente, por serem leves e transitórios; trata-se de sinais e sintomas como dor local, febre baixa, eritema (vermelhidão) no local da aplicação que costuma desaparecer em até 48 horas após a vacina; nenhuma medida se faz necessária; o uso de pomadas e de compressas no local de aplicação são contraindicados. Eventos graves, como convulsões e choque anafilático, são raros.

Em caso de reações graves, deve-se avaliar a situação, notificar a instância superior responsável e encaminhar o usuário ao CRIE a fim de dar sequência ao esquema vacinal.

Todos os eventos adversos devem ser imediatamente notificados à vigilância epidemiológica local, que utiliza esses dados na identificação do lote de vacina com alterações e que deve ser retirado de circulação, como acontece com todos os medicamentos. Existe um sistema de informação em todos os municípios no intuito de realizar esse controle.

9.2.3 Rede de frio

As vacinas são medicamentos termolábeis, isto é, sofrem alterações em suas características quando expostas ao calor. Portanto, elas devem ser mantidas entre 2 e 8 °C, de sua fabricação até a adminis-

tração. Algumas vacinas admitem o congelamento no processo de fabricação e de armazenamento no nível central, como a vacina contra poliomielite. Para tanto, são necessários equipamentos de refrigeração adequados em cada nível de distribuição e logística.

Rede de frio é a denominação utilizada para o processo de armazenamento, conservação, distribuição, transporte e manuseio dos imunobiológicos utilizados nos programas de imunizações, com o objetivo final de assegurar que todos os produtos administrados mantenham suas características imunogênicas (capacidade da vacina em desencadear reação imune).

9.3 Calendário vacinal para todas as faixas etárias

A seguir, veremos qual o calendário vacinal indicado para cada população e faixa etária. Vale lembrar que os calendários estão em constante atualização, com introdução de novas vacinas e alterações de esquemas.

Antes de prosseguirmos, é importante apresentar algumas orientações sobre as vacinas, que sempre causam dúvidas em profissionais e na população:

- » O esquema vacinal pode ser iniciado em qualquer idade, tomando-se o cuidado de se usar as vacinas indicadas para a faixa etária.
- » Em vacinação, as doses já aplicadas devem ser comprovadas por meio da carteira vacinal (que é um documento, não se esqueçam) - em vacinação não existe “tenho certeza de que tomei essa”; não apresentou documentação, é considerado como não imunizado.
- » Se o esquema vacinal está incompleto, não importa há quanto tempo a última dose foi aplicada; basta completar o esquema indicado para o imunobiológico. Por exemplo, se você tomou apenas a primeira dose de antitetânica há 10 anos, pode completar o esquema com as duas doses faltantes.
- » Não se deve adiantar dose de vacina, isto é, se a indicação do intervalo mínimo entre duas doses é de 30 dias, não podemos aplicar a vacina com 29 dias, pois há o risco de uma interferência negativa na resposta imune.

O Brasil é um dos países com o calendário vacinal mais extenso e que cobre a maior parte das doenças preveníveis por imunização na primeira infância. Na Tabela 9.1, você vai conhecer quais doenças são evitadas pelas vacinas disponibilizadas pelo PNI. Aquelas aplicadas somente no CRIE não estão descritas nela.

Amplie seus conhecimentos

O PNI também é responsável por todas as ações ligadas aos soros, os quais também são imunobiológicos, que recebem os mesmos cuidados das vacinas, mas possuem indicação e composição diferentes. Eles são indicados quando o indivíduo já apresenta sinais/sintomas da doença ou envenenamento (por picadas e mordidas de animais peçonhentos). Somente nos casos de profilaxia da raiva o soro é aplicado sem comprovação da doença. Os soros são compostos de anticorpos prontos, garantindo assim maior rapidez na resposta imune. Para saber como acontece a produção dos soros e das vacinas, você pode acessar a aula disponibilizada pelo Instituto Butantan em: <http://www.butantan.gov.br/home/micro_cd_aula4.php>. Acesso em: 1º jan. 2014.

Tabela 9.1 - Lista das doenças imunopreveníveis e os agentes causadores

Doença	Agente etiológico
Tuberculose	Bactéria <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
Hepatite B	HBV, formado de DNA
Difteria	Bactéria <i>Corynebacterium diphtheriae</i>
Tétano	Bactéria <i>Clostridium tetanii</i>
Coqueluche	Bactéria <i>Bordetella pertussis</i>
Diversas pneumonias e meningites causadas por <i>Haemophilus B</i>	Bactéria <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
Meningite C	Bactéria <i>Neisseria meningitidis</i> - grupo C
Poliomielite	Poliovírus tipos I, II e III
Influenza	Vírus influenza tipos A e B
Sarampo	Vírus do gênero <i>Morbillivirus</i>
Caxumba	Vírus do gênero <i>Paramyxovirus</i>
Rubéola	Vírus do gênero <i>Rubivirus</i>
Febre amarela	Vírus do gênero <i>Flavivirus</i>
Rotavírus	Rotavírus
Diversas doenças causadas por Pneumococos	Bactéria <i>Streptococcus pneumoniae</i>
Varicela	Vírus <i>varicela-zóster</i>

Fonte: BRASIL, 2013.

Agora, vamos aos calendários. Eles são estruturados por faixa etária, pois, após estudos epidemiológicos extensos, foi traçado o perfil de risco de adoecimento e letalidade das principais doenças imunopreveníveis e, com isso, as populações e as faixas etárias mais sensíveis a essas doenças foram identificadas e possuem indicação de imunização. Para interpretar adequadamente o calendário, é necessário acessar as normas técnicas do programa de imunização em seu município ou estado.

Amplie seus conhecimentos

Você pode pesquisar pelos serviços de vigilância epidemiológica, que são os locais que concentram as informações técnicas sobre o programa no nível regional e local, ou pelo site do Ministério da Saúde: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

Tabela 9.2 - Calendário vacinal recomendado para menores de 6 anos

Idade	Vacinas
Ao nascer	BCG e hepatite B
2 meses	VIP + pentavalente (DTP + Hib + Hep. B) + rotavírus
3 meses	Pneumocócica 10 valente + meningocócica C
4 meses	VIP + pentavalente (DTP + Hib + Hep. B) + rotavírus
5 meses	Pneumocócica 10 valente + meningocócica C
6 meses	VOP + pentavalente (DTP + Hib + Hep. B)
7 meses	Pneumocócica 10 valente
9 meses	Febre amarela*
12 meses	SRC (sarampo, caxumba, rubéola) + meningocócica C
15 meses	VOP + DTP + pneumocócica 10 valente + tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola, varicela)
De 4 a 6 anos	VOP + DTP

Fonte: BRASIL, 2013.

* A partir de 9 meses de idade, em regiões endêmicas.

Tabela 9.3 - Calendário vacinal recomendado para maiores de 7 anos e adolescentes

Intervalo entre doses	Esquema	Vacina
Primeira visita	Dose única	BCG
	Primeira dose	Hepatite B
	Primeira dose	dT
	Primeira dose	VOP
	Primeira dose	Sarampo-caxumba-rubéola (SCR)
2 meses após a primeira visita	Segunda dose	Hepatite B
	Segunda dose	dT
	Segunda dose	VOP
	Segunda dose	Sarampo-caxumba-rubéola
	Dose principal	Febre amarela
4 meses após a primeira visita	Terceira dose	Hepatite B
	Terceira dose	dT
	Terceira dose	VOP
A cada 10 anos	Reforço	dT Febre amarela

Fonte: BRASIL, 2013.

Fique de olho!

A vacina contra o HPV (papilomavírus humano) já faz parte do calendário vacinal das meninas de 11 a 13 anos. O esquema de vacinação é composto por três doses: a segunda será aplicada com intervalo de seis meses e a terceira, de reforço, cinco anos após a primeira dose. Em 2015, serão vacinadas as adolescentes de 9 a 11 anos e, em 2016, começam a ser imunizadas as meninas que completam 9 anos.

Tabela 9.4 - Calendário vacinal recomendado para adultos entre 20 e 59 anos

Intervalo entre doses	Esquema	Vacina
Primeira visita	Dose única	Sarampo-caxumba-rubéola
	Primeira dose	Hepatite B
	Primeira dose	dT
	Dose principal	Febre amarela
2 meses após a primeira visita	Segunda dose	Hepatite B
	Segunda dose	Dt
6 meses após a primeira visita	Terceira dose	Hepatite B
	Terceira dose	dT
A cada 10 anos	Reforço	dT Febre amarela

Fonte: BRASIL, 2013.

Tabela 9.5 - Calendário vacinal recomendado para adultos com 60 anos ou mais

Intervalo entre doses	Esquema	Vacina
Primeira visita	Primeira dose	dT
	Dose inicial	Febre amarela
2 meses após a primeira visita	Segunda dose	dT
4 meses após a primeira visita	Terceira dose	dT
Anualmente	Dose anual	<i>Influenza</i>
A cada 10 anos	Reforço	dT
		Febre amarela

Fonte: BRASIL, 2013.

Tabela 9.6 - Calendário vacinal recomendado para gestantes e puérperas

Intervalo entre doses	Esquema	Vacina
Primeira visita	Primeira dose	dT
	Primeira dose	hepatite B
2 meses após a primeira visita	Segunda dose	dT
	Segunda dose	hepatite B
6 meses após a primeira visita	Terceira dose	dT
	Terceira dose	hepatite B
Em qualquer fase da gestação	Dose única	<i>Influenza</i>
Puerpério	Dose única	Sarampo-caxumba-rubéola, <i>influenza</i>

Fonte: BRASIL, 2013.

Tantas siglas podem nos confundir. Por isso, segue uma lista para ajudá-lo a desvendar “os mistérios” dos calendários de vacinação.

- » BCG: vacina contra a tuberculose.
- » VIP: vacina inativada contra poliomielite.
- » VOP: vacina oral contra poliomielite.
- » Hepatite B: vacina contra hepatite B.
- » DTP-Hib ou tetravalente bacteriana: vacina contra difteria, tétano, *pertussis* (coqueluche) e *Haemophilus influenzae* B (conjugada).
- » Pentavalente bacteriana: vacina contra difteria, tétano, *pertussis* (coqueluche) e *Haemophilus influenzae* B (conjugada); hepatite B.
- » Rotavírus: vacina rotavírus humano G1P1.
- » Pneumocócica 10-valente: vacina pneumocócica 10-valente (conjugada).
- » Meningocócica C: vacina meningocócica C (conjugada).

- » Febre amarela: vacina contra febre amarela (atenuada).
- » Sarampo-caxumba-rubéola (SCR): vacina contra sarampo, caxumba e rubéola.
- » DTP: vacina contra difteria, tétano e *pertussis* (coqueluche).
- » dT: vacina contra difteria e tétano adulto.
- » DT: vacina difteria e tétano infantil.
- » Tetraviral: vacina contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela.



Exercício resolvido

Vamos praticar! Imagine que você é responsável por uma criança que irá fazer 6 meses de idade e que tem o esquema vacinal atualizado. Quais vacinas ela já tomou?

Solução:

Ela já deve ter tomado: uma dose de BCG, uma dose de hepatite B, duas doses de pentavalente (DTP+Hib+hep.B), duas doses de rotavírus, duas doses de pneumocócica, duas doses de meningocócica C e duas doses de VIP.

Pessoas que atuam em profissões nas quais existe risco de contaminação por doenças também devem ter acesso garantido às vacinas indicadas para sua faixa etária e ter uma avaliação dos riscos biológicos de sua profissão; por exemplo, catadores de lixo reciclável e coletores de resíduos (lixeiros) possuem um risco maior para se contaminarem com tétano e hepatite B. A quais doenças os profissionais de saúde estão mais expostos? Se você respondeu todas, está correto, por isso é preciso que, antes de começar a atuar, o profissional ou o estudante da área procure uma UBS para avaliação e atualização de seu estado vacinal. Essa é uma exigência de muitas escolas para a realização de estágios práticos e nos processos de admissão para emprego.

Para encerrar, é necessário enfatizar a importância da participação ativa dos gestores municipais a fim de garantir a estrutura adequada dentro de cada município para as ações de imunização. Os locais onde acontecem as ações de vacinação devem ser adequados fisicamente e com equipamentos em bom estado de conservação e manutenção; as equipes precisam ser capacitadas para as ações cotidianas e extras de vacinação e para educar a população; e, por fim, é preciso garantir um sistema de informação que possibilite o armazenamento e o uso dos dados para avaliação e planejamento de ações.

Vamos recapitular?

Neste capítulo, você aprendeu que as vacinas foram inventadas há mais de 100 anos e são consideradas um dos grandes avanços da medicina no século XX. Assimilou também que as vantagens da imunização superam seus riscos, que existem calendários de vacina diferentes, indicados para cada faixa etária e para populações específicas, e que é papel de todos os profissionais de saúde divulgar informações sobre imunização, a fim de garantir boas taxas de cobertura vacinal e reduzir os mitos em torno da vacinação.



Agora é com você!

- 1) Junte-se a seus colegas e peça que todos tragam suas carteiras de vacinação para a aula. A partir do calendário indicado para as respectivas faixas etárias, avaliem cada carteirinha e vejam se elas precisam de atualização.
- 2) Um amigo que irá trabalhar no departamento de água e esgoto quer saber quais vacinas precisa tomar. Ele tem 33 anos e não tem comprovante de vacinações anteriores. Que vacinas ele precisa receber?
- 3) Com relação à administração de imunobiológicos, quais opções a seguir são verdadeiras? Aqui, existe mais de uma resposta correta!
 - a) A imunização deve ser suspensa em caso de uso de qualquer tipo de antimicrobiano.
 - b) A vacina DTP imuniza contra difteria, tétano e *pertussis* (coqueluche) e deve ser aplicada a partir dos 2 meses de idade.
 - c) As ações de imunização de rotina acontecem em vários serviços de saúde, principalmente em UBS.
 - d) Todas as vacinas do calendário devem ser administradas em pessoas com imunodeficiência congênita ou adquirida.
 - e) As vacinas apresentam um grande risco de eventos adversos, devendo ser administradas somente com prescrição médica e em ambiente hospitalar.
- 4) Sua avó de 70 anos recusa-se a tomar a vacina contra a Influenza. Ela justifica dizendo que isso faz parte de um plano do governo para matar os idosos e não pagar mais aposentadoria. Quais argumentos você usaria para convencê-la a se vacinar?
- 5) A sobrinha de uma vizinha veio de outro país e não trouxe documentação sobre situação vacinal. Ela tem 9 anos de idade. Que vacinas são indicadas para ela?
 - a) BCG, hepatite B, rotavírus, DTP.
 - b) Hepatite B, VOP, SCR, febre amarela.
 - c) Sarampo-caxumba-rubéola (SCR), BCG, VOP, dT, hepatite B.
 - d) Rotavírus, SCR, BCG, febre amarela.

10

Educação para a Saúde

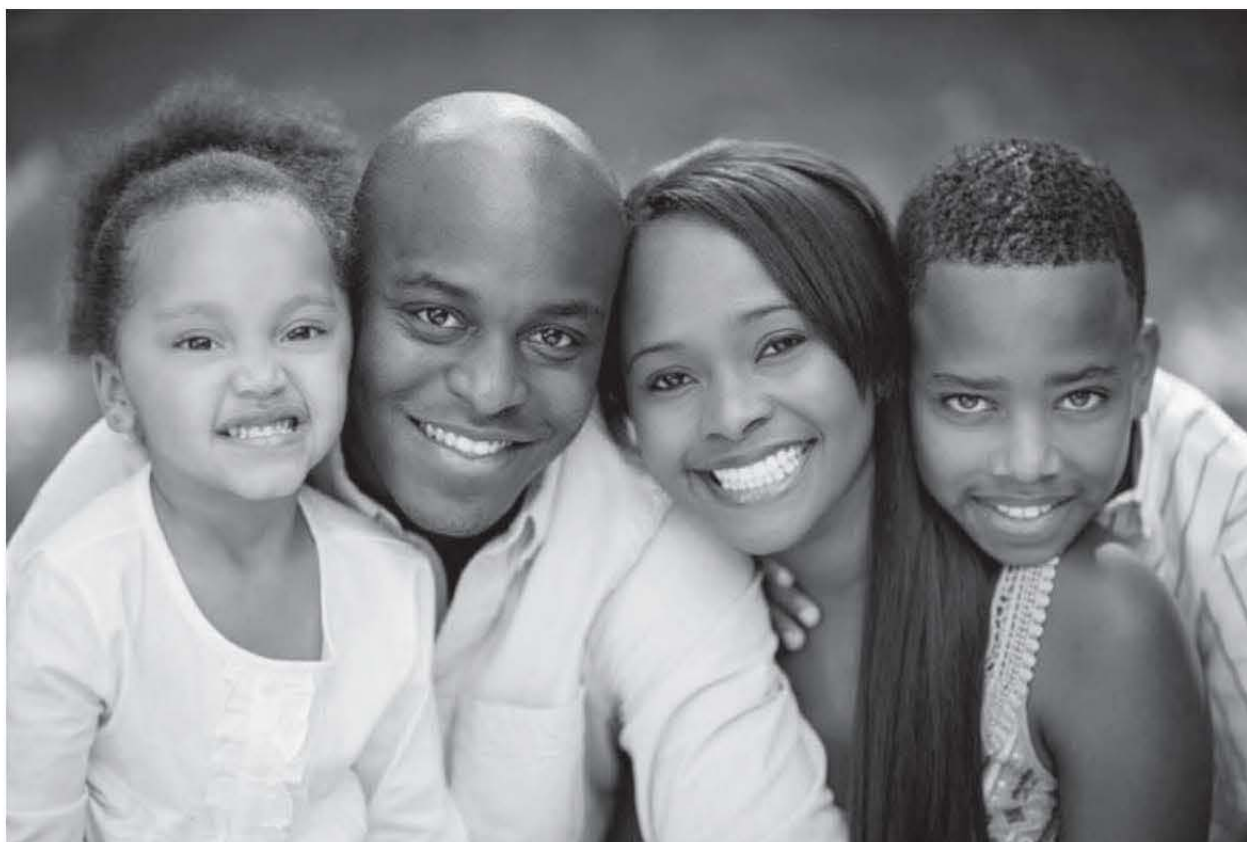
Para começar

As ações de educação para a saúde são essenciais nas práticas de saúde coletiva. Este capítulo aborda os aspectos gerais da educação e demonstra como planejar atividades educativas, usando duas estratégias bem conhecidos: as palestras e os grupos educativos.

10.1 O que é educação?

Se procurarmos definições para educação, encontraremos várias, todas válidas. Neste texto, consideraremos que a educação pode ser um processo natural, que acontece no dia a dia de um indivíduo a partir de vivências pessoais como integrante de um grupo social - família, comunidade, escola, igreja -, ou de forma intencional: pode existir um objetivo na educação de uma pessoa, que expressa uma necessidade do grupo social em que ela está inserida.

O ser humano passa toda a vida em processo educacional, ensinando-aprendendo diferentes formas de lidar com o mundo ao redor. Usamos o termo ensinando-aprendendo com destaque pois a educação não é uma via de mão única: todos aprendem e ensinam o tempo todo, seja por meio de uma ação estruturada (como uma aula), na qual professor e aluno trocam informações e experiências, ou de forma natural, quando observamos as pessoas que estão ao nosso redor e acrescentamos à nossa vida o que aprendemos dessa observação.



Andres/Shutterstock.com

Figura 10.1 - A família tem um papel educativo essencial.

Educar para a saúde é auxiliar na construção de um indivíduo autônomo, capaz de tomar decisões em relação à sua saúde, à de sua família e da comunidade. Ao educarmos uma pessoa para a saúde, devemos partir do princípio de que todos possuem conhecimento sobre saúde, por isso é fundamental que no exercício da educação façamos o exercício da escuta.

Além de uma escuta atenta, o profissional que educa deve considerar que os adultos, principalmente, só aprendem quando estão receptivos ao conhecimento - quando possuem interesse - e que todo conhecimento gerado deve possuir um significado para a vida.



Pressmaster/Shutterstock.com

Figura 10.2 - A profissão de professor é uma das mais antigas e mais importantes devido o seu papel na formação do cidadão.

Paulo Freire, famoso educador e pedagogo brasileiro, pregava a educação libertária, pois ele acreditava que a educação tem o poder de transformar as pessoas e as comunidades, possibilitando que elas atuem de forma política e ativa em suas famílias e comunidades, tornando suas vidas mais dignas e livres.

Ele foi um de vários intelectuais latino-americanos que ajudaram a desenvolver o conceito e os pressupostos da educação popular, com uma pedagogia centrada em alguns pontos: o diálogo entre educador-educando; a vida cotidiana das pessoas, que passa a ser o ponto de partida da ação educativa diante do questionamento de situações diárias de forma que elas possam ser vistas de outro modo pela comunidade, tornando os “problemas” passíveis de solução pelos envolvidos no processo educacional, ou seja, problematizando as situações; e também uma ação horizontal entre profissional e população, na qual não existe uma “hierarquia” - o eterno: “eu sei, você não sabe”.

Partindo desses pressupostos, no Brasil, desenvolveu-se uma nova maneira de educar para a saúde, a Educação Popular em Saúde (EPS). Essa forma de educar visa integrar as diversas faces do ser humano - política, pessoal, comunitária, espiritual - no processo educacional, possibilitando um desenvolvimento integral das pessoas envolvidas nessa ação.

No Brasil, a EPS também é uma estratégia para a promoção da saúde, ao abrir mais espaços para a participação da população nos serviços de saúde, educando a população a partir de suas necessidades reais. A EPS é tão importante, que existe a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a qual orienta como devem acontecer essas ações, garante espaços de discussão e a instrumentalização de profissionais para atuar a partir dos pressupostos da EPS.

Amplie seus conhecimentos

Para conhecer mais a Educação Popular em Saúde assista ao vídeo *Aproximação com os fundamentos da educação popular em saúde*, da Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=jozlwGZOhc8>>. Acesso em: 2 jan. 2014.

10.2 Planejamento das atividades educativas

Ao executar atividades educativas no campo da saúde, os profissionais devem partir da realidade local e das necessidades identificadas pela comunidade e pelos profissionais - nesse caso, sempre que possível, a necessidade deve ser validada junto à comunidade, isto é, deve-se esclarecer com a população se a necessidade sentida pela equipe é a mesma sentida pela população -, pois, do contrário, se corre o risco de não haver a participação de todos.

Ao planejar essas atividades, os profissionais devem avaliar as condições nas quais elas serão realizadas e que recursos estão disponíveis. Responder algumas perguntas ao iniciar o planejamento pode ser de grande utilidade:

- » Onde a atividade será realizada? Na UBS, na casa de algum morador, em uma igreja, na praça? Cada lugar determinará que equipamentos poderão ser usados. Em uma praça, por exemplo, não é possível usar aparelho de som, pois muitas vezes não existe ponto de eletricidade; em uma igreja, nem todos os assuntos poderão ser abordados, pois podemos ofender as crenças religiosas em questão.

- » Para quem vou falar? Cada faixa etária exige uma linguagem diferente e abordagens específicas; para as crianças, pode-se levar material para brincadeiras agitadas; para idosos, as brincadeiras devem ser mais tranquilas.
- » O que posso usar/tenho disponível para auxiliar as discussões? Cartazes, música, televisão, imagens, lousa para anotações. Para cada conteúdo, pode-se usar mais de um tipo de recurso audiovisual. Lembre-se de que nem sempre recursos com maior tecnologia, como data-show, existirão ou serão os mais adequados para a situação.

Com essas situações definidas, fazer o planejamento fica mais fácil. Aqui, você vai aprender a planejar dois tipos de atividade educativa bastante utilizadas: as palestras e os grupos educativos.

10.2.1 As palestras/aulas educativas

Você já assistiu a alguma palestra ou aula que eram um “tédio absoluto”? Posso apostar que você aprendeu pouca coisa nessa situação, pois provavelmente estava em um papel passivo, apenas “recebendo informações”. Palestras ou aulas expositivas são uma faca de dois gumes: se não usadas corretamente, reforçam aspectos negativos sobre o que está sendo dito ou fazem as pessoas adormecer. O profissional não pode perder de vista o fato de que as pessoas só aprendem quando veem significado e utilidade naquilo que estão aprendendo.

Outro problema que pode resultar de uma aula ou palestra mal planejada e executada é o fato de o profissional ficar “ditando regras” de comportamento, “mandando” as pessoas fazerem isso ou aquilo, defendendo que sua forma de fazer é a melhor e desqualificando o conhecimento prévio das pessoas sobre o assunto. Bons palestrantes/educadores ouvem e observam as pessoas que estão presentes, estimulando a participação de todas e construindo conhecimento a partir do que é colocado pela população.



lightpoet/Shutterstock.com

Figura 10.3 - É importante que o palestrante demonstre ao público o que é necessário absorver de sua fala.

Vamos ao planejamento, pois uma palestra não é apenas “sair falando” sobre algo que se sabe. Após as perguntas iniciais (Onde? Para quem? Quais recursos posso usar?), muitas outras devem ser respondidas.

A escolha do tema é importante, pois pode ser resultado de uma observação da equipe de saúde ou do diagnóstico de saúde realizado pela unidade; outras vezes, ele é uma demanda da própria comunidade, e, também, é possível apresentar temas determinados pelo gestor (durante uma epidemia, por exemplo, é uma obrigação dos serviços de saúde realizar aulas/palestras sobre as formas de prevenção da doença em questão).

A Tabela 10.1 apresenta as questões norteadoras do planejamento de uma aula e um exemplo de ação planejada.

Tabela 10.1 - Passos para planejar uma aula

Pergunta orientadora	Descrição	Exemplo
Qual o tema da palestra?	Defina um tema que tenha sido identificado como importante para o público e os profissionais.	Prevenção de dengue.
Por que você vai falar sobre esse assunto?	Qual a relevância do tema para essa população?	A cada verão, aumenta o número de casos de dengue na cidade.
O que você espera que o público aprenda sobre o assunto?	Defina em uma frase o que as pessoas devem ter aprendido ao final da sua palestra, ou que tipo de atitude você espera a partir dessa atividade.	As pessoas devem ter aprendido a evitar a proliferação do mosquito vetor* da dengue, por meio do manejo ambiental** (organização do espaço domiciliar, evitando o acúmulo de água em objetos, que podem virar criadouros do mosquito), e executar essas ações.
Qual o público-alvo?	Seu público será definido por faixa etária, sexo, condição de saúde.	Moradores adultos da área de abrangência da unidade.
Qual o local e o horário em que acontecerá a atividade?	Defina o local, considerando a quantidade de pessoas que irão participar da atividade. Evite palestras com muita informação e pouca atividade após o almoço.	A praça do bairro, das 14h às 15h.
Quais são as informações importantes para levar a esse público?	Levante informações sobre o que você falará, por meio de pesquisa e conversando com a equipe do serviço em que você atua.	As características da dengue, o ciclo de vida do mosquito vetor, as formas de manejo ambiental.
Como a apresentação deve ser elaborada?	Escreva sua palestra. Ela deve ter: introdução, desenvolvimento e conclusão.	Use a linguagem do dia a dia, evite usar termos técnicos em excesso e, se utilizá-los, esclareça-os.
Quais recursos podem ser utilizados na apresentação?	Seja criativo. Avalie que recursos o espaço escolhido comporta.	Você escolheu fazer uma palestra com simulação: você pode usar figuras coladas em uma cartolina para acompanhar sua fala e acrescentar uma atividade “prática”: espalhe pela praça recipientes que podem acumular água (vasos, garrafas, calhas etc.) para serem encontrados e esvaziados pelas pessoas que estão assistindo a sua palestra.
Quais os resultados da minha atividade?	O que as pessoas aprenderam com a sua aula?	As pessoas aprenderam novas formas de cuidar de suas casas para evitar a dengue? Nas visitas dos ACS, eles encontram uma quantidade menor de recipientes que podem abrigar larvas do mosquito?

* Vetor é um animal que transporta um agente causador de doenças (como o vírus da dengue) entre um hospedeiro e outro.

** São técnicas de “organização” do meio ambiente que visam evitar a proliferação de animais que podem ser vetores ou transmissores de doenças, exemplos: esvaziar recipientes que acumulam água para evitar dengue e deixar o lixo em locais fechados para evitar ratos.

Na introdução do tema, o palestrante pode começar apresentando os motivos que determinaram a escolha do assunto e perguntar o que as pessoas sabem sobre ele. Então, a partir do que for falado, iniciar a palestra. Durante o desenvolvimento do tema, o palestrante deve estimular a participação da população, com questionamentos sobre como os ouvintes lidam com as questões relacionadas ao assunto no dia a dia.



lightpoet/Shutterstock.com

Figura 10.4 - O ideal é que em uma palestra apresente argumentos claros e bem fundamentados.

Na conclusão da atividade, deve-se fazer um resumo breve sobre o que foi falado, de preferência com a participação das pessoas, estimulando a reflexão sobre o assunto. O palestrante também deve ficar atento à duração da discussão, pois a atividade deve ter começo, meio e fim. Se o tempo for extrapolado, a tendência do palestrante, principalmente o iniciante, é acelerar a fala, para acabar rápido. Nessa situação, muitas informações importantes são esquecidas e não sobra espaço para uma reflexão conjunta sobre o que foi apresentado.

10.2.2 Os grupos educativos

Os grupos educativos partem do pressuposto de que o conhecimento é construído a partir da troca de experiências entre os membros desse grupo. Por isso toda estrutura de grupo deve garantir o espaço para a troca, não sendo o profissional o foco central das ações, mas sim um facilitador - aquele que ajuda a organizar e a conduzir o grupo, participando com seu conhecimento técnico-científico quando necessário.

No planejamento de um grupo, os questionamentos são os mesmos utilizados para a palestra. As atividades em grupo são realizadas em vários encontros, nos quais temas diferentes sobre o mesmo assunto são discutidos a cada sessão. É fundamental deixar os objetivos do grupo muito claros, bem como o que será realizado a cada encontro, para que o profissional não se “perca” no meio de tantas informações. Os grupos não são uma série de palestras; o profissional pode decidir quais os assuntos relevantes e apresentar informações sobre eles, mas é o grupo que construirá um novo conhecimento sobre como lidar com sua saúde, a partir das informações trocadas nos encontros.



Andresr/Shutterstock.com

Figura 10.5 - O trabalho em equipe possibilita a troca de conhecimento.

Os grupos podem ser abertos ou fechados:

- » Nos abertos, as pessoas podem “entrar e sair” quando quiserem; um grupo pode receber novas pessoas a cada encontro, não havendo uma regra em relação ao número de encontros que cada pessoa deve frequentar.
- » Nos grupos fechados, os encontros são restritos aos participantes iniciais, e novos membros não são aceitos após iniciadas as atividades.

Cada grupo pode ter um número de encontros e intervalos entre eles (periodicidade) pré-definidos pelo profissional, ou os participantes podem ajudar a decidir qual será a dinâmica. O responsável pelo grupo pode programar atividades diferentes e criativas para serem realizadas em cada encontro, sempre lembrando que as atividades devem ter relação com o tema discutido.

A estrutura dos encontros é sempre parecida, havendo uma pequena diferenciação no primeiro e no último encontro:

- » No primeiro encontro, deve-se acordar um contrato de convivência, com o próprio grupo estabelecendo o que pode ou não ser feito: atender celular, trazer crianças (no caso de grupos voltados para adultos), sair para conversar com outras pessoas, não falar todo mundo junto, respeitar e ouvir quando o outro está falando, não ofender membros do grupo, não usar palavras de baixo calão, manter sigilo sobre o que as pessoas falam no grupo, entre outras regras. Cada vez que uma regra for quebrada é papel do profissional responsável pela condução do grupo relembrar quais foram as regras acordadas no início das atividades e a importância de respeitá-las. Novos acordos podem ser feitos no decorrer dos encontros, mas sempre com a participação ativa dos integrantes.
- » Em todos os encontros, deve-se iniciar relembrando o que foi discutido no encontro anterior e, a partir daí, introduzir o tema de discussão do dia, fazendo uma ligação entre eles. Ao final, os participantes devem apresentar as reflexões sobre o encontro do dia e o que aprenderam.
- » No encontro final, o condutor do grupo pode apresentar uma síntese de tudo o que foi discutido no decorrer dos grupos, estimulando os participantes a expressarem o que aprenderam e o que fazem de diferente para manter sua saúde após a participação no grupo.

Trabalhar com grupos pode ser gratificante, mas exige dos profissionais habilidades de comunicação e organização, para que o grupo não se perca no caminho. É muito comum os grupos fechados começarem com um número razoável de participantes e verem esse número diminuir ao longo dos encontros; e os grupos abertos, que começam com um número pequeno de integrantes, podem ficar grandes com o passar dos encontros e depois esvaziarem novamente.

O profissional não pode desanimar diante desses percalços, pois, mesmo com um número pequeno de participantes, um ótimo trabalho de educação pode ser realizado. A avaliação de como o grupo é recebido pelos integrantes deve acontecer o tempo todo, pois, com base nela, o profissional pode ajustar a prática, de forma a responder realmente às necessidades de educação para a saúde da comunidade em que atua.

Vamos recapitular?

Neste capítulo você aprendeu que a educação em saúde é uma ferramenta importante no desenvolvimento das atividades diárias dos profissionais de saúde, que a educação em saúde é um processo que visa aumentar as habilidades das pessoas para cuidar de sua saúde, respeitando os conhecimentos da população e procurando uma integração entre esses conhecimentos e o conhecimento científico. Aprendeu também que as palestras e os grupos educativos são ferramentas utilizadas no processo de educação e que podem ser meio eficientes de ensino-aprendizagem quando usadas corretamente.



Agora é com você!

- 1) Discuta com sua turma um tema de saúde que seja de interesse de todos. Definam um assunto e elaborem uma palestra em grupo, levando em consideração os passos indicados nesse texto. Apresentem a palestra para o professor e o restante da turma.
- 2) Procure a UBS mais próxima de sua casa e veja qual o calendário de palestras oferecidas. Participe de uma de seu interesse. É possível perceber se houve ou não um planejamento dessa atividade? Quais foram os pontos positivos da apresentação? E os negativos? As pessoas que assistiam se envolveram com a apresentação? O que você aprendeu com essa palestra? O que você faria diferente?
- 3) Em uma UBS, o cirurgião-dentista e o técnico em saúde bucal fizeram um levantamento dos atendimentos realizados e identificaram que as crianças em idade escolar (entre 6 e 12 anos de idade) estão com muitas cáries. Para melhorar essa situação, resolveram fazer um grupo educativo sobre escovação correta dos dentes. Eles optaram por um grupo com três encontros, e, em cada um, seria discutido um aspecto da higiene bucal, dentro da UBS, com a participação dos pais. As crianças seriam inscritas no grupo, não sendo permitidas novas inclusões durante o percurso da atividade. Em relação a esse grupo, podemos afirmar que:
 - a) Ele não responde às necessidades de educação da população, pois as crianças não foram questionadas se queriam ou não aprender sobre higiene bucal.
 - b) É um grupo fechado, que responde às necessidades de educação, pois a decisão foi tomada a partir do levantamento de dados realizado pela equipe.
 - c) As crianças não podem participar ativamente do grupo, pois ele foi planejado somente pela equipe de odontologia.
 - d) O grupo é aberto, pois os pais poderão participar das atividades, apesar de não terem opinado sobre o conteúdo a ser abordado nos grupos.

- 4) Escolha um tema de saúde e faça o planejamento de um grupo educativo seguindo o roteiro: tema principal, objetivo do grupo, público-alvo, local e horário, número de participantes, se será aberto ou fechado, quantidade de encontros e subtemas de cada encontro.
- 5) A educação popular em saúde é uma proposta emancipadora do ser humano, que pretende fomentar a autonomia das pessoas para cuidarem de si e dos seus. Para você, quais são as diferenças dessa proposta para as formas de educação tradicionais, praticadas em muitas escolas e serviços de saúde?

Bibliografia

ACURCIO, F. de A. Evolução das políticas de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Multiplica SUS - curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

(Série D. Reuniões e Conferências.)

AGUIAR, Z.; RIBEIRO, M. C. S. (Org.). **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**.

2. ed. rev. amp. São Paulo: Martinari, 2006.

ANDRADE et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Organização Panamericana de Saúde. **Fatores de risco**. 2013. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/2013/04/03/fatores-de-risco/>>.

Acesso em: 27 dez. 2013.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.

In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade história. In:

O território e o processo saúde-doença. Educação Profissional e docência em saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=13&arquivo=ver_conteudo_2>.

Acesso em: 8 dez. 2013.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-98, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde. **Para entender a gestão do SUS**, 6, I. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores.)

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003**. Aprova as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso322.doc>. Acessado em: 10 março 2014.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.

Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Política brasileira de enfrentamento da aids resultados, avanços e perspectivas**. 2012a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/53077/em_portugu_s_93155.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2013.

_____. **Hepatites virais no Brasil**. [folder] 2012b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/51820/dadoshepatites_2012_pdf_25807.pdf>.

Acesso em: 02 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 448 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrução Normativa nº 1, de 7 de março de 2005**. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0001_07_03_2005_rep.html>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 140p. Série Manuais nº 68. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2013.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 1 dez. 2013.

_____. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Política brasileira de enfrentamento da Aids resultados, avanços e perspectivas**. 2012c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/53077/em_portugu_s_93155.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2013.

_____. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Hepatites virais no Brasil**. 2012d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/51820/dadoshepatites_2012_pdf_25807.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2013.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Capacitação de pessoal em sala de vacinação - manual do treinando**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/salavac_treinando_completo.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de normas de vacinação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_normas_vac.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 18 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIILcns.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. **Manual do facilitador de grupos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

_____. Portal Brasil. **Cobertura da vacina HPV será ampliada em 2014**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/09/cobertura-da-vacina-hpv-sera-ampliada-a-partir-de-2014>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2013.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde.)

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série Manuais nº 68.) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf>. Acesso em: 1º jan. 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf>. Acesso em: 30 out. 2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Senado Federal. Obesidade cresce rapidamente no Brasil e no mundo. **Jornal do Senado**. 2013. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/jornal/edicoes/2013/03/12/obesidade-cresce-rapidamente-no-brasil-e-no-mundo>>. Acesso em: 1º dez. 2013.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 24, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2013.

DE SETA, M. H. et al. Vigilâncias do campo da saúde: conceitos fundamentais e processos de trabalho. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/Fiocruz, 2011.

DE SETA, M. H.; REIS, L. G. C. Construção, estruturação e gestão das vigilâncias do campo da saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/Fiocruz, 2011.

ICB. Instituto de Ciências Biológicas. Universidade de São Paulo. **MOL microscopia online**: seu guia interativo de histologia. Disponível em: <<http://www.icb.usp.br/mol/0indexedemodulos.html>>. Acesso em: 1º jan. 2014.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **Tabagismo no mundo**. 2013. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia>. Acesso em: 15 dez. 2013.

IVAMOTO, H. S. História da Santa Casa. **Acta Medica Misericordia**. v. 1, n. 1, p. 7-10, 1998. Disponível em: <http://www.scms.org.br/noticia.asp?codigo=42&COD_MENU=24>. Acesso em: 10 dez. 2013.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 11, n. 1, p. 181-7, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

MENDES, E. **Falar em público**: prazer ou ameaça? Pequenos grandes segredos para o sucesso nas comunicações formais e informais. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro-política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: **Educação profissional e docência em saúde**. São Paulo: Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=22&arquivo=ver_conteudo_2>. Acesso em: 1º dez. 2013.

OMS. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa**. 1986. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

PELLEGRINI FILHO, A. Determinantes sociais da saúde e determinantes sociais das iniquidades em saúde: a mesma coisa? In: **Determinantes sociais da saúde**. Portal e observatório sobre iniquidades em saúde. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/determinantes-sociais-da-saude-e-determinantes-sociais-das-iniquidades-em-saude-a-mesma-coisa/>>. Acesso em: 8 dez. 2013.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Taxa de prevalência de hanseníase - D.9**. 2011. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?lang=pt&node=D.9>>. Acesso em: 1º dez. 2013.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Recomendações técnicas no manuseio e conservação de imunobiológicos**. [s.d.]. Disponível em: <<http://intranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/vigilancia-em-saude/manuais-arquivos/Documento%20tecnico%20-%20Rede%20de%20Frio.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Quadro de vacinas atualizado**. Documento técnico, 2013.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. 2. ed. São Paulo: SENAC, 2005.

STOTZ, E. N. **Enfoque sobre educação e saúde**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_4p/educacao_e_sade/enfoque_educacao_sade.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2013.

UJVARI, S. C. **A história e suas epidemias** - a convivência do homem com os microrganismos. São Paulo: Senac, 2003.

WALDMAN, E. A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Vídeos

Carlota Joaquina, princesa do Brasil. Direção: Carla Camurati. Brasil: Warner Bros. Pictures, 1995, 100 min.

Césio 137: o pesadelo de Goiânia. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=-PUJd5qsU0g>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

História da saúde pública no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde. Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. Brasil: Tapiri Cinematográfica, 2006, 108 min. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=SP8FJc7YTao>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

Pactos pela Saúde. Ministério da Saúde. 2006, 16 min. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=ed2xHV-2hnM>>. Acesso em: 15 dez. de 2013.

Sonhos Tropicais. Direção: André Sturm. Brasil, 2001, 120 min.

Sites recomendados

<http://www.canal.fiocruz.br/>

Canal Saúde – construindo cidadania. Fundação Oswaldo Cruz. Esse canal possui uma série de programas que falam sobre temas de Saúde Pública: promoção da saúde, políticas públicas, prevenção de doenças, entre outros. (fonte de texto)

<http://www.sbim.org.br/>

Sociedade Brasileira de Imunização (SBIM). Apresenta informações e atualizações sobre imunização, com artigos científicos, textos de opinião e vídeos.

http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php

Departamento de Atenção Básica (DAB). Faz parte do Portal da Saúde, do Ministério da Saúde. Nesse link, tem-se acesso aos Cadernos de Atenção Básica, uma série de livros desenvolvidos pelo MS, com enfoque na promoção da saúde e na prevenção de doenças, com o objetivo de oferecer suporte técnico às equipes de Atenção Básica.

<http://189.28.128.178/sage/>

Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Site do Ministério da Saúde que traz informações sobre o SUS: número de equipes de Saúde da Família, profissionais que atuam no sistema, recursos financeiros, entre outras.

<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>

Biblioteca Virtual em Saúde. Site que traz artigos científicos, definições sobre saúde pública, vídeos e material produzido como apoio para os gestores e trabalhadores do SUS. Trata de temas como economia da saúde, enfermagem, atenção à saúde e outros mais.

