

Curriculum do Curso de Técnicos de Medicina Geral

1º. Semestre Disciplina de Deontologia I Disciplina de Saúde da Comunidade



Ministério da Saúde de
Moçambique

2012

Introdução

Com o presente currículo pretende-se formar técnicos de nível médio, da carreira profissional de medicina, designados por Técnicos de Medicina Geral (TMG).

O TMG é um profissional de saúde com formação relevante na área clínica com afectação a nível primário e secundário.

As actividades principais do TMG consistem na prestação de cuidados de saúde a pacientes em ambulatório e em regime de internamento. Essas actividades são desempenhadas de forma integrada, em unidades sanitárias onde operam outros profissionais de nível básico, médio e superior em particular Enfermeiras de Saúde Materno Infantil (ESMI), Enfermeiros gerais, Agentes de Medicina Geral, Agentes e Técnicos de Laboratório e de Farmácia, Agentes e Técnicos de Medicina Preventiva e de Saneamento do Meio e Médicos.

O TMG, segundo as necessidades e disponibilidade em recursos humanos, assume o mais elevado cargo de gestão e administração da unidade sanitária, sendo por isso indispensável que ele possua não apenas competências sólidas na área clínica e preventiva, mas também competências de gestão e administração de uma unidade sanitária no seu todo. Existem unidades sanitárias onde o TMG é o clínico mais diferenciado e é ao mesmo tempo o gestor da unidade sanitária.

Onde existe pessoal mais diferenciado, como é o caso do médico, o TMG é tutorado e supervisionado na sua actividade clínica por este.

O presente pacote de ensino destina-se a fornecer o conteúdo necessário para que o futuro TMG possa adquirir as competências básicas para prestar cuidados de saúde primários e secundários de qualidade ao paciente.

Breve Descrição do Projecto

O Programa de Formação inicial de TMG é fruto da colaboração do I-TECH (International Training and Education Center for Health) que é parte do Departamento de Saúde Global da Universidade de Washington, filiada com a Universidade da Califórnia em São Francisco, com o MISAU (Ministério de Saúde de Moçambique), para melhorar as capacidades clínicas dos TMG no diagnóstico e tratamento das principais doenças, incluindo as relacionadas ao HIV/SIDA, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde da população moçambicana.

A formação inicial dos TMG com recurso ao currículo revisto, baseado em competências, consiste em 5 semestres de formação clínica, compostos por 36 disciplinas, leccionadas de forma linear e modular, com actividades na sala de aulas, laboratório humanístico e multidisciplinar e estágio clínico. Para garantir a implementação do currículo revisto de forma eficaz, são realizadas capacitações dos docentes para a introdução de cada semestre do currículo (em metodologias de ensino e de avaliação dos alunos, bem como explicação exhaustiva sobre a composição do material) e capacitação de docentes, tutores e supervisores do curso, na organização e seguimento dos alunos nos estágios. Estas capacitações são complementadas com visitas de monitoria e apoio técnico e pedagógico aos docentes e gestores das instituições de formação implementadoras.

Sobre o I-TECH Mozambique

O I-TECH iniciou as suas actividades em Moçambique em Dezembro de 2005, a convite do Programa Global de Combate à SIDA dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC-GAP). Após uma avaliação preliminar e uma série de visitas de assistência técnica, o I-TECH abriu um escritório em Fevereiro de 2007, que começou como uma pequena organização mas que tem vindo a expandir-se ao longo do tempo. O objectivo do I-TECH Moçambique é prestar assistência ao Ministério da Saúde (MISAU) na capacitação dos profissionais de saúde a fim de enfrentar a escassez de profissionais capazes de fazer o diagnóstico e tratamento adequado às pessoas infectadas pelo HIV. Este esforço visa promover a formação e a tutoria dos profissionais de saúde, especialmente os TMG para que possam fornecer cuidados e tratamento de HIV/SIDA de qualidade.

Agradecimentos

Este currículo enquadra-se no plano do Ministério da Saúde, de revisão do currículo de formação inicial de 30 meses destinado aos Técnicos de Medicina Geral (TMG), para o currículo baseado em competências, com o intuito de transmitir a estes profissionais, conhecimentos, competências e prática necessárias para fornecer cuidados de saúde de qualidade em conformidade com o perfil profissional para o TMG estabelecido pelo MISAU.

Este material é produto de uma extensa colaboração entre diversas instituições que operam na área de saúde em Moçambique e por isso gostaríamos de manifestar o nosso mais profundo agradecimento às instituições que de uma ou de outra forma desempenharam um papel na elaboração e edição do mesmo, destacando a Direcção Nacional de Assistência Médica do Ministério da Saúde, aos directores, docentes, supervisores e tutores de estágio das IdFs.

Este material de ensino foi desenvolvido, com o financiamento do Acordo de Cooperação U91H06801 do Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos EUA, a Administração dos Recursos e Serviços de Saúde (HRSA), no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR). Foi desenvolvido em colaboração com o Ministério da Saúde de Moçambique e com o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças dos EUA (CDC).

O Ministério da Saúde agradece o apoio técnico e financeiro oferecido pelas entidades supracitadas



Índice

Introdução	2
Breve Descrição do Projecto	2
Sobre o I-TECH Mozambique	2
Agradecimentos	3
Plano Analítico	3
Ética, Bioética e Deontologia.....	8
Introdução	16
Princípios da ética médica.....	25
Princípios da ética Médica e Evolução	31
Relações interpessoais	43
Modelos de relacionamento com o paciente	54
Órgãos de Comunicação.....	63
Discriminação, Confiança e Equidade	73
Estigmatização pelo HIV/SIDA	84
Direitos e Deveres dos Técnicos	93
Direitos e deveres dos pacientes.....	99
Plano Analítico	111
Conceitos Iniciais de Prevenção e Saúde Pública.....	116
Principais Problemas de Saúde em Moçambique	125
Programas/Intervenções em Saúde Pública do Sistema Nacional de Saúde	138
Conceitos Gerais de Epidemiologia e Estatística	150
Conceitos Gerais de Epidemiologia e Estatística, Medidas de Tendência Central e Frequência de Doença.....	157
Medidas de Tendência Central, Frequência de Doença e Demografia.....	167
Demografia e Introdução a Vigilância Epidemiológica	175
Introdução à Vigilância Epidemiológica (cont.) e Vigilância Epidemiológica no País e o Sistema de Informação de Saúde (SIS)	183
Vigilância Epidemiológica no País e Sistema de Informação de Saúde (SIS)	190
Medidas de Tendência Central e Frequência de Doença	196
Práticas de Elaboração de Estatísticas	202
Fichas de Notificação de Doenças	209
Detecção e Gestão de Surtos no Distrito: 1ª Parte	243
Detecção e Gestão de Surtos no Distrito: 2ª Parte	257
Detecção e Gestão de Surtos no Distrito: 3ª Parte	268
Introdução ao Programa Alargado de Vacinações	280
Execução das Acções de Vacinação.....	290
Gestão do PAV	299
Campanhas de Vacinação	309

Mobilização Comunitária para Campanhas de Vacinação.....	317
Vacinações Fora do Quadro Normal	322
Monitoria e Avaliação do PAV	327
Higiene Ambiental e Saneamento do Meio.....	338
Higiene Ambiental e Saneamento do Meio.....	349
Programa de Controlo de Malária.....	358
Programa de Tuberculose e Lepra	365

Disciplina de Deontologia e Ética Profissional I

Plano Analítico

NOME DA DISCIPLINA: **Deontologia e Ética Profissional I**

DURAÇÃO DA DISCIPLINA: **12 semanas**

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA: **2h**

NÚMERO TOTAL DE HORAS: **24 (incluindo 2h para avaliação)**

NOME E CONTACTO DO COORDENADOR DA DISCIPLINA:

NOMES E CONTACTOS DOS DOCENTES DA DISCIPLINA:

COMPETÊNCIAS A SEREM ADQUIRIDAS ATÉ AO FINAL DA DISCIPLINA:

O Técnico de Medicina será capaz de realizar as seguintes tarefas:

1. Demonstrar uma atitude positiva no diálogo com os seus colegas, outros profissionais de saúde, pacientes e familiares, tendo em conta os conceitos fundamentais da Ética, Bioética e Deontologia.
2. Reconhecer a evolução histórica da ética, nomeadamente a relacionada com a Medicina.
3. Desempenhar as suas funções com alto profissionalismo e competência, comportando-se de acordo com as Leis e Normas em vigor na República de Moçambique, para o exercício do acto médico.
4. Exercer a sua prática profissional de forma a ter em conta os princípios da bioética.
5. Ter um relacionamento com o paciente, utilizando o modelo de participação mútua (dialogante), no qual a afinidade é igualitária e compartilhada com este.
6. Discutir, quando necessário, com os seus pacientes e familiares, nomeadamente assuntos clínicos e tratamentos, na base de uma relação de confiança e equidade, sem qualquer forma de discriminação quanto à idade, ao sexo, à condição social, às características raciais, políticas ou ideológicas, crenças religiosas, ao tipo de doença ou motivo de consulta.

7. Combater a estigmatização ou a discriminação por parte dos profissionais de saúde em relação às pessoas infectadas ou afectadas de alguma maneira pelo HIV/SIDA e outras condições (albinos, deficientes físicos e mentais, entre outras).
8. Zelar pelos deveres dos pacientes.
9. Respeitar os direitos dos pacientes.

DESCRIÇÃO DA DISCIPLINA:

Esta disciplina de Deontologia e Ética Profissional é a parte integrante do currículo cuja preocupação é colaborar com a formação do conhecimento dos alunos sobre o conceito de Medicina, a complexidade da relação médico-paciente-família, o segredo médico como condição sine qua non para o exercício profissional da Medicina, entre tantos outros.

A deontologia designa portanto, o conjunto de regras e princípios que ordenam a conduta profissional do homem ou cidadão; é a ciência que trata dos deveres a que são submetidos os integrantes de uma profissão. Com frequência, ela é utilizada para designar ética profissional ou a moral do exercício de uma profissão. Assim, a deontologia é uma ética profissional das obrigações práticas, baseada na “livre” acção da pessoa e no seu *carácter moral*.

Data / Hora	Número da aula	Tópicos e Conteúdo	Duração da Aula	Tipo da aula
	1	Ética, Bioética e Deontologia: - Introdução	2h	Teórica
	2	Ética, Bioética e Deontologia: - Diferença entre ética, moral, direito e bioética - Atitudes positivas a ter em conta no diálogo	2h	Teórica
	3	Ética, Bioética e Deontologia: - Princípios da Bioética	2h	Teórica
	4	Evolução Histórica da Ética na Medicina: - Evolucao histórica dos códigos deontológicos que regem a ética	2h	Teórica
	5	Comunicação: - Relações interpessoais	2h	Teórica
		Avaliação	1h	Teórica
	6	Comunicação: - Modelos de relacionamento com o paciente	2h	Teórica

	7	Comunicação: - Órgãos de comunicação	2h	Teórica
	8	Relação dos Técnicos de Medicina com Pacientes e Familiares: - Discriminação, Confiança e Equidade	2h	Teórica
	9	Relação dos Técnicos de Medicina com Pacientes e Familiares: - Estigmatização	2h	Teórica
	10	Reconhecimento e Cumprimento dos Direitos e Deveres dos Técnicos de Medicina: - Direitos e Deveres dos Técnicos	2h	Teórica
	11	Zelo Pelos Direitos e Deveres dos Pacientes no Âmbito da Saúde: - Direitos e Deveres dos Pacientes	2h	Teórica
		Avaliação	1h	Teórica
		Total	24 h	

BIBLIOGRAFIA:

A. Texto principal da disciplina

1. Carvalho Fortes. P. A. (1998), *Ética e Saúde, Editora Pedagógica e Universitária Ltda, São Paulo, Brazil*
2. Cruz, S. *Jus Deregatum (directum)*, Coimbra, 1971, *apud* Ferraz Jr., Tercio Sampaio, "Introdução ao Estudo do Direito", Atlas, 1988.
3. David, R.. (1993) *Os Grandes Sistemas do Direito Contemporâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 2a. ed.,.
4. [Diniz](#), D. (2002) *O que é bioética*. Brasiliense, São Paulo, 69pp
5. Glenn, H. P. (2000). *Legal Traditions of the World*. Oxford University Press. [ISBN 0198765754](#).
6. Gayatto. M. (2004). *Relação médico-paciente*. ABC da Saúde Informações Médica Ltda, Cppyright. Brazil
7. Landmann, J. (1985) *Ética Médica sem Máscaras*. Ed. Guanabara, p. 26-27.
8. Lima, H. (1986). *Introdução à Ciência do Direito*, Freitas Bastos, 28. ed.
9. Martins, C. (1979) *Introdução a Perspectivas da relação médico-paciente*. Porto Alegre- Centro de Estudos de Literatura e Psicanálise. Editora Artes Médicas
10. Mondin, J. B. (1983) *Introdução à Filosofia*. Ed. Paulinas, S. Paulo, p. 91-95.
Motta, S. N. (1984) *Ética e vida Profissional*. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural.
11. Tavares, C. J. (1986) *Fundamentos teóricos para uma deontologia profissional*, Trabalho publicado na revista Filosofia em Revista 86.6 - Apresentado no Seminário sobre ética profissional promovida pelo Conselho Regional de Assistentes Sociais (CRAS) - 1a Região MA/PI).
12. Teixeira, J. (1996). *Comunicação em Saúde.Relção Técnico de Saúde-Utentes*. Brazil
13. Vasquezm, A. S. (1978) *Ética, Civilização Brasileira*, p. 68-69. São Paulo.
14. Vio, F. *Manual de Medicamentos Essenciais*. MISAU, Maputo 1995
15. Yeo, M., e Moorhouse, A. (1996) *Concepts and cases in Nursing Ethics*. Broadview Press; 2 edition.

B. Livros de Referência para a disciplina

- Amnistia Internacional. Código de ética e declaração relacionada à profissão de saúde (Ethical codes and declaration relevant to the health professions). London: 2000.
- Cunha, Djason B. Biodireito: O novo direito face à bioética. Revista da Esmape, 2001; 6 (13).
- Esperança Pina, JA. A responsabilidade dos médicos. Lisbon: LIDEL, EdiçõesTécnicas, Lda; 1998.
- Filho, C de B. Ética na comunicação - da informação ao receptor. São Paulo: Editora Moderna; 1995.
- Gallian, Dante Marcello. A (re) humanização da medicina. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Brasil; 2000.

- Goldim, José Roberto. Ética moral e direito. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; 2000.
- Kosovski, Ester. Ética na comunicação. Rio de Janeiro: MAUAD; 1995.
- Kottow, Miguel H. Introducción a la bioética. Chile: Editorial Universitaria, Santiago de Chile; 1995.
- Littlejohn, S.M. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
- Lopez, Mário. Fundamentos da clínica médica, a relação paciente – médico. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Lda; 1997.
- Pitta, AM. Saúde e comunicação: visibilidade e silêncios. São Paulo: Hucitec Abrasco; 1995
- Serrão, Daniel, Nunes, Rui. Ética em cuidados de saúde. Porto (Portugal): Porto Editora; 1998.
- Schwalbach, João. A ética e a deontologia médica. Associação Médica de Moçambique, 2001; 1(1).

C. Leituras para o docente aprofundar no tópico

D. Leituras adicionais para o aluno (se necessário)

Disciplina	Ética	Nº da Aula	1
Tópico	Ética, Bioética e Deontologia	Tipo	Teórica
Conteúdos	Introdução	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem conhecer:

1. Descrever e analisar os conceitos da ética médica, bioética e deontologia

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à disciplina		
2	Introdução à aula		
3	Ética médica e Bioética		
4	Deontologia		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – (incluir data a ser entregue)

Bibliografia

Cruz, S. *Jus Deregum (directum)*, Coimbra, 1971, *apud* Ferraz Jr., Tercio Sampaio, "Introdução ao Estudo do Direito", Atlas, 1988.

David, R.. (1993) *Os Grandes Sistemas do Direito Contemporâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 2a. ed.,.

[Diniz](#), D. (2002) *O que é bioética*. Brasiliense, São Paulo, 69pp

Glenn, H. P. (2000). *Legal Traditions of the World*. Oxford University Press. [ISBN 0198765754](#).

Landmann, J. (1985) *Ética Médica sem Máscaras*. Ed. Guanabara, p. 26-27.

Lima, H. (1986). *Introdução à Ciência do Direito*, Freitas Bastos, 28. ed.

Mondin, J. B. (1983) *Introdução à Filosofia*. Ed. Paulinas, S. Paulo, p. 91-95.

Motta, S. N. (1984) *Ética e vida Profissional*. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural.

Tavares, C. J. (1986) *Fundamentos teóricos para uma deontologia profissional*, Trabalho publicado na revista Filosofia em Revista 86.6 - Apresentado no Seminário sobre ética profissional promovida pelo Conselho Regional de Assistentes Sociais (CRAS) - 1a Região MA/PI).

Vasquezm, A. S. (1978) *Ética, Civilização Brasileira*, p. 68-69. São Paulo.

Vio, F. Manual de Medicamentos Essenciais. MISAU, Maputo 1995

Yeo, M., e Moorhouse, A. (1996) *Concepts and cases in Nursing Ethics*. Broadview Press; 2 edition.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À DISCIPLINA

- 1.1 Apresentação do docente(s)
- 1.2 Apresentação dos alunos
- 1.3 Introdução à disciplina, incluindo a importância para os Técnicos de Medicina
- 1.4 Apresentação do plano temático e analítico: tópicos, conteúdos e laboratórios
- 1.5 Apresentação da estrutura da disciplina com o correspondente cronograma e inter-relações com estágios e outras disciplinas teóricas.
- 1.6 Explicar o que se espera dos alunos para esta disciplina e os métodos de avaliação

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À AULA

- 2.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 2.2 Apresentação da estrutura da aula
- 2.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 3: ÉTICA MÉDICA E BIOÉTICA

1.1. Breve Introdução à Disciplina

A Ética e a Deontologia profissional fazem parte do dia-a-dia da vida de um profissional, contribuindo para uma postura integral e para um bom exercício da profissão.

Ética e deontologia dizem respeito a questões que tem a ver com valores e atitudes apropriadas nas relações interpessoais.

As relações entre as pessoas não são lineares, são complexas. Os princípios morais que as regulam, deveriam permitir que todos os indivíduos, numa determinada comunidade, organização, autarquia ou país pudessem viver em harmonia.

Ao nível das profissões, incluindo as profissões médicas, também existem normas, baseadas em princípios morais. Esses princípios devem ser conhecidos, seguidos e respeitados pelas pessoas que abraçam essas profissões, para que essas pessoas possam evitar o que é considerado mau na profissão, isto é, o que desvaloriza a dignidade da profissão e fazer o bem, primando pela moralidade e honestidade, dignificando-se como profissionais do ramo e, conseqüentemente, dignificando a profissão.

1.2. Ética Médica

Ética médica é a disciplina que avalia os méritos, riscos e preocupações sociais das actividades no campo da medicina, levando em consideração a moral vigente em determinado tempo e local.

1.2.1. Princípios da ética médica

No período histórico actual, seis princípios são geralmente considerados fundamentais na ética médica:

- **Autonomia** (direito do doente a decidir sobre si), o que significa, para o profissional de saúde, respeitar o juízo do doente em relação às decisões sobre a sua saúde (mesmo se o profissional de saúde não concordar com a decisão do paciente)
- **Beneficência**, significa que o profissional de saúde, deve fazer sempre o seu melhor para a saúde do doente.

- **Não maleficência**, significa evitar provocar danos ao doente, mesmo se as intenções forem boas, por exemplo através dos efeitos indesejados dos medicamentos usados.
- **Justiça** (equidade), implica procurar que todos os indivíduos tenham o mesmo acesso aos cuidados de saúde, de acordo com as necessidades para as condições de saúde que apresentam. O que significa que indivíduos mais vulneráveis devem ter um acesso privilegiado.
- **Dignidade**, significa que o profissional de saúde, deve tratar os doentes com respeito e evitar práticas que possam ser percebidas como humilhantes.
- **Veracidade** (honestidade), significa que o profissional de saúde deve ser sincero com os doentes, ao explicá-los sobre a doença que têm bem como sobre o tratamento necessário.

Todos estes pontos que se referem a ética médica serão descritos adiante (aula 3) em pormenor e com exemplos de como podem ser aplicados na prática.

3.3. Bioética

A bioética é o estudo transdisciplinar entre biologia, medicina, filosofia (ética) e direito que investiga as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana, animal e ambiental. Considera portanto, questões éticas decorrentes de tecnologias biomédicas, para as quais *não existe consenso moral*, como a fertilização «in vitro», o aborto, a clonagem, a eutanásia, os transgênicos e as pesquisas com células tronco, bem como a responsabilidade moral de cientistas em suas pesquisas e suas aplicações.

O termo "Bioética" surgiu na década de 1970 e tinha por objectivo deslocar a discussão acerca dos novos problemas impostos pelo desenvolvimento tecnológico, de uma perspectiva puramente tecnicista para uma mais pautada pelo humanismo, superando o antagonismo entre os factos explicáveis pela ciência e os valores que podem ser estudados com a ética. A biossegurança, a biotecnologia e a intervenção genética em seres humanos, além das velhas controvérsias morais como aborto e eutanásia, precisavam de novas abordagens e respostas da parte da ciência médica.

Com a bioética, formulou-se a ideia de que a ciência não é mais importante que o homem. O progresso técnico deve ser controlado para acompanhar a consciência da humanidade sobre os efeitos que eles podem ter no mundo e na sociedade, de forma a que as novas descobertas e suas aplicações não fiquem sujeitas a todo tipo de interesse.

Em Outubro de 2005, a Conferência Geral da UNESCO adoptou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que consolida os princípios fundamentais da bioética e visa definir e promover um quadro ético de normas comuns que possa ser utilizado para a formulação e implementação de legislações nacionais.

3.3.1 Temas da bioética

Os temas da bioética são numerosos e complexos, e frequentemente envolvem fortes reflexões reproduzidas na opinião pública pelos meios de comunicação de massa. Alguns dos temas mais debatidos são os seguintes:

- **Os procedimentos das pesquisas científicas:** a introdução de novos medicamentos, vacinas, testes clínicos, a mudança de protocolos terapêuticos, ou das políticas e estratégias de saúde precisam de estudos que permitem verificar se os meios e os procedimentos que se pretendem

adoptar são realmente mais eficazes do que os que são utilizados até então. Tais pesquisas são finalizadas normalmente através do uso de seres humanos.

Por exemplo, um estudo cujo objectivo é introduzir um novo fármaco para uma determinada patologia. Os pesquisadores normalmente recolhem uma população que apresenta a doença em questão e a dividem em dois grupos, recebendo o primeiro a medicação padronizada de acordo com as normas terapêuticas existentes e o segundo grupo o novo medicamento. Em qualquer país, um estudo deste tipo é aprovado por um Comité de Bioética para que os doentes envolvidos não sofram consequências negativas. Para tal, será necessário ter garantias básicas sobre a segurança terapêutica assim como dados que suportam a hipótese de que o novo medicamento trará melhores resultados. Será necessário obter o consentimento informado por parte dos participantes no estudo, e precauções deverão ser tomadas em relação ao seguimento dos efeitos indesejáveis do medicamento que está a ser introduzido.

No caso de Moçambique, existe um Comité Nacional de Bioética para a Saúde sediado no Ministério da Saúde que tem a função de aprovar os protocolos de investigação submetidos pelos investigadores, pedindo, sempre que for necessário, rectificações e mudanças para salvaguardar os interesses dos doentes.

- **Aborto:** O aborto provocado é aquele em que há intenção de interromper a gravidez. O aborto natural ou espontâneo é a eliminação do embrião ou do feto sem intervenção externa, normalmente devida a defeitos do produto da concepção incompatíveis com a vida extra-uterina.
- **Eutanásia:** A eutanásia é a prática pela qual se abrevia a vida de um enfermo incurável de maneira controlada e assistida. Na prática, abrevia-se a vida para acabar com os sofrimentos intoleráveis de um doente que já não tem esperanças de sobreviver à doença.
- **Clonagem:** clonagem é a produção de indivíduos geneticamente iguais, a partir de material genético derivado de células adultas do corpo (somáticas). É um processo de reprodução assexuada que resulta na obtenção de cópias geneticamente idênticas de um mesmo ser vivo – microrganismo, vegetal ou animal. Através da clonagem obteremos indivíduos idênticos ao organismo do qual foi extraído o material genético. Com as técnicas disponíveis actualmente já foram clonados mamíferos e é possível “clonar” também o Homem, contudo esta prática não é realizada devido às várias controvérsias nos campos da ética, moral, religião e ciência. O primeiro mamífero clonado foi a ovelha Dolly (1996 -2003). Dolly foi clonada a partir das células da glândula mamária de uma ovelha adulta.
- **Organismos Transgênicos:** Um transgénico (Organismo Modificado Geneticamente, OMG) é um organismo vivo no qual se manipulou o material genético. As técnicas de engenharia genética consistem em isolar segmentos de ADN (o material genético) de um ser vivo (vírus, bactéria, vegetal, animal e inclusive humano) para introduzi-los no material hereditário do outro. Por exemplo, o milho transgénico leva genes de bactérias que permitem produzir uma substância insecticida.
- **Uso de células tronco para terapia:** As células-tronco, são células que possuem a melhor capacidade de se dividir dando origem a células semelhantes às progenitoras. Têm a capacidade de se transformar, em outros tecidos do corpo, como ossos, nervos, músculos e sangue. Devido a essa característica, as células-tronco são importantes, principalmente na aplicação terapêutica, sendo potencialmente úteis em terapias de combate a doenças cardiovasculares, neurodegenerativas, diabetes, acidentes vasculares cerebrais, doenças hematológicas, entre outras. Podem ser colhidas do cordão umbilical e da medula óssea, mas a

polémica surge pelo facto de uma das formas de colheita destas, ser através de embriões e fetos resultantes de abortos, ou seja para obter a célula e tratar alguém, seria necessário destruir uma vida em formação.

Em todos os casos acima citados, têm havido até hoje debates, pois apesar dos avanços científicos, mantêm-se as controvérsias e a falta de consenso nas esferas médico-científica, religiosa, moral e ética. Abaixo algumas das questões discutidas para reflexão conjunta:

- Aborto:
 - Respeito pela vida humana (só Deus pode tirar a vida a quem a deu)
 - Necessidade médica de fazer um aborto para salvar a vida da mãe
 - Será que é justo fazer um aborto porque o feto não é perfeito, se foi Deus quem o fez assim?
 - Será que os progenitores podem optar por aborto (eliminar uma vida) por questões sócio-económicas?
- Eutanásia
 - Respeito pela vida humana (só Deus pode tirar a vida a quem a deu, só Deus pode determinar o momento da nossa morte)
 - Respeito pela autonomia do doente com relação à sua vida (caso este prefira deixar de viver para parar de sofrer)
- Clonagem
 - Será que o ser humano tem o direito de criar artificialmente outro ser humano?
 - Será que é moral e ético escolher as características dos filhos antes de serem gerados?
- Transgênicos
 - Será que o ser humano tem o direito de mudar outro ser humano?
- Células tronco
 - Será que é ético destruir uma vida em formação para tratar pessoas?
 - O facto de se colherem células de fetos e embriões de abortos, não induziria as pessoas a engravidarem para posteriormente fazer o aborto e obter células tronco para tratamento?

3.4 Relação entre Ética Médica e Bioética

Bioética e Ética Médica estão intimamente relacionadas, sendo que a última, é muitas vezes descrita, como um campo ou o ramo da primeira. No entanto, a distinção entre ambas deve ser clarificada. Bioética é mais ampla, e tem vindo a desenvolver-se rapidamente, devido aos avanços na tecnologia biomédica, e nesse desenvolvimento, tem vindo a influenciar a Ética Médica. Bioética está mais relacionada com questões éticas e conceitos em torno das tecnologias biomédicas, como a clonagem, terapia com células-tronco, e do uso de animais em pesquisa, enquanto que Ética médica é mais específica e enfoca no tratamento médico de seres humanos em particular, bem como em todos aspectos implicados no seu relacionamento.

BLOCO 4: DEONTOLOGIA

4.1. Introdução a deontologia

Deontologia vem do grego "déon" que significa

- O que é obrigatório
- O que é justo
- O que é adequado

Jeremias Bentham inventou o termo deontologia, em 1834, como ciência de normas ou princípios para alcançar certos fins.

Actualmente, a **Deontologia** é considerada uma disciplina normativa e descritiva que tem como finalidade a determinação dos deveres que devem ser cumpridos em determinadas circunstâncias sociais, e de modo especial dentro de uma determinada profissão (neste caso medicina).

4.2. Deontologia profissional

A deontologia profissional refere-se ao conjunto de princípios e regras de conduta — os deveres inerentes a uma determinada profissão. Assim, cada profissional está sujeito a uma deontologia própria a regular o exercício de sua profissão, conforme o *Código de Ética* de sua categoria. Neste caso, é o conjunto codificado das obrigações impostas aos profissionais de uma determinada área, no exercício de sua profissão. São normas estabelecidas pelos próprios profissionais, tendo em vista garantir não só a qualidade moral, mas também a correção de suas intenções e acções, em relação à direitos, deveres ou princípios, nas relações entre a profissão e a sociedade. O primeiro Código de Deontologia foi feito na área médica, nos Estados Unidos, em meados do século passado.

No que concerne à **conduta profissional geral**, uma boa Deontologia profissional deve ter o seguinte esquema básico de conduta profissional:

- **Zelar, com sua competência e honestidade, pelo bom nome ou reputação da profissão.**

Isto significa que os membros pertencentes a essa profissão devem possuir as mesmas competências básicas (Deve-se entender competências básicas como sendo os pré-requisitos para o exercício da profissão), os mesmos valores e atitudes (embora se reconheça a existência de diferenças individuais que advém de processos de socialização diferenciados de acordo com o lugar e ambiente à que o sujeito-referente esteve sujeito).

- **Preservação de valores ou princípios básicos, como a lealdade, a solidariedade profissional na relação entre colegas de profissão.** O que significa que deve haver lealdade e solidariedade profissional evitando críticas levianas, competição e concorrência desleal. Deve haver entre os membros de um mesmo grupo, o sentido de justiça social, portanto, não ir contra a justiça, a moral ou o *bem comum*. Contribuir para a dignidade da profissão.
- No que concerne às **relações com os utentes dos serviços** a que estamos veiculados, ou clientela profissional, deverão ser preservados os seguintes princípios:
 - ✓ Respeito pelo utente ou clientela;
 - ✓ Execução íntegra do serviço conforme o combinado com o utente. Não desiludir as expectativas do utente ou clientela;
 - ✓ Não se deixar subornar
 - ✓ Fornecer explicações claras sobre os serviços a prestar ao utente para que este esteja ciente e seguro do trabalho que lhe será prestado.

Por exemplo: se do ponto de vista técnico o pedido é menos seguro ou tem consequências não previstas pelo solicitante, o profissional deve esclarecer ao cliente mostrando as inconveniências existentes e os procedimentos para melhor execução, após o que pode deixar o cliente decidir e assumir toda a responsabilidade pelas consequências, excepto, se houver prejuízos ao bem comum ou a terceiros.

- Deve **ser justo consigo mesmo e com o outro**, para tal, é necessário manter as seguintes qualidades:
 - ✓ Solidariedade e Cooperação. Apoiar os colegas com maior dificuldade e chamar atenção em relação à sua conduta, se necessário, de forma a preservar a dignidade da sua profissão.
 - ✓ Estimular e reconhecer os colegas que revelam um maior profissionalismo (humildade, cooperação e solidariedade com os colegas, competência profissional revelada).
 - ✓ Segredo Profissional.
- **Preservação dos colegas** (no sentido positivo). Significa que embora possa ter oportunidade de conhecer o íntimo dos seus colegas, no âmbito do exercício da profissão, não deverá usar para outros fins. Estamos a falar de informações que não vão contra a ética ou os valores da profissão. Mas deverá contribuir para o seu melhor desempenho, ajudando-os a superar as dificuldades, portanto, apoiando-os para o seu melhor desempenho.
- **Preservação dos utentes.** Os prestadores de serviços devem preservar os seus segredos, considerando que o segredo confiado só pode ser usado para a prestação de serviços de qualidade e não para outros fins.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1. Ética médica** avalia os méritos, riscos e preocupações sociais das actividades no campo da medicina, e é regida pelos seguintes princípios: autonomia, benefício, não maleficiência, justiça (equidade), dignidade, veracidade (honestidade).
- 5.2. Bioética** investiga as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana, animal e ambiental tendo em conta a responsabilidade moral de cientistas em suas pesquisas e suas aplicações.
- 5.3.** Bioética está mais relacionada com questões éticas e conceitos em torno das tecnologias biomédicas, como a clonagem, terapia com células-tronco, e do uso de animais em pesquisa, enquanto que Ética médica é mais específica e enfoca no tratamento médico de seres humanos em particular, bem como em todos aspectos implicados no seu relacionamento.
- 5.4. A deontologia profissional** refere-se ao conjunto de princípios e regras de conduta inerentes a uma determinada profissão, portanto, o que é obrigatório, o que é justo e o que é adequado.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional I	Aula	2
Tópico	Ética, Bioética e Deontologia	Tipo	Teórica
Conteúdos	Introdução	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever as diferenças entre os conceitos de ética, moral, direito e bioética
2. Identificar e aplicar as atitudes positivas a ter no diálogo com os seus colegas, outros profissionais de saúde, pacientes e familiares.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Conceitos Gerais de Ética, Moral e Direito		
3	Atitudes Positivas no Diálogo com Colegas, Pacientes e Familiares		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Cruz, S. *Jus Deregatum (directum)*, Coimbra, 1971, *apud* Ferraz Jr., Tercio Sampaio, "Introdução ao Estudo do Direito", Atlas, 1988.

David, R. *Os Grandes Sistemas do Direito Contemporâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 2a. ed. 1993

Diniz, D. *O que é bioética*. Brasiliense, São Paulo, 2002. 69 pp.

Glenn, H. P. *Legal Traditions of the World*. Oxford University Press. 2000. ISBN 0198765754.

Landmann, J. *Ética Médica sem Máscaras*. Ed. Guanabara, 1985. p. 26-27.

Lima, H. *Introdução à Ciência do Direito*, Freitas Bastos, 28. ed. 1986.

Mondin, J. B. *Introdução à Filosofia*. Ed. Paulinas, S. Paulo, 1983. p. 91-95.

Motta, S. N. *Ética e vida Profissional*. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural. 1984

Tavares, C. J. *Fundamentos teóricos para uma deontologia profissional*, Trabalho publicado na revista Filosofia em Revista 86.6 - Apresentado no Seminário sobre ética profissional promovido pelo Conselho Regional de Assistentes Sociais (CRAS) - 1a Região MA/PI). 1986

Vasquezm, A. S. *Ética, Civilização Brasileira*, São Paulo. 1978. p. 68-69.

Vio, F. *Manual de Medicamentos Essenciais*. MISAU, Maputo 1995

Yeo, M., e Moorhouse, A. *Conceitos e Casos Éticos em Enfermagem. (Concepts and cases in Nursing Ethics)* Broadview Press; 2 edition. 1996

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CONCEITOS GERAIS DE ÉTICA, MORAL E DIREITO

2.1. Conceito de Ética

Ética é o ramo da filosofia que estuda e indica o melhor modo de viver no quotidiano e na sociedade.

A Ética, segundo Motta (1984) é um *conjunto de valores que orientam o comportamento do homem em relação aos outros Homens na sociedade em que vive, garantindo, desta forma, o bem-estar social*. Podemos dizer também que a Ética refere-se à forma como um Homem deve comportar-se no seu meio social.

Diferencia-se da moral, que se fundamenta na obediência às normas, tabus, costumes ou mandamentos culturais, hierárquicos ou religiosos estabelecidos por uma determinada sociedade.

2.2. Conceito de Moral

Moral pode-se definir como um conjunto de regras de conduta consideradas válidas, estabelecidas e aceites pelas comunidades humanas durante determinados períodos de tempo. A moral tem por essência, criar comportamento humano regido por regras e valores morais, que se encontram gravadas nas nossas consciências.

Moral ou moralidade é o sentido de conduta que diferencia intenções, decisões e acções entre aquelas que são boas (ou justas) e más (ou erradas). Um código moral de conduta é um sistema coerente de ditados morais (de acordo com uma filosofia, cultura ou religião).

A moralidade é adquirida pela educação, pela tradição e pelo quotidiano. Portanto, a moral regulamenta as relações mútuas entre os indivíduos e entre estes e a comunidade. A moral ao ser adoptada manifesta-se naturalmente nos indivíduos, através de atitudes que estão subjacentes aos valores.

2.3. Conceito de Direito

A palavra Direito possui muitos significados na linguagem corrente, mas para fins jurídicos, Direito é definido como um sistema de normas jurídicas de conduta impostas pelo estado para regular as relações sociais em vários campos da sociedade (comércio, administração, família, etc).

As normas jurídicas, são aquelas que quando violadas, implicam uma pena ou sanção. Por exemplo, em Moçambique o Direito proíbe a violência doméstica, e a administração de substâncias nocivas à saúde dos pacientes, ou seja, a violação destas normas, pode resultar em sanções para o autor.

2.4. Diferenciação entre a Ética e a Moralidade

Isto nos leva as seguintes perguntas:

1. “Qual é a diferencia entre a ética e a moralidade?”
2. “Porque é importante para nossa prática como técnicos de saúde aprendermos essa diferença?”

A diferença é subtil, mas tem implicações importantes para a prática de cuidados de saúde.

Na sua essência, a moralidade define valores e características INDIVIDUAIS adquiridos por cada um, os quais orientam as suas ideias acerca de comportamentos correctos ou incorrectos, enquanto que a ética enfatiza os padrões e códigos de comportamento que a sociedade ou o grupo de pessoas espera dos seus membros.

Por exemplo:

Um advogado pode achar que um acto criminoso de assassinato não é moral, mas ele tem a obrigação ética de defender um cliente acusado desse crime mesmo que ele saiba que o seu cliente o cometeu de verdade. Isso porque o sistema jurídico, para funcionar numa maneira justa, exige que qualquer acusado seja julgado numa maneira justa (incluindo ter acesso a defesa jurídica).

Ou

Um trabalhador de saúde pode considerar a “prostituição” como um acto que não é moral, mas eticamente, ele deve tratar com igualdade de direitos a “trabalhadora de sexo - prostituta”, ou seja, como trataria à qualquer utente dos serviços de saúde.

2.5. Exercício:

1. Discutir em plenária as seguintes perguntas:
 - Então a ética é necessária ou não?
 - A moralidade não me orienta suficientemente no meu comportamento profissional?
2. Em grupos de 5 ou 6 os alunos analisar com suporte de exemplos, em que condições é que a moralidade pessoal pode entrar em conflito com a ética profissional dum técnico de Medicina?

Após o trabalho em grupo as respostas devem ser discutidas em plenária.

As respostas dos grupos devem ser relacionadas aos 6 princípios fundamentais da ética médica, a seguir mencionados:

- **Autonomia** : significa o direito de qualquer pessoa a governar-se por sua própria vontade, o que significa que o profissional de saúde deve respeitar o juízo do doente em relação às decisões sobre a sua saúde.
- **Benefício**, significa que o profissional de saúde, deve fazer sempre o seu melhor para a saúde do doente.
- **Não maleficência**, significa evitar provocar danos ao doente, mesmo se as intenções forem boas, por exemplo através dos efeitos indesejados dos medicamentos usados.
- **Justiça** (equidade), que todos os indivíduos tenham o mesmo acesso aos cuidados de saúde de acordo com as condições de saúde que apresentam.
- **Dignidade**, significa que o profissional de saúde, deve tratar os doentes com respeito e evitar práticas que possam ser percebidas como humilhantes.

- **Veracidade** (honestidade), significa que o profissional de saúde deve ser sincero com os doentes, ao explicá-los sobre a doença que têm bem como sobre o tratamento e outros recursos necessários para a sua solução.

2.5. Diferenças entre as normas jurídicas (direito) e as normas éticas, morais e religiosas

A vida em sociedade e as consequentes relações inter-pessoais exigem a formulação de regras de conduta que disciplinem a interação entre as pessoas, com o objectivo de alcançar o bem comum, a paz e a organização social. Tais normas podem ser de natureza ética moral, religiosa ou jurídica.

A norma do direito, também chamada "norma jurídica", difere das demais, por dirigir-se à conduta externa do indivíduo, exigindo-lhe que faça ou deixe de fazer algo objectivamente, e atribuindo responsabilidades, direitos e obrigações. Por outro lado, as normas morais e religiosas, são dirigidas principalmente à intenção interna, ao processo psicológico do indivíduo.

Outra característica que distingue a norma jurídica das demais é a existência de uma sanção obrigatória para o caso de seu não cumprimento.

BLOCO 3: ATITUDES POSITIVAS NO DIÁLOGO COM OS SEUS COLEGAS, OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PACIENTES E FAMILIARES

2.1. Exercício

A turma deve ser dividida em 4 grupos para discutirem perguntas relacionadas aos seguintes tópicos:

- Diálogo com colegas
- Diálogo com outros profissionais de saúde (sejam superiores ou subordinados ao TMG)
- Diálogo com pacientes adultos e acompanhantes
- Diálogo com pacientes de idade menor (crianças) ou com problemas mentais (por doença, idade avançada ou outras razões)

Os grupos devem discutir sobre os tópicos acima listados, com base nas perguntas apresentadas abaixo, e apresentar em plenária os pontos discutidos. Terão 20min para discutir e responder as seguintes perguntas:

- 1 Por que é importante demonstrar uma atitude positiva no diálogo com _____, e quais são as consequências de não se demonstrar essa atitude?
- 2 Concretamente, como se pode demonstrar essa atitude positiva dentro do contexto do TMG? Que actos e atitudes são aceitáveis e quais não são (Por exemplo: como demonstrar respeito aos seus subordinados dentro da Unidade Sanitária?)

Em plenária o docente e os alunos dos outros grupos poderão discutir e acrescentar as suas sugestões.

2.2. Temas para Guiar a Discussão em Plenária.

Atitudes entre colegas:

- A convivência dentro da IdF deve ser considerada como um bom período de treino para o comportamento a ter com os colegas no ambiente de trabalho dos futuros técnicos de medicina. O objectivo comum de alunos e professores é ter o maior número possível de estudantes

graduados com bom aproveitamento. Desde já é importante ter uma atitude de *colaboração*: por ex., compartilhar apontamentos, ajudar a responder às dúvidas dos colegas, ajudar os que por doença ou outra razão têm faltado às aulas.

- Dar apoio psicológico em caso de problemas familiares ou sociais. Evitar desprezar os colegas se o seu aproveitamento for fraco, evitar fazer julgamentos sobre assuntos privados.
- Manter uma atitude positiva e aberta a nível de comunicação verbal e não-verbal (cumprimentar, sorrir, etc.).
- Estar disponível para ouvir os colegas caso alguém deseje comunicar ou partilhar alguma angústia ou preocupação.

O docente pode enriquecer a discussão de acordo com os seus sentimentos e a sua experiência prática de convivência com os alunos.

Atitudes com os outros profissionais de saúde:

- Atitudes de respeito para a instituição e as autoridades: pontualidade, cumprimento das normas, resposta atempada aos pedidos, disciplina. O *cumprimento das orientações* deve ser inteligente e crítico. O funcionário deve procurar a maneira melhor para cumprir, mas se achar que a orientação não é correcta ou não adequada ao contexto de trabalho deve ter a coragem de exprimir sinceramente as suas objecções e dúvidas.
- Atitudes de respeito para com os colegas: tanto com os superiores hierárquicos como com o *peçoal subordinado* é importante manter o respeito e consideração, evitar atitudes de desprezo, críticas em público e qualquer humilhação. Qualquer pessoa fica magoada ao ser criticada de forma desrespeitosa. Sobretudo para o pessoal subordinado, procurar mostrar com exemplos práticos, como o funcionário pode melhorar. Sempre que houver a possibilidade, elogiar o funcionário publicamente se algo estiver bem feito ou se tiver melhorado em relação ao passado. Manter a disponibilidade para ensinar. Por exemplo, utilizar casos clínicos ocorridos na prática diária para demonstrações (por exemplo aos agentes de medicina, responsáveis de consultas externas etc.).
- Com todos os funcionários de saúde, com os quais não exista uma relação hierárquica directa, o técnico de medicina deve manter uma atitude de boa colaboração e disponibilidade.
- É importante facilitar sempre o *fluxo das informações*. Por exemplo, o responsável das consultas externas ou de uma enfermaria deve manter um contacto contínuo com o responsável da farmácia para saber se há falta/ excesso de medicamentos em stock, de forma a orientar a prescrição de medicamentos de acordo com o caso e com os recursos medicamentosos existentes. Ao contrário, o risco é enviar doentes para farmácia com receitas de medicamentos que não serão satisfeitas. O mesmo pode-se dizer em relação ao responsável do laboratório, em relação à quantidade de reagentes em stock, e também à capacidade do equipamento e humana. De facto, é importante que quando pedimos as análises de laboratório, tenhamos em conta a carga de trabalho dos colegas afectos naquele sector, caso contrário, a qualidade das análises sofrerá e obteremos facilmente resultados incorrectos. Portanto, é sempre necessário pedir análises quando forem indispensáveis. Com esta atitude pouparemos também reagentes e equipamentos. A carga de trabalho, frequentemente excessiva, pede a todos os trabalhadores entrega e espírito de sacrifício.
- Evitar formular crítica à pessoa que ocupou o cargo que actualmente ocupamos.

Durante as actividades de estágio, o aluno poderá observar diferentes comportamentos entre profissionais de saúde, que nem sempre respondem aos critérios e exemplos citados. Será uma

oportunidade para com base na sua moralidade, e nas normas éticas, se relacionar com outras pessoas num ambiente de trabalho.

Atitudes com pacientes:

- Apesar da atitude em relação aos pacientes ter melhorado significativamente nos últimos anos, é preciso juntar esforços para que o nível alcançado melhore cada vez mais.
- De referir que, qualquer utente do serviço de saúde quer esteja doente quer vá a unidade sanitária por outros motivos (por exemplo como acompanhante, em exames meramente de rotina, entre outros), deve ser tratado com o máximo respeito, independentemente da raça, tribo, sexo, religião, classe social, educação, adesão política, profissão, estilo de vida e cultura. Nunca se devem tecer comentários de desprezo se um doente, por exemplo, comparecer a US sujo ou esfarrapado, nestes casos, o trabalhador de saúde deve demonstrar o máximo de *empatia*. Isso quer dizer procurar entender os medos, as angústias que o doente tem, e que podem ser devidas à sua doença, mas também ao facto de se encontrar num ambiente estranho. Esta atitude torna-se ainda mais importante para os utentes de uma classe social mais humilde, que têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e que não falam Português. Aliás, estes doentes, com maior *vulnerabilidade* (particularmente face ao risco de doenças como malária, infecções respiratórias, tuberculose, diarreias e patologias relacionadas a défices nutricionais), deveriam ser tratados com maior atenção.
- Para o caso das parturientes, e pacientes nas clínicas de ITS e SIDA, os clínicos devem evitar *juízos sobre o comportamento sexual* dos utentes.
- É necessário *ter tempo* para ouvir as queixas dos pacientes (sintomas) e fazer pelo menos um breve exame objectivo. A linguagem não-verbal é importante: por exemplo, falar com o doente olhando nos seus olhos, mostrar-se relaxado e disponível para ouvi-lo. Por outro lado, é necessário resistir às pressões que o doente pode fazer de por exemplo receber antibióticos ou “muitos medicamentos”, quando não é necessário.
- Muitas vezes há muitos doentes na bicha e não há tempo para um atendimento de boa qualidade, outras vezes, a preocupação do clínico é de acabar o mais cedo possível, por exemplo antes de meio-dia, esta atitude deve ser evitada.
- *Pedir dinheiro* de forma ilegal (fora das normas do MISAU) ou presentes aos doentes é crime e quando isso acontece o profissional de saúde deve ser denunciado e reprimido.
- *Explicações aos doentes*. Qualquer doente em regime de internamento e consultas externas deve receber uma explicação acerca do diagnóstico e das razões pelas quais o clínico prescreve determinadas análises laboratoriais e/ou tratamentos /medicamentos em linguagem simples e clara que pode compreender. É importante explicar bem a dosagem e os horários para a toma dos medicamentos e pedir ao doente que repita (para avaliar o seu entendimento), caso verifique que o doente não entendeu correctamente o procedimento, deve repeti-lo sem mostrar aborrecimento.
- Para além disso cada paciente tem o direito a uma explicação do clínico acerca das técnicas diagnósticas e terapêuticas que o clínico irá executar, antes de executá-los. Isto deve incluir, não só o que vai fazer mas porque a técnica é necessária. Caso o paciente tenha uma idade em que não consiga entender claramente as explicações, o TM deve transmitir a informação aos pais ou acompanhantes.
- O técnico de medicina deverá demonstrar maior sensibilidade perante os *doentes graves*, portadores de sintomatologias dolorosas e mortais. Deverá usar todos os recursos disponíveis para aliviar a dor e dar apoio psicológico e emocional a estes doentes.

Atitudes com crianças ou pacientes portadores de doenças mentais

Crianças e pessoas com problemas mentais (seja por doença ou por idade avançada) são extremamente vulneráveis e devem ser tratadas com maior cuidado. Frequentemente têm medo do clínico e dificuldades em compreender o que clínico está a fazer e porquê. Por isso é extremamente importante seguir as seguintes recomendações:

- a) Sempre falar com eles em tom de voz calma e amigável, e sempre demonstrando simpatia.
- b) Explicar sempre cada intervenção que pretender realizar em linguagem simples
- c) Falar com os pacientes e não apenas com acompanhantes
- d) Sempre quando possível permita que os acompanhantes permaneçam com eles (principalmente se a técnica for invasiva ou dolorosa)

Atitudes com os familiares:

A maior parte dos familiares são mães acompanhantes. É importante que mães e filhos recebam todos os cuidados disponíveis na US. Por exemplo, se trazem os seus filhos à consulta, devem receber palestras de educação para saúde, consultas pré-natais ou de planeamento familiar conforme o caso e a oportunidade. A criança será avaliada também em relação ao seu crescimento e estado nutricional. Mãe e criança deverão receber tratamentos preventivos (e.g. vacinações, vitamina A) de acordo com o calendário e as normas do MISAU.

Para o efeito, é importante que todo o pessoal da US, incluindo o técnico de medicina, esteja disponível para prestar toda informação necessária aos utentes dos serviços de saúde.

De acordo com a nova abordagem do MISAU, a *educação para saúde*, essa é uma tarefa de todo o pessoal da US. Os utentes das US devem ser informados a cerca das principais doenças epidémicas, e como preveni-las. A participação activa dos pais nos assuntos de saúde das próprias famílias deve ser estimulada, por exemplo incentivando-os a acompanhar os filhos e as esposas a US.

Aos familiares de *doentes graves* e crianças, devem ser permitidos, dentro do possível e das normas existentes, a ficarem ao lado de seus familiares internados nas enfermarias das Unidades Sanitárias. Aliás, desta forma, eles podem também ajudar o trabalho do clínico e dos restantes trabalhadores de saúde dentro da unidade sanitária e ou enfermaria.

Quando o doente encontra-se numa *situação terminal* e não há mais recursos médicos eficazes para sua condição, é importante informar aos familiares, os quais poderão decidir se levam o doente para a sua habitação ou não. Em caso de óbito, deve-se respeitar os sentimentos dos familiares e as suas tradições.

BLOCO 4:PONTOS-CHAVE

- 4.1.** A moralidade define valores e características INDIVIDUAIS / PESSOAIS adquiridos por uma pessoa que orienta as suas ideias pessoais acerca de que comportamentos são correctos ou errados, enquanto a ética enfatiza os padrões e códigos de comportamento que a sociedade ou o grupo de pessoas espera dos seus membros.
- 4.2.** A ética profissional tem de ter precedência / prioridade quando se trata de pacientes para garantir um tratamento uniforme e de alta qualidade para todos pacientes seguindo os princípios de: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça (equidade), dignidade e veracidade.

- 4.3.** Manter uma atitude positiva com colegas (independentemente do nível hierárquico) é extremamente importante para o funcionamento eficaz e eficiente dos serviços de saúde e para resolver problemas quando surgem.
- 4.4.** Para manter uma atitude positiva é importante comunicar com frequência adequada e duma maneira honesta e respeitosa. Que elogios sejam públicos, mas críticas confidenciais.
- 4.5.** Manter uma atitude positiva no diálogo com pacientes é também essencial, não só para seguir os princípios da ética médica, mas também para garantir que se consegue informação correcta e completa para fazer um diagnóstico e para garantir que a conduta terapêutica seja correctamente aplicada.
- 4.6.** Para manter o diálogo é importante ter tempo para escutar os pacientes e fornecer toda informação acerca de actividades diagnósticas, da doença e do tratamento
- 4.7.** Para pacientes com problemas mentais ou crianças, medidas específicas têm de ser mantidas para manter o diálogo positivo. Incluem:
- Sempre falar num tom de voz calma e amigável,
 - Explicar cada intervenção que pretender realizar em linguagem simples
 - Falar com eles e não apenas com os acompanhantes
 - Sempre que possível permitir que os acompanhantes permaneçam com eles

Disciplina	Ética	Nº da Aula	3
Tópico	Ética, Bioética e Deontologia	Tipo	Teórica
Conteúdos	Princípios da ética médica	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir os princípios da ética médica:
 - a. Autonomia
 - b. Beneficência/Benefício
 - c. Não maleficência
 - d. Justiça (incluindo o conceito de equidade e vulnerabilidade)
 - e. Dignidade
 - f. Honestidade
2. Analisar a aplicação dos princípios éticos de autonomia, benefício, não maleficência, justiça e vulnerabilidade na prática profissional.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à aula		
2	Princípios de ética médica		
3	Dilemas éticos		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários: quadro preto e giz

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – (incluir data a ser entregue):

Bibliografia:

Landmann, J. (1985) *Ética Médica sem Máscaras*. Ed. Guanabara, p. 26-27.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: PRINCÍPIOS DA ÉTICA MÉDICA

3.1. Autonomia

De acordo com este princípio, deve ser garantido ao paciente o direito de decidir em relação às opções de recursos necessários (medicamentos, análises, exames) que lhe são oferecidas, como forma de solucionar o seu problema. Deve-se respeitar o seu direito a se governar por sua própria vontade e convicções (*o valor supremo é a vontade do doente*). O profissional de saúde deve fornecer toda informação sobre os riscos e benefícios de qualquer acção e deixar que o decisor principal seja o doente. Entretanto algumas doenças causam a perda de autonomia (por exemplo, a demência, que torna o paciente incapaz de tomar o consentimento formal), e nesses casos deve-se recorrer à família ou garantes. Historicamente, a autonomia não foi um princípio muito praticado, com os médicos que efectuavam tratamentos sem perguntar pela opinião do paciente, através da noção *paternalística* de que como profissional da saúde, o médico "sabe mais". Os pacientes começaram a exigir maior autonomia e poder de decisão apenas em tempos recentes, após a década de 1960.

A autonomia pode ter limitações no caso de o doente sofrer de uma doença altamente contagiosa e/ ou perigosa.

Nestes casos, as razões da saúde pública, no sentido de prevenir a doença entre os ainda não afectados, podem ter prioridades sobre as razões do doente (seguir ou não um tratamento e obedecer a restrições quanto à sua mobilidade e isolamento). Exemplo: os doentes com cólera são obrigados pelas autoridades a fazer o tratamento em regime de isolamento, pois trata-se de uma doença altamente transmissível e com alta taxa de mortalidade.

Assunto para a discussão: em muitas situações, o doente não é consultado ou até é tratado sem ser informado sobre a sua doença e o tratamento. Por vezes, isto é devido a falta de tempo, mas frequentemente também a falta de interesse do pessoal. Descreva um exemplo da sua própria prática clínica e considere se as atitudes dos clínicos têm melhorado nestes anos.

O Consentimento Informado: O consentimento informado é um elemento necessário ao actual exercício da medicina, como um direito do paciente e um dever moral e legal do médico que se refere à autonomia do doente. O doente deve ser devidamente esclarecido pelo profissional que o atende, para decidir se prefere manter-se no estado de saúde em que se apresenta ou submeter-se a um tratamento relativamente perigoso. Os profissionais de saúde devem indicar as vantagens e os inconvenientes, ou os riscos do tratamento ou da intervenção.

3.2. Beneficência

Beneficência refere-se à obrigação ética do profissional de saúde, de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos ao paciente. Esse princípio deu origem a normas exigindo que os riscos duma intervenção médica sejam razoáveis à luz dos benefícios esperados. Segundo este princípio, as acções

dos profissionais da saúde devem ser de acordo com melhor interesse do paciente (de acordo com este princípio, *o valor supremo é a saúde do doente*).

Assunto para a discussão: considere a situação em que determinado paciente necessite de um tratamento muito caro que não consiga pagar. Qual deve ser a posição do clínico, considerado que o tratamento está disponível na unidade sanitária e que é a única forma de se salvar o paciente.

3.3. Não Maleficência (*primum non nocere*)

Significa que antes de se proceder a qualquer intervenção médica deve-se primeiro excluir a possibilidade do tratamento provocar algum dano ao doente, ou que os riscos da terapia não sejam superiores aos benefícios esperados. Por exemplo, as condições de base de um doente devem sempre ser avaliadas com cuidado antes de se decidir uma intervenção cirúrgica, que acarreta riscos gerais (o acto cirúrgico é uma agressão danosa ao organismo do doente) e específicos (relacionados com as condições particulares do doente).

Deve-se sempre considerar a transferência do doente para um clínico mais experiente quando não se domina bem o caso, ou quando não se tenha à disposição recursos suficientes, ou quando o diagnóstico necessita de mais investigações laboratoriais.

Assunto para a discussão: considere e explique aos alunos exemplos da sua experiência profissional, em que foram feitos tratamentos ou intervenções sem uma adequada consideração das vantagens e desvantagens (potenciais riscos) e o resultado destas atitudes.

3.4. Justiça

Justiça refere-se à obrigação ética de tratar cada pessoa de acordo com o que é moralmente certo e adequado, de dar a cada pessoa o que lhe é devido, de acordo com as suas necessidades de saúde. Com base neste princípio, diferenças na distribuição das obrigações e benefícios só são justificáveis se estiverem baseadas em distinções moralmente relevantes entre indivíduos; uma destas distinções é a vulnerabilidade.

"Vulnerabilidade" refere-se a uma incapacidade substancial para proteger seus próprios interesses, devido a impedimentos tais como falta de capacidade para fornecer consentimento pós-informação, falta de meios alternativos de obter assistência médica ou outros bens necessários caros, ou situação subordinada ou inferior em um grupo hierárquico. Portanto, devem ser tomadas providências especiais para a protecção dos direitos e bem-estar de pessoas vulneráveis. Com base neste raciocínio, existem programas prioritários destinados a grupos populacionais considerados de risco maior de contrair doenças ou de sofrer efeitos graves e potencialmente mortais: por exemplo, em Moçambique são distribuídas redes mosquiteiras às crianças com menos de 5 anos e às mulheres grávidas por serem grupos de risco para contrair a malária.

O conceito de justiça tem também a ver com a distribuição de recursos sempre limitados frente às necessidades. É um conceito de saúde pública. Fala-se sobretudo de *equidade*, significando que, sendo a saúde um direito dos cidadãos, o Estado deve providenciar para todos as mesmas condições de acesso aos serviços de saúde. Para tal, condições de gravidade diferente devem ser tratadas de forma proporcional à sua gravidade; por exemplo, um parto que decorre normalmente deve receber um atendimento limitado relativo ao acompanhamento do evento fisiológico, garantindo todas as condições de higiene e segurança, mas uma obstrução de trabalho de parto necessita de uma cesariana, o que implica garantir à mulher (parturiente) a disponibilidade de sangue, antibióticos, sala de operações etc.

Assunto para a discussão: O princípio do máximo benefício pode por vezes entrar em conflito com a justiça e com a equidade. Por exemplo, se consideramos o caso de um grupo de indivíduos que sofreram um grave acidente de viação e que chegam a uma Unidade de Primeiros Socorros.

Nesta situação, devido ao número de feridos, não há capacidade de socorrer todos ao mesmo tempo. Alguns doentes estão ainda vivos mas em condições gravíssimas e muito provavelmente irão morrer em breve. Um segundo grupo apresenta condições graves, mas pode ser salvo com uma intervenção cirúrgica oportuna e um terceiro grupo não está em iminente perigo de vida. Qual é o grupo que merece ser atendido primeiro?

A resposta é o segundo grupo (doentes graves mas ainda tratáveis). Neste caso, evidentemente faz-se um cálculo de eficácia.

3.5. Dignidade

O doente tem o direito à dignidade. O doente deve ser tratado com respeito, independentemente do seu estado social, da sua cultura e do seu nível de conhecimento em matéria de saúde. O doente não pode ser insultado, ou ser objecto de maus tratos ou de tratamentos humilhantes. A sua privacidade deve ser respeitada perante outros utentes dos serviços de saúde (segredo profissional). O profissional de saúde deve-se abster de qualquer juízo perante a conduta moral passada ou presente do doente, que tenha prejudicado a sua própria saúde.

Assunto para a discussão: traga exemplos negativos e positivos da sua própria prática no atendimento aos pacientes, e mostre melhorias ocorridas na forma como os doentes (e os utentes dos serviços) são tratados. Por exemplo, mostre como explicar a um doente alcoólatra com cirrose hepática (doença do fígado grave, provocada em muitos casos pelo excesso continuado de bebidas alcoólicas) os riscos de continuar a ingestão de álcool, sem exprimir um juízo moral sobre a doença ou sobre o vício do doente.

3.6. Veracidade e Honestidade

Não se deve omitir a verdade ao paciente, que merece conhecer toda a verdade sobre sua doença e tratamento. O doente deve ser informado sobre o seu estado de saúde, a gravidade da sua doença, a eficácia dos medicamentos prescritos e os seus potenciais efeitos colaterais. A mesma atitude paternalista descrita na discussão do conceito de autonomia tem no passado levado muitos médicos a esconder a gravidade de doenças mortais.

Actualmente, nestas situações, prevalece o ponto de vista que nunca se deve mentir ao doente. Sempre que haja um tratamento válido para uma doença potencialmente mortal, deve-se usar toda a capacidade psicológica para motivar o doente a cumprir o tratamento e seguir um comportamento saudável e mais apropriado para enfrentar a doença.

Caso não haja perspectiva de sobrevivência, deve-se garantir todo o apoio possível para que o doente viva até ao fim nas melhores condições físicas (por exemplo através da terapia da dor) e psicológicas.

Assunto para a discussão: considere com os alunos a possibilidade de provocar um trauma psicológico a um doente (que pode ter consequências negativas quanto ao seguimento da terapia) que, de acordo com as análises clínicas, é portador de uma doença grave e potencialmente mortal. É justo correr o risco? Vale a pena avaliar, de antemão o seu estado psicológico? Pedir a ajuda de um psicólogo (mas isto muito raramente é possível) ou de um assistente social? E se a doença for

contagiosa (por ex. HIV), mas ainda com boas possibilidades de resposta à terapia? Discuta com os alunos as respostas.

BLOCO 4: DILEMAS ÉTICOS

4.1. Introdução a Dilemas éticos

Um dilema ético envolve uma situação que obriga uma pessoa a questionar qual a coisa “certa” ou “errada” a fazer. Os dilemas éticos estimulam as pessoas a pensar acerca das suas obrigações, deveres ou responsabilidades. Estes dilemas podem ser extremamente complexos e difíceis de resolver, pois na sua maioria envolvem temas tratados de formas contraditórias em diferentes campos (religião, justiça, ciência, etc).

Um dilema ético, muitas vezes se apresenta como uma narração breve sob forma de história, em que se declara uma possível situação no âmbito da realidade mas conflitiva a nível moral, e se solicita dos ouvintes uma solução razoável do conflito, ou uma análise da situação elegida pelo sujeito protagonista da história. Em geral a situação apresenta-se como escolha disjuntiva: o sujeito protagonista encontra-se perante uma situação decisiva na qual só existem duas alternativas e não mais do que duas opções ou A ou B, sendo ambas soluções igualmente factíveis e defendíveis. O indivíduo encontra-se, pois, perante uma verdadeira e inevitável situação conflituosa na qual se podem apresentar muitos questionamentos perante a escolha imposta.

Os dilemas podem ser hipotéticos, quando se colocam problemas abstractos, gerais, que as vezes são de difícil localização na realidade. E podem ser reais, quando se colocam situações conflitivas do dia-a-dia, estes baseiam-se em factos reais, localizados no tempo e no espaço dos sujeitos e parecem retirados dos distintos meios de comunicação, de situação ou de sucessos históricos, ou de experiências pessoais, etc.

Os dilemas podem não dar respostas simples em situações específicas, mas servem para orientar os clínicos em determinadas circunstâncias reais. Em alguns casos, podem ser antagónicos, como a *eutanásia* (ajudar o doente a morrer quando sofrimentos físicos prolongados tornam a qualidade da sua vida insuportável), informar os pacientes que não estão psicologicamente preparados para receber informações chocantes (como em doenças sem cura) aqui há o risco de piorar a condição psicológica do doente através de uma informação negativa sobre o seu estado de saúde: *efeito nocebo*.

A maioria das pessoas concordaria, por exemplo, que é moralmente inaceitável fingir que o trabalho de outrém foi feito por si mesmo. Contudo, dilemas mais complexos envolvem a decisão entre o que é certo e o que é errado.

Um bom exemplo será, por exemplo, encobrir um comportamento incorrecto de um colega: é seu dever reportá-lo ao seu empregador, mas é também seu dever ser leal ao seu amigo numa situação que poderá conduzir ao seu despedimento.

Exemplo de um dilema ético

Uma engenheira que trabalha numa fábrica de produtos químicos se apercebe que se formou um furo numa conduta e que através desta sai um líquido que contamina o ambiente.

Para solucionar a avaria é necessário mudar uns elementos fundamentais na produção e seria necessário parar durante um mês a fábrica.

A engenheira comunica a avaria ao director, contudo este não queria deixar de produzir porque suspender a produção acarretaria a perda de muito dinheiro e, como consequência, o director deveria despedir alguns empregados, o que por sua vez desencadearia uma crise social importante na zona.

Se não se repara a avaria, haveria um problema serio de poluição, com repercussões na vida aquática e depois sobre os habitantes que vivem a Beira do rio que comem os produtos e bebem água proveniente do rio.

Se a engenheira denuncia às autoridades o perigo que a avaria traz, estaria enfrentar o director, e provavelmente seria despedida. O que deve fazer a engenheira?

Valores em conflito: solidariedade, cooperação, respeito, tolerância.

O exemplo acima, refere-se à um dilema ético no geral, abaixo serão praticados exemplos de dilemas éticos específicos para a área médica.

4.2. Exercícios sobre dilemas da ética médica

Exercício 1:

Uma mulher de 29 anos apresenta-se às urgências com episódios de vômitos recorrentes. Vem acompanhada de seu esposo que é marinheiro, e que acaba de chegar de viagem após 6 meses de trabalho no navio. Após examiná-la o TMG conclui que a paciente apresenta uma gestação de 2 meses e que os vômitos são devidos a esta condição. A mulher está no gabinete com o esposo, que muito preocupado solicita do clínico uma retro-informação sobre o exame feito, por sua vez, o clínico, receia que a paciente venha a ter problemas conjugais se o marido souber que a mesma se encontra grávida, apesar de ele ter estado ausente durante 6 meses.

Assunto para a discussão:

- Pedir aos estudantes para apresentar as suas opiniões a cerca do caso:
 - ✓ Como deverá proceder o TMG nestas condições?
 - ✓ O que deverá responder ao marido da paciente?

Exercício 2:

- Como deve proceder o TMG, em casos de pacientes que recusem tratamentos que são fundamentais para salvar a sua vida, como o caso de uma transfusão sanguínea?
- Quais são os princípios da ética médica que entram em conflito nesta situação?

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** *Autonomia* do doente, significa, para o profissional de saúde, respeitar o juízo do doente em relação às decisões sobre a sua saúde
- 5.2** *Beneficência*, significa, para o profissional de saúde, trabalhar sempre em prol da saúde do doente.
- 5.3** *Não maleficência*, significa evitar provocar danos ao doente, mesmo se a intenções forem boas.
- 5.4** *Justiça* (equidade), significa procurar que todos os indivíduos tenham o mesmo acesso aos cuidados de saúde de acordo com as condições de saúde que apresentam.
- 5.5** *Dignidade*, significa que o profissional de saúde deve tratar os doentes com respeito e evitar práticas que possam ser percebidas como humilhantes.
- 5.6** *Veracidade* (honestidade) significa que o profissional de saúde, deve ser sincero com os doentes, sobre a doença que tem e o tratamento necessário.
- 5.7** *Dilemas éticos*: Um dilema ético envolve uma situação que obriga uma pessoa a questionar qual a coisa “certa” ou “errada” a fazer. Os dilemas éticos estimulam as pessoas a pensar acerca das suas obrigações, deveres ou responsabilidades. Estes dilemas podem ser extremamente complexos e difíceis de resolver, pois na sua maioria envolvem temas tratados de formas diferentes em vários campos (política, ciência, medicina).

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional	Nº da Aula	4
Tópico	Evolução Histórica da Ética na Medicina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Princípios da ética Médica e Evolução Histórica dos Códigos Deontológicos que Regem a Ética	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Analisar a aplicação dos princípios éticos de autonomia, benefício, não maleficência, justiça e vulnerabilidade na prática profissional (continuação).
2. Identificar e descrever os principais marcos históricos que determinam a evolução da ética, bioética e deontologia;
3. Explicar a importância da evolução histórica dos princípios da ética para o exercício da profissão médica.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Dilemas Éticos (continuação)		
3	Importância da Evolução da História da Ética Médica		
4	Marcos Históricos que Determinam a Evolução da Ética, Bioética e Deontologia (para leitura individual)		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Faculdade Americana de Médicos; Comité sobre ética médica. Manual da Faculdade Americana de Ética Médica, Parte I (American College of Physician Ethics Manual part I). Annals Intern Med 1984; 101(1):129-37.

Andrade M. Pequena história da música. 7ª ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora; 1976. p. 34.

- Aristóteles. *Ética à Nicômano*. Chicago: Encyclopedia Britannica; 1952. p. 377-80. (Great Books of the Western World; vol 2).
- Aristóteles. *Política*. Chicago: Encyclopedia Britannica; 1952. p. 477-9. (Great Books of the Western World; vol 2).
- Bloch M. *Apologie pour l'histoire, ou métier d'historien*. Paris: Armand Colin, 1997.
- Burns RC. *Legados na ética e medicina (Legacies in the ethics and medicine)*. New York: Science and History Publications; 1977. p. 2.
- Burns CR. *Ética comparativa na profissão médica for a dos Estados Unidos (Comparative ethics of the medical profession outside the United States)*. Texas Rep Biol Med 1974;32(1):181-7.
- Carr EH. *O que é história? (What is history?)* London: Penguin Books, 1990.
- Chapman CB. *Sobre a definição e o ensino da ética médica (On the definition and teaching of the medical ethic)*. New Engl J Med 1979;301(11): 630-4.
- Chichkine A. *Étique: regards sur quelques doctrines éthiques*. Moscou: Edition en Langues Étrangères; s.d. p. 93, 104.
- Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina. *Manual de orientação ética e disciplinar*. Florianópolis: CRMSC, Codame; 1995. vol 1 p.18-9.
- Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1983. p. 28.
- Declaração de Helsinque. Em: Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica: Resolução CFM n.º 1.246/88*. 2ª ed. Brasília: CFM; 1990. p.60-3.
- Mesthene EG. *Tecnologia e valores (Technology and values)*. Em: Vaux K. *Who shall live?* Philadelphia: Fortress Press; 1970. p. 25-37.
- Munson R. *Intervenção e reflexão: assuntos básicos de ética médica (Intervention and reflection: basic issues in medical ethics)*. Belmont: Wadsworth Publishing; 1979. p.33-9.
- Platão. *República*. Chicago: Encyclopedia Britannica; 1952. p. 302-3. (Great Books of the Western World; vol 1).
- Salles P. *História da medicina no Brasil*. Belo Horizonte: Editora G. Holman Ltda., 1971.
- Salles P. *Notas sobre a história da medicina em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Edições Cuatiara, 1997.
- Sanchez-Vasquez A. *Ética*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1984. p. 236-42.
- Santos Filho L. *História Geral da medicina brasileira*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1991.
- Sciacca MF. *História da filosofia*. 3ª ed. São Paulo: Mestre Jou; 1967. vol 1 p. 168-91.
- Seis normas médico-legais para evitar que você seja processado pelo paciente [editorial]. *Médico Moderno* 1972;12:51-64.
- Sigerist H. *História da medicina (A history of medicine)*. Oxford: Oxford University Press, 1979.
- Sigerist HE. *On Hippocrates*. Bull Hist Med 1934; 2:190-214.
- Vico G. *Princípios de uma ciência nova: acerca da natureza comum das nações*. São Paulo: Abril Cultural, 1974. Tradução de Prado ALA.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: DILEMAS ÉTICOS (continuação)

2.1. Características dos dilemas éticos:

Para um problema ser considerado dilema ético, deve ter 3 características:

- O problema não pode ser resolvido só com dados empíricos, isto é, dados que provém de observações ou experiências pessoais ou colectivas.
- O problema deve ser ambíguo, de forma que decidir por um único lado deve ser muito difícil.
- Os resultados do problema, devem afectar mais do que a situação imediata e não devem ter efeitos de longo alcance.

2.2. Alguns tipos de Dilemas éticos comuns:

Os dilemas éticos podem surgir quando há conflitos entre princípios éticos. Abaixo apresentamos exemplos de alguns tipos de dilemas comuns da ética médica:

- Conflito entre princípios de **Autonomia** e **Beneficência** podem ocorrer quando o paciente não concorda com as recomendações do clínico. Por exemplo pode não querer submeter-se a um certo tratamento ou meio de diagnóstico invasivo.
- Conflito entre a **Justiça** e a **Dignidade** (que implica confidencialidade e beneficência). Por exemplo uma paciente que se apresenta com uma ITS, e não quer que o seu marido seja informado.
- **Veracidade** e **Beneficência** (que implica confiança entre o paciente e o clínico). Por exemplo: Frequentemente sinais/sintomas não são suficientemente específicos para chegar a um diagnóstico definitivo mas admitindo isso pode-se arriscar a perder a confiança do paciente (e assim o seu tratamento pode ser prejudicado).

2.3. Estratégias usadas para resolver os dilemas:

Não existe uma maneira clara de resolver os dilemas. Estratégias diferentes podem ser usadas para tentar resolver os dilemas.

Primeiro, o clínico define as suas obrigações para com os pacientes e os seus colegas, para analisar melhor o conflito ético. Observa-se que 6 considerações são úteis para definir as suas obrigações:

- Maximizar o bem-estar do paciente.
- Reconhecer que o paciente tem direito de decidir (autonomia). Em outras palavras deve tentar convencer-lhe a tomar a decisão que maximiza o seu bem-estar, mas no fim a decisão é do paciente.
- Dar suporte a cada membro da família e melhorar o sistema de apoio à família.
- Levar a cabo as políticas do hospital.
- Proteger o bem-estar dos outros pacientes.
- Proteger os seus próprios padrões de atendimento.

Depois de examinar as obrigações, geralmente é recomendável que quatro medidas adicionais sejam tomadas:

- Recolha o máximo de informação possível sobre o paciente e outras pessoas envolvidas na situação.
- Descreva as consequências prováveis de cada um dos cursos de acção a ser considerada, para o paciente e os outros envolvidos (p.ex. familiares) em cada um dos cursos de acção.
- Considere quem deve tomar a decisão final sobre o assunto.
- Consultar outros profissionais de saúde, especialmente aqueles que são preparados para prática, a comissão de ética e educação para contribuir significativamente para a resolução de problemas de natureza ética.

Mesmo depois de tomar os passos descritos acima, as soluções não podem ser necessariamente breves quando os conflitos éticos estão presentes. Compromisso com padrões éticos de conduta é uma parte essencial do cuidado médico, como é o compromisso de respeitar os direitos e a dignidade da pessoa que recebe cuidados.

2.4. Exercício sobre um dilema da ética médica

30 Minutos – formar grupos de 6 estudantes e pedir para eles analisarem um dos dilemas éticos acima listados e direccionar a discussão às perguntas seguintes:

1. Descrever as consequências prováveis de cada um dos cursos de acção a ser considerado para o paciente e os outros envolvidos nas situações.
2. Considerar quem deve tomar a decisão final sobre o assunto.
3. Aplicando as estratégias acima elaboradas, elaborar uma solução/decisão para o dilema em questão.

No fim do exercício, o docente deve seleccionar 2-3 grupos para apresentação dos seus resultados.

Cada decisão deve ser discutida em plenária.

Soluções:

1º caso:

Consequências de deixar o paciente decidir se quer seguir o tratamento que o clínico sabe que é melhor para ele:

- Ele pode apreciar o facto de que o clínico lhe ter permitido tomar a decisão e essa boa relação pode permitir que ele mude de opinião ou que consulte novamente o clínico.
- O que acontece se for um doente grave e não tivermos muito tempo para reflectir?
- E se o doente estiver a recusar algo que realmente lhe faria bem?
- E se ele acabar morrendo, como fica a reputação do médico? E a consciência do médico?

Consequência se insistir em optar pela beneficência:

- Continua a haver uma probabilidade de o doente não cumprir com o tratamento, resultando em desperdício de drogas e outros recursos;
- Há uma probabilidade do doente não voltar para o clínico;

- Há uma probabilidade de o doente procurar outro tipo de ajuda (curandeiros, outros médicos) e não partilhar com o seu clínico outras drogas que está a tomar.

O paciente pode saber que a recomendação do clínico maximiza o benefício para sua saúde, mas tem outras prioridades para proteger. P.ex: um paciente terminal, embora saiba que a hospitalização vai lhe dar algum tempo mais de vida, pode preferir ficar em casa, e morrer com a família. Ou P. ex: o paciente pode optar por um tratamento menos eficaz, porque o mais eficaz lhe causa outros efeitos sócias ou fisiológicos que ele não tolera (p. ex: impotência sexual, vômitos). Também pode-se dar o caso de um paciente ter considerações sociais, espirituais ou religiosas que considera mais importantes que o tratamento.

2º caso:

Consequências se decidirmos informar o esposo sobre a condição:

- O marido pode tratar-se também
- Podemos prevenir a reinfeção da mulher, ou que ambos continuem a espalhar a ITS;
- Permite que o parceiro possa se proteger da infecção.

Consequências se optarmos por manter a confidencialidade da paciente (priorizando dignidade sobre justiça):

- Podemos evitar problemas sociais graves para a mulher: abandono, violência até homicídio, podem retirar-lhe os filhos por alegada traição, pode perder emprego ou o carinho da família;
- Pode causar não aderência ao tratamento criando complicações;
- Também, o facto de ela ser a 1ª a ser diagnosticada não exclui a possibilidade do marido ter lhe infectado e isso pode levar à conflitos no seu lar.
- Pode desenvolver uma boa relação de confiança com o clínico, permitindo maior probabilidade de aderência, procura regular de cuidados médicos no futuro sem receio de ser julgada ou sem ter medo de consequências sociais.

3º caso:

Neste caso a única opção é a verdade, mas pode trazer alguns efeitos indesejados como:

- O paciente não estar preparado para receber a notícia;
- O paciente desconfiar da competência do médico se este não tiver uma resposta definitiva;
- O paciente não ser capaz de compreender a mensagem do clínico.

BLOCO 3: IMPORTÂNCIA DA EVOLUÇÃO DA HISTÓRIA DA ÉTICA MÉDICA

3.1. A História da ética médica é a reconstituição do passado da ciência médica, visto que a medicina não é profissão puramente técnica, mas também moral. Assim como a medicina, a ética também evoluiu, por exemplo, em função de:

- Mudanças de valores sociais (p.ex. evolução de conceitos de direitos humanos);

- Inovações tecnológicas (p.ex. a necessidade de redefinir a morte após a criação de máquinas de sustentação de vida);
- Transgressões dramáticas (p.ex. as experiências médicas levadas a cabo pelos Nazistas durante a 2ª guerra mundial);
- Desenvolvimento da embriologia, onde se começou a debater o início da vida humana.

A história da ética médica é vasta e abrange milhares de anos e várias culturas religiões e filosofias. Nesta aula não pretendemos abranger toda a história, mas serão abordados de forma sucinta os factos históricos inerentes aos períodos mais remotos (filosófico, religioso) privilegiando-se o período laico ou contemporâneo por apresentar aspectos de suma importância para a medicina moderna.

Esta história passou por várias fases mas pretende-se focar especificamente na evolução do juramento hipocrático moderno que orienta a prática da ética na medicina, desde os tempos de Hipócrates a aproximadamente 2,400 anos até ao presente.

Perguntar se alguém já ouviu falar em Hipócrates antes de explicar (2 min).

3.2. Hipócrates é considerado por muitos, uma das figuras mais importantes da história da saúde, frequentemente considerado "*pai da medicina moderna*". Hipócrates viveu aproximadamente 2400 antes do ano actual. Ele era membro de uma família que durante várias gerações praticara os cuidados em saúde, e foi uma das primeiras pessoas a criar um documento orientado para controlar o comportamento dos médicos.

A evolução da história da ética médica, é claramente observável a partir do período filosófico através do juramento hipocrático:

Juramento de Hipócrates (versão original)	Explicação
(1) <i>"Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue:</i>	Ele promete aos deuses em que se acreditava na Grécia na altura a fazer o seguinte
(2) <i>Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte;</i>	Respeitar os seus mestres
(3) <i>Fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens;</i>	Refere-se a partilhar os seus bens com os seus mestres no caso de necessidade em forma de gratidão
(4) <i>Ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito;</i>	Formar médicos, isto é, o clínico sempre é um professor também.
(5) <i>Fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.</i>	Tutorar outros alunos de medicina
(6) <i>Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém</i>	Tratar para o bem-estar do paciente e nunca por mal (beneficência e não maleficência)
(7) <i>A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.</i>	Nunca recomendar nem dar a alguém algo que lhe mata Nunca dar nenhuma substância para provocar aborto

(8) <i>Conservarei imaculada minha vida e minha arte.</i>	Comportar-se com toda honra e praticar a medicina de melhor forma que pode. Manter a boa imagem e o compromisso com a profissão;
(9) <i>Não praticarei a talha, mesmo sobre um calcúlculo confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.</i>	A mensagem que se passa, é que o clínico deve fazer apenas aquilo que lhe compete e referir os casos que não são da sua competência para quem de direito
(10) <i>Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.</i>	Tudo que farei com paciente é para o bem-estar dele. Abuso, sedução ou assédio sexual dos pacientes são proibidos seja quem for o paciente
(11) <i>Aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.</i>	Manter toda confidencialidade do paciente
(12) <i>Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça".</i>	O clínico que cumprir com seus juramentos merecerá ser honrado entre os homens e gozar uma vida feliz com a sua família, mas aquele que o infringir deverá ter o contrário

3.3. Com o passar do tempo, e a transição da época religiosa para a época filosófica, abandonou-se parcialmente o ideal de que a arte médica fosse um dom divino, e se começou a tentar desligar a medicina da igreja, mas, somente na revolução industrial, que ocorreu 1º na Inglaterra no século 18, e se expandiu pelo mundo no século 19, é que se concretizou a medicina como sendo algo puramente científico, e já podia ser praticada por qualquer pessoa capacitada. Na mesma altura, percebeu-se que não era necessário, que a arte médica fosse passada de pai para filhos, e passou-se a industrializar esta ciência com a criação de escolas médicas.

Durante muito tempo, o juramento manteve-se intacto, embora a necessidade de mudança estivesse clara, somente em 1948, em Genebra, o juramento foi actualizado, e passou-se chamar, *Declaração de Genebra*, que também sofreu modificações em 1968, 1984, 1994, 2005, e 2006, a adquiriu a seguinte forma:

3.4. Declaração de Genebra (Juramento de Hipócrates modificado):

- (1) *“NO MOMENTO DE SER admitido como membro da profissão médica:*
- (2) *EU JURO SOLENEMENTE consagrar a minha vida a serviço da humanidade;*
- (3) *EU DAREI aos meus professores o respeito e a gratidão que lhes são devidos;*
- (4) *EU PRATICAREI a minha profissão com consciência e dignidade;*
- (5) *A SAÚDE DE MEU PACIENTE será minha primeira consideração;*
- (6) *EU RESPEITAREI os segredos confiados a mim, mesmo depois que o paciente tenha morrido;*
- (7) *EU MANTEREI por todos os meios ao meu alcance, a honra e as nobres tradições da profissão médica;*
- (8) *MEUS COLEGAS serão minhas irmãs e irmãos;*

(9) *EU NÃO PERMITIREI que concepções de idade, doença ou deficiência, religião, origem étnica, sexo, nacionalidade, filiação política, raça, orientação sexual, condição social ou qualquer outro factor intervenham entre o meu dever e meus pacientes;*

(10) *EU MANTEREI o máximo respeito pela vida humana;*

(11) *EU NÃO USAREI meu conhecimento médico para violar direitos humanos e liberdades civis, mesmo sob ameaça;*

(12) *EU FAÇO ESTAS PROMESSAS solenemente, livremente e pela minha honra."*

Exercício

Pedir aos estudantes para comparar os 2 juramentos indicando aspectos em comum (10min)

Respostas / temas de discussão

Embora este juramento seja modificado, existem alguns ideais que se mantêm inalterados, como:

- Não ao assédio sexual;
- Respeito pelos professores e pelos colegas de profissão;
- Não à maleficência;
- Confidencialidade;
- Manter a boa imagem e o compromisso com a profissão

Perguntar porquê esses ideais se mantêm, e qual é a sua importância prática. (5 min)

Resposta / discussão

A *confidencialidade* tem como objectivo, proteger a dignidade humana, e manter uma relação clínico-paciente, baseada na confiança e cumplicidade. Por exemplo, imagine um doente que faz um teste de HIV, e o resultado é positivo, numa sala fechada com o seu clínico, e mais tarde este doente vem a saber que outras pessoas têm noção do seu estado. Qual será o impacto na relação clínico-doente? Na reputação desse médico? As consequências emocionais e sociais na vida do doente? Entre outros aspectos que fazem da confidencialidade um dos pilares da ética médica.

A *não maleficência* assim como a *confidencialidade*, são ideias já existentes muito antes da época de Hipócrates, e é possível observar em citações bíblicas como “ não matarás”, onde reflecte-se a importância de não fazer mal ao próximo. Por exemplo, não dar um remédio que possa fazer mal ao bebé, para uma mulher grávida, mesmo que seja com propósito de curá-la de alguma enfermidade, procurar outra alternativa, ou optar por um mal menor.

Identificar o que já não se pratica no juramento original, e porquê foi retirado (5 min)

Existem ideais que foram completamente abandonados como:

- Ensinar a medicina somente aos seus descendentes e aos descendentes dos seus mestres;
- Só o médico sabe o que é melhor para o doente, adoptando uma posição paternal.
- A proibição do aborto (continua sendo até hoje tema de debate);

Identificar os princípios que foram acrescentados e porquê (5 min)

Outros ideais foram acrescentados, em virtude de avanços tecnológicos, e algumas violações aos direitos humanos, e dos pacientes, ao longo da história como é o caso das experiências em Humanos feitas durante a guerra mundial. Acrescentaram ao juramento, ideais como:

- Não aos tratamentos diferenciados aos doentes, segundo a sua origem, raça, situação económica, etc.
- Respeito pelos direitos humanos;

Em resumo o juramento actual reflecte os 6 princípios da ética médica:

- Autonomia
- Beneficência, reflectido no 10º parágrafo.
- Não-maleficência - "primeiro, não causar mal", 5º parágrafo
- Justiça - em relação à distribuição de recursos escassos, ou protecção dos direitos humanos, parágrafo 11.
- Dignidade - o paciente (e o profissional que o trata) tem direito a dignidade, observa-se nos parágrafos 6 e 9
- Veracidade e honestidade - não deve-se mentir ao paciente, que merece conhecer toda a verdade sobre sua doença e tratamento.

BLOCO 4: MARCOS HISTÓRICOS QUE DETERMINAM A EVOLUÇÃO DA ÉTICA, BIOÉTICA E DEONTOLOGIA (para leitura individual)

4.1 Período da religiosidade:

Historicamente a ética tem sido muito influenciada pelo pensamento religioso. Durante séculos, a visão religiosa predominou, sobretudo nas sociedades rurais. Nos povos pré-históricos e entre aqueles que viveram nos primeiros séculos da Antiguidade, a prática da medicina e a religião estavam tão entrelaçadas que os valores religiosos tinham predominância sobre os valores morais propriamente médicos. Nessa época a prática médica era conduzida por sacerdotes, cujo poder para efectivar a cura somava aos seus conhecimentos terrenos, a capacidade de auferir o beneplácito (consentimento ou permissão) da divindade.

O primeiro passo que marca a substituição do carácter religioso da ética médica para o laico (não religioso) ocorreu na Mesopotâmia, na área legal, com o Código de Hamurabi, do século XV a.c.

O Código de Hamurabi é a mais antiga legislação conhecida que punia o que posteriormente veio a ser denominada **má prática médica**, tomando como critério a reciprocidade, expressa na fórmula: *olho por olho e dente por dente*.

Por exemplo, a condenação do aborto ou de suas consequências para quem o provocou.

4.2 Período dos filósofos

Os gregos parecem ter sido o primeiro povo a tratar as questões éticas de forma distanciada do ponto de vista religioso, considerando-as tema filosófico.

No período pré-socrático ou pré-hipocrático, os filósofos pitagóricos escreveram textos em que incluíam as ideias morais de justiça, abstinência, pureza e santidade. Como exemplos, os escritos que formam o *Corpus hipocrático*, (Hipócrates, 460-375 a.C.) da Grécia, que para alguns não foi redigido por uma só pessoa nem sequer teriam sido idealizados na mesma época.

No entanto, pode-se acreditar que o juramento foi escrito por Hipócrates, que viveu numa época absolutamente característica, pois compartilhou da contemporaneidade de filósofos como Platão (427-

347 a.C.) e Aristóteles (384-322 a.C.). O juramento hipocrático, o mais antigo código de ética médica possui em sua parte inicial uma invocação aos deuses, o que permite colocá-lo como produto de sua época histórica, na qual a medicina ainda não era considerada actividade essencialmente laica. Reforça a noção de tal historicidade o fato de que, naquele tempo, o conhecimento era transmitido de pai para filho. Portanto, relativo ao contexto e às circunstâncias históricas.

4.3. Período monástico

De maneira geral, a medicina sai de uma fase laica para uma mistura de religiosidade e superstições, levemente influenciada pelos preceitos galénicos (tolerados pela hierarquia religiosa), que se misturavam com a experiência mais ou menos espontânea de cada médico.

Numa sociedade dividida em feudos, a religião dominante garante a unidade social e a coesão ideológica, embora a medicina monástica (que predominou ao longo do período compreendido entre os séculos VIII e X no Norte da Europa), reflita a clássica ideologia de Hipócrates, tal como se percebe no espírito de um manuscrito do século VIII, encontrado em Bamberg, na Alemanha, combinando o idealismo clássico com a piedade cristã.

O que, no início da Idade Média, poderia ser chamado de **ética geral**, foi muito influenciado pela opinião de Santo Agostinho (354-430), o maior pensador da Igreja antiga. O carácter universal de sua linguagem, tomando elementos de Platão e adaptando-os ao cristianismo, fez a ponte entre a Antiguidade e a Idade Média. Por longos períodos a ética médica ficou restrita, devido a sua estreita ligação com a teologia, a etiqueta e a piedade cristã.

4.4. Período laico

O primeiro sinal de ruptura entre a teologia e a ética pode ter sido dado na *Utopia*, de Thomas Morus (1478-1535), um dos marcos culturais do fim do período medieval e do humanismo renascentista. A *Utopia* é uma parábola destinada a mostrar que o conhecimento e a prática da moralidade podem ser possíveis sem a revelação cristã. Antecipando-se à ruptura filosófica entre o material e o espiritual, posteriormente feita por Francis Bacon (1561-1626), esta obra revelou-se importante para o desenvolvimento das pesquisas médicas.

Em 1520 (quatro anos após a publicação da *Utopia*), o *Royal College of Physician*, de Londres, estabeleceu uma constituição médica que previa penalidades para os que a violassem. E já em 1543 este estatuto utilizava o termo *penal*, que vinte anos após foi trocado por *ético*.

Para os **utilitaristas** (1700-1800), acções certas são as que tendem a promover a felicidade; e as erradas, as que produzem o reverso. As acções que devem ser feitas são as que produzem mais lucro (felicidade) com o menor custo (infelicidade). Apesar de ter satisfatória aplicação nas decisões clínicas práticas, do ponto de vista da ética, e estar escudada por uma falsa objectividade, essa metodologia irá servir de justificação para atitudes e condutas bastante discutíveis ou mesmo desumanas, como, por exemplo, o que sucedeu em certos casos de retirada de órgãos para transplantes ou de uso de doentes em pesquisa clínica.

Thomas Percival (1740-1804), moralista do século XVIII, médico em Manchester, lançou em 1803 um livro sobre a **ética médica** que causou grande repercussão na Inglaterra e Estados Unidos, influenciando essas culturas. Nesta obra, dava feição liberal aos estatutos éticos do *Royal College of Physician* e centrava sua directriz no que considerava como obrigações do pessoal médico. Entre outros aspectos nomeou os seguintes encargos:

- a) Aquele que se assume ante si mesmo como pessoa, que procura ter qualidade e dignidade de conduta, factores essenciais para o carácter de um *cavalheiro*;
- b) Aqueles para com os seus colegas: ser *razoável, temperado, educado e pontual*;
- c) Aqueles para com os seus pacientes;

d) Aqueles para com a comunidade.

Ressalte-se que o primeiro código de ética médica adotado pela Associação Médica Americana, em 1847, fez uso de extensas secções do Código de Percival.

4.5. Alguns marcos da actualidade:

- 1940 – 1950
Investigação em seres humanos:
Relação médico paciente reflectia uma imagem de comprador-vendedor, criança e pai, servidor cativo e beneficiário.
- 1960- 1970
Debate-se a importância da confidencialidade, aborto, e faz-se a definição de morte. Nessa época, já se conhecia a importância da confidencialidade, mas, houve um renascer do tema, quando nos EUA, apareceram doenças de notificação obrigatória, no fórum epidemiológico, e se questionou o direito dos doentes e dos profissionais de saúde de manterem secretas doenças altamente transmissíveis (por exemplo a gonorréia). Houve também a necessidade de redefinir a morte, porque foi nessa altura em que surgiram aparelhos como a ventilação artificial, que mantinham o doente vivo, mesmo sendo dependente de máquinas. Daí surgiu a questão: quando é que se deve considerar morte?
- 1980
Aspectos éticos ligados a experiências genéticas, ética específica para enfermagem, ética profissional, questões reprodutivas, surgimento do VIH, direitos dos animais.
- 1990 em diante:
Projecto do genoma humano, direito a saúde, transplante de tecido neural fetal, clonagem, investigação e terapia em células tronco, intercâmbio cultural sobre a ética médica, medicina alternativa, medicina não ocidental.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5.1. Dilemas éticos ocorrem esporadicamente e frequentemente envolvem conflitos entre princípios básicos da ética

5.2. Para analisar melhor o conflito ético clínico deve primeiro analisar a conformidade das várias possíveis estratégias com as suas obrigações para o paciente e os seus colegas seguindo as 6 obrigações acima listadas

- a. Maximizar o bem-estar do paciente.
- b. Reconhecer que o paciente tem direito de decidir
- c. Dar suporte a família e melhorar o sistema de apoio da família.
- d. Levar a cabo as políticas do hospital.
- e. Proteger o bem-estar dos outros pacientes;
- f. Proteger os seus próprios padrões de atendimento

5.3. Depois de examinar as obrigações, geralmente é recomendável que quatro medidas adicionais sejam tomadas:

- a. Recolha o máximo de informação possível.
- b. Descreva as consequências prováveis de cada um dos cursos de acção
- c. Considere quem deve tomar a decisão final sobre o assunto.
- d. Consulta outros profissionais de saúde,

- 5.4.** O Juramento de Hipócrates, um documento para orientar a ética médica foi elaborado há mais de 2400 anos. A versão actual é a “Declaração de Genebra” que tem muitas cláusulas do juramento original.
- 5.5.** A Declaração de Genebra é um documento essencial para orientar a ética de praticantes de saúde e inclui as 12 cláusulas acima listadas
- 5.6.** Até aos dias de hoje, a ética médica tem evoluído ao longo dos tempos, os marcos históricos da antiguidade, aconteceram nos seguintes períodos: período da religiosidade, período dos filósofos, período monástico e o período laico.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional I	Nº da Aula	5
Tópico	Comunicação	Tipo	Teórica
Conteúdos	Relações interpessoais	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar e explicar os princípios que regem o padrão de uma boa comunicação interpessoal, tendo em conta a eficiência e a empatia;
2. Utilizar os princípios de uma boa comunicação interpessoal, com pacientes, familiares e outros profissionais.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	O que é Comunicação Interpessoal		
3	Princípios para uma Boa Comunicação Interpessoal		
4	Falhas na Concordância entre a Comunicação Verbal e Não-verbal		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

CIPA: Comunicação Interpessoal e Aconselhamento. Manual de Referência. Maputo: 2002

Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), ITECH, CDC. Manual de Referência do Tutor. Workshop de Tutoria Clínica de PTV. Maputo: 2008.

Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), I-TECH. Workshop de Tutoria Clínica de PTV. Manual do Facilitador. Maputo: 2008.

Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), JHU/CCP, USAID. Comunicação Interpessoal e Aconselhamento Para Uma Escolha Informada em Planeamento Familiar. Manual de Facilitadores. Maputo: 2004.

Rogers C, Roethlisberger FJ. Barreiras e entradas para a comunicação (Barriers and gateways to communication). Harvard Business Review.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: O QUE É COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

2.1. Introdução a comunicação interpessoal

Comunicação é a troca de informações entre um transmissor e um receptor, e a percepção do seu significado entre os indivíduos envolvidos.

Actualmente a comunicação pode ocorrer segundo as seguintes modalidades: comunicação de massa e comunicação interpessoal.

- A *Comunicação de massa* é aquela em que se usa um instrumento, ou seja, um meio para transmitir o que se pretende comunicar, receber as mensagens e em que se promovem diálogos entre muitas pessoas que não estão próximas. Exemplo: televisão, cartazes.
- *Comunicação interpessoal*, é a que ocorre entre as pessoas face à face e é essencialmente um processo interactivo e didáctico (de pessoa a pessoa) em que o emissor constrói significados e desenvolve expectativas na mente do receptor, ou pode ser definida como um método de comunicação que promove a troca de informações entre duas ou mais pessoas. Exemplo: diálogo entre o técnico de medicina e o paciente ou uma sessão colectiva de educação sanitária.

Cada pessoa troca informações baseadas em seu repertório cultural, sua formação educacional, vivências, emoções, isto é, toda a "bagagem" que traz consigo. Cada um tem seu repertório cultural exclusivo e, portanto, transmitirá a informação segundo um conjunto de particularidades e o receptor agirá da mesma maneira, segundo o seu próprio filtro cultural. Por exemplo, é oportuno proceder a um exame ginecológico na presença de uma enfermeira se o examinador for homem, de modo a deixar a senhora confortável, ou, que uma mulher islâmica pode não querer ficar sozinha numa consulta e pode exigir a presença do seu esposo mesmo que não seja necessário que ela se dispa.

Esta "bagagem", por vezes, pode fazer com que a informação recebida seja diferente da enviada. Estes filtros culturais e experiências pessoais podem ofuscar o verdadeiro sentido da mensagem.

O importante na comunicação interpessoal é o cuidado e a preocupação dos interlocutores na transmissão dos dados ou das informações em questão para que se obtenha o sucesso no processo desejado. É legítimo dizer que o cuidado e a atenção não devem ser somente da responsabilidade do interlocutor, mas o receptor por sua vez deve estar consciente dos seus filtros pessoais. O receptor deve também considerar os filtros culturais do interlocutor na mensagem recebida. Quando se fala da relação entre o técnico e o doente, deve-se considerar que, o técnico está numa posição mais favorável à mudança de atitude, tornando-se quase obrigatória a capacidade deste absorver os filtros culturais do doente, evitando assim, transmitir uma atitude de superioridade ou excessivamente paternalista.

O sucesso na comunicação não depende só da forma de como a mensagem é transmitida, mas a compreensão dela é factor fundamental. Lembre-se que vivemos em uma sociedade de cultura diversificada, e o que às vezes parece óbvio para o emissor, para seu interlocutor não é, e esta situação é particularmente comum quando se está perante um utente de baixo nível académico.

2.2. Exercício sobre comunicação

(20 min):

1. Perguntar aos estudantes como são atendidos quando vão a um serviço de saúde. Listar o que gostou e não gostou.

Nota: Direcção as respostas para a comunicação/comportamento do profissional de saúde com o paciente. Não deixar que falem do aspecto físico do hospital, ou sobre a longa fila de espera.

2. Listar as respostas no quadro e depois fazer uma análise, relacionando com a *empatia, atenção, escuta activa, verbalização e respeito*.

Possíveis respostas:

O que gostou:

- O profissional saudou o doente, apresentou-se e só depois perguntou pela sua saúde – *respeito*.
- Explicou claramente os procedimentos físicos à fazer.
- O profissional demonstrou muito interesse pela doença do doente e como isso afectava a sua vida sem julgar ou criticar aspectos da vida pessoal ou aspectos físicos do doente – *empatia*.
- O profissional não demonstrou impaciência, e durante a consulta, se fixou no doente e acenava enquanto o utente falava – *prestar atenção*.
- Fez resumo da queixa do doente, sem incluir a sua própria opinião do comportamento ou da queixa do doente – *verbalização*.
- O profissional ouviu não só o que o doente dizia, mas descodificava claramente o que o utente expressava com o corpo – *escuta activa*.
- Durante a consulta, comunicou-se com respeito, demonstrando que falava com alguém adulto e consciente- respeito.

O que não gostou:

- O profissional não saudou o doente.
- O profissional não deixou o doente explicar a sua queixa.
- Só fez perguntas fechadas e não fez exame físico.
- Cortava o discurso do doente.
- Julgou o comportamento do doente.
- Usou linguagem técnica.
- Conversou ao telemóvel e com os colegas enquanto o doente estava na consulta.
- Não ofereceu privacidade.
- Não mostrou interesse pelo doente.
- No fim, não explicou o que estava acontecer com o doente.
- Reclamou do excesso de trabalho com o doente.

2.3. Atitudes para uma boa comunicação interpessoal:

Nota: Esta parte da aula está ligada ao exercício anterior. Sugiro que não apague do quadro as respostas anteriores, e use os exemplos dos estudantes para melhor explicar as *atitudes para uma boa comunicação*.

As atitudes usadas para uma boa comunicação incluem:

- Empatia;
- Prestar atenção;

- Escuta activa;
- Verbalização sensível;
- Respeito pelo doente;
- Não julgar a atitude do doente.

2.2.1. Empatia

Empatia significa a tendência para sentir o que sentiria caso estivesse na situação e circunstâncias experimentadas, vivenciadas por outra pessoa.

"Curar ocasionalmente, aliviar frequentemente e consolar sempre" é uma frase que Ambroise Paré usou para descrever a empatia.

A empatia é uma forma de comunicação, que inclui três componentes:

- *Cognitiva*, caracterizada pela capacidade de compreender claramente os sentimentos e perspectivas de outra pessoa;
Ex: "Eu sei como é complicado ter uma doença crónica."
- *Afectiva*, identificada por sentimentos de compaixão e simpatia pela outra pessoa, além de preocupação com o bem-estar desta;
Ex: "Imagino como esta doença vai afectar a sua vida."
- *Comportamental*, que consiste em transmitir um entendimento explícito do sentimento e da perspectiva da outra pessoa, de tal maneira que esta se sinta profundamente compreendida.
Ex: "Eu sei como é complicado ter uma doença crónica, e imagino que venha afectar-lhe muito, por isso estou disposto para lhe ajudar, em todos aspectos"

A empatia não só tenta melhorar a comunicação do profissional com o doente, mas também, tenta mudar a maneira de como este vê o doente, evitando por exemplo que nas enfermarias, os doentes percam a sua personalidade ou nome e passem a ser o "leito 15" ou o "caso de cirrose".

Existem várias vantagens em ser empático, por exemplo:

- Cria uma boa relação com o doente, baseada na confiança e honestidade;
- Cria maior adesão para o tratamento;
- Cria um sentimento de acolhimento para o doente e de certa forma ajuda na sua melhoria, ou na maneira como lidará com a doença em casos terminais ou doenças incuráveis (crónicas e letais).

2.2.2. Prestar Atenção

Prestar atenção envolve "estar com" a outra pessoa, fisicamente e psicologicamente. Os comportamentos que demonstram atenção são geralmente *não-verbais*:

- Olhar directamente para outra pessoa, adoptando uma postura que identifique envolvimento;
- Adoptar uma postura aberta, evitando cruzar os braços e as pernas, inclinar-se levemente em direcção à pessoa alvo, acenar com a cabeça e/ou usar vocalizações breves (Ex: "hum-hum") quando a pessoa está a revelar algo importante, adoptar uma

postura descontraída - gestos nervosos, tais como: tamborilar, balançar a perna ou remexer-se na cadeira demonstram impaciência e desinteresse.

Maneiras efectivas de mostrar que estamos a prestar atenção podem ser:

- Comportamento corporal (postura, movimentos corporais);
- Expressões faciais (sorrisos, sobrancelhas arqueadas, lábios contraídos);
- Relação entre a voz e o comportamento (tom de voz, intensidade, espaço entre as palavras, fluência etc.);
- Ignorar completamente a existência do nosso telemóvel (não atender, não ler as mensagens, etc)
- Não folhear documentos, ou atender a um colega. Se for necessário fazê-lo, peça desculpas ao doente.

2.2.3. Escuta Activa (ouvir sensivelmente)

Ouvir sensivelmente não significa ser capaz de reproduzir o que alguém acabou de falar. O ouvir sensivelmente envolve dar ao outro a oportunidade de ser ouvido em seus próprios termos, sem ser julgado. O bom ouvinte é aquele que aprecia a outra pessoa tal como ela é, aceitando os seus sentimentos e ideias, tais como eles são. Como consequência, a pessoa se sente entendida, reconhecida, aceite e valorizada.

Os comportamentos envolvidos na escuta activa são:

- Deixar de lado as próprias perspectivas, desejos e sentimentos por alguns instantes e se voltar inteiramente para as perspectivas, desejos e sentimentos da outra pessoa;
- Observar e "ler" os comportamentos não-verbais que a pessoa-alvo está a manifestar enquanto fala, de forma a que através dos quais sejam identificadas as emoções;
- Colocar-se no lugar da outra pessoa, identificando-se com os sentimentos, perspectivas e desejos desta;
- Elaborar, mentalmente, uma relação existente entre o sentimento, o contexto e o significado deste contexto para a outra pessoa.

Por exemplo, em situações de conflito, quanto maior for a divergência de opiniões, mais importante é reconhecer o que a outra pessoa diz, antes de apresentar o próprio ponto de vista. Ouvir sensivelmente, demonstrar compreensão e aceitação a uma pessoa que está furiosa, ou que recebeu uma notícia chocante, tem o poder de reduzir a raiva ou ansiedade dessa pessoa, tornando-a mais disponível para ouvir também. Da mesma maneira, procurar compreender as razões do comportamento de alguém que provocou mágoa e raiva, pode reduzir esses sentimentos e facilitar um diálogo de entendimento.

É fundamental demonstrar compreensão e aceitação dos sentimentos e perspectivas da pessoa, sem apresentar qualquer justificativa, antes de se certificar de que a outra pessoa se sentiu realmente compreendida.

Algumas dicas a ter em conta numa escuta activa:

- Seja empático acima de tudo;
- Livre-se de qualquer preconceção acerca do assunto em abordagem;
- Livre-se dos preconceitos acerca da pessoa com quem está a comunicar;
- Procure ver a questão sobre o ponto de vista do interlocutor;

- Se tiver alguma experiência má com um tema relacionado, lembre-se que não estão a falar de si. Procure pôr o seu ponto de vista e experiência de lado na hora de ouvir, e se não consegue, admita para o interlocutor que não é capaz de dar um juízo adequado da situação.

2.2.4. Verbalizar Sensivelmente

A função da verbalização é clarificar se o que percebemos é realmente o que a pessoa explicou. Para isso, recomenda-se que o receptor faça um breve resumo do que foi dito. Durante a verbalização deve-se observar alguns aspectos tais como:

- Não exprimir a sua opinião durante a verbalização;
- Durante o discurso, fazer pequenas pausas para perguntar se é isso mesmo que ele quis dizer;
- Falar com calma e pausadamente para permitir que o receptor acompanhe o seu pensamento;
- E no final, perguntar se faltou algo.

A verbalização é de suma importância, pois, para além de mostrar que estivemos atentos, evita mal entendidos e mensagens distorcidas.

2.2.5. Respeito

Não se trata de uma atitude no verdadeiro sentido, mas é uma postura que as pessoas devem adoptar para serem bem aceites. No fórum da comunicação, quando se fala em respeito refere-se a actos de fala que usamos com os diferentes tipos de utentes. Por exemplo, uma das tendências dos profissionais de saúde é de falar com pessoas que têm dificuldades de falar ou de perceber a língua portuguesa, como se tratasse de uma criança. Para estes casos aconselha-se que o profissional fale com o doente na sua língua (caso saiba falar a língua) ou peça um intérprete, demonstrando desse modo, o respeito que tem pelo doente.

Também, pode-se demonstrar o respeito pela pessoa, informando-a sobre um procedimento que será sujeito (por exemplo uma punção venosa) ou sobre a toma dos medicamentos e respectivos riscos, ou simplesmente o acto de auscultar. Portanto, explique sempre o que vai fazer e porquê o fará, se o procedimento vai causar dor ou não, os efeitos colaterais, etc.

Exemplo: Ao auscultar o doente ou palpar o abdómen, não comece por mandar o doente tirar a camisa. Primeiro, explique que vai fazer um procedimento ou exame (dizer qual) e que há necessidade de tirar a camisa. Em seguida peça-lhe para tirar e explique a diferença que faz se não tirar.

Lembre-se sempre, que apesar de a pessoa estar numa posição passiva, a sua dignidade deve ser mantida.

BLOCO 3: PRINCÍPIOS PARA UMA BOA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Para uma boa comunicação interpessoal existem algumas habilidades a praticar:

3.1. Habilidade de transmissão:

- Usar linguagem apropriada e directa, como por exemplo, não dar explicações desnecessárias e muito detalhadas.
- Fornecer informações tão claras e completas quanto for possível.
- Usar canais múltiplos para estimular vários sentidos do receptor (audição, visão etc.). Por exemplo, se tentamos explicar para uma doente que ela tem mioma, podemos usar imagens

coloridas de úteros, assim, não só estimulamos a audição com a nossa fala, mas também, captamos a sensibilidade visual dela, e consequentemente, ela torna-se duplamente atenta.

- Usar comunicação face a face sempre que for possível.

3.2. Habilidades auditivas:

- *Escuta activa.* A chave para a escuta activa ou eficaz é a vontade e a capacidade de escutar a mensagem inteira (verbal, simbólica e não-verbal), e de responder apropriadamente ao conteúdo e à intenção (sentimentos, emoções etc.) da mensagem.
- *Empatia.*
- *Verbalizar.*

3.3. Habilidades de retro-informação:

Á retro-informação é a informação de retorno que deve ser dada ao receptor (doente). Esta informação pode ser sobre um diagnóstico, resultados do exame físico ou laboratoriais, prognóstico, ou algo acerca da medicação. Existem alguns aspectos a observar quando se pretende dar uma retro-informação, como:

- Não dar a retro-informação na presença de uma 3ª pessoa (familiares, estagiários ou até mesmo outro técnico que não esteja envolvido com o caso) sem o consentimento do doente;
- Assegurar-se de que quer ajudar;
- No momento da retro-informação, ir directo ao assunto, descrevendo a situação de modo claro e sem juízo de valores;
- Concentrar-se no problema (evite sobrecarga de informação);
- Estar preparado para receber uma retro-informação também, visto que o seu comentário provocara reacções no receptor;
- Ao encerrar a retro-informação, fazer um resumo para que ambos possam encerrar a discussão com as mesmas ideias, ou claros da posição um do outro.

3.4. LEMBRE-SE!

Uma boa comunicação deve-se basear em três princípios:

- Seja objectivo. Falar somente o que realmente importa na mensagem.
- Seja claro. A falta de clareza compromete os resultados.
- Seja preciso. Comparar, citar prazos exactos, e definir as metas categoricamente.

BLOCO 4: FALHAS NA CONCORDÂNCIA ENTRE COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO-VERBAL

A comunicação interpessoal é realizada de forma verbal e/ou não-verbal. A comunicação verbal exterioriza o *ser social* e a não-verbal o *ser psicológico*, sendo sua principal função a demonstração dos sentimentos.

4.1. Verbal ocorre face a face, entre as pessoas, com o uso da fala.

Alguns exemplos de uma boa comunicação verbal são:

- Atender ao utente na mesma língua sempre que possível, e usar expressões familiares, para que o doente se sinta aceite e apoiado;

- Evitar (sempre que possível) usar expressões técnicas e científicas que demonstrem a sua autoridade e crie distanciamento entre si e o doente.
- Elogiar e reforçar as atitudes e comportamentos saudáveis do doente, para estabelecer confiança entre ambos.
- Ter cuidados para não usar expressões que possam ferir costumes, religiões e tradições do doente. O ideal seria o técnico fazer um reconhecimento de área, assim que chegasse a uma localidade por ele desconhecida.
- Não falar ao doente com ironia ou sarcasmo, muito menos, com raiva e impaciência.

4.2. Não-verbal ocorre através de símbolos e/ou gestos.

Cada parte do nosso corpo pode transmitir uma mensagem para o receptor, por exemplo, franzir a testa, tremer a perna, sorrir, gesticular, mudar constantemente de posição, bocejar enquanto falar com o doente, e por aí fora.

A linguagem corporal é descrita como uma forma complexa de interação interpessoal da qual temos pouca consciência, ocorrendo por vezes sem o nosso controlo. Tem por função expressar sentimentos, emoções e transmitir mensagens, cujos significados são influenciados pelo contexto. O conhecimento da linguagem corporal amplia nossa percepção profissional e é mais um instrumento para melhorar a qualidade da assistência médica.

Alguns observadores atentos conseguem ver no outro quase tudo que o outro está a esconder - conscientemente ou não. Assim tudo que não é dito pela palavra pode ser encontrado no tom de voz, na expressão do rosto, na forma do gesto ou na atitude do indivíduo.

O uso da expressão verbal e não-verbal é de suma importância na comunicação, mas mais importante ainda, é conseguir combinar os dois aspectos. Por diversas vezes a pessoa pode dizer algo, mas agir de modo contrário, como por exemplo, dizer que está interessado em algo que o doente está a dizer, e ao mesmo tempo começar a falar com o seu colega sobre outro assunto.

Outro bom exemplo da combinação entre comunicação verbal e não verbal é o exame objectivo (EO) que, para além de ser fonte de informações preciosas que podem não ser evidenciadas pelo simples exame anamnésico, “a entrega” do corpo do doente ao técnico de medicina é uma situação de intimidade que não acontece na maior parte das outras profissões (por exemplo, entre professor e aluno, polícia e cidadão, advogado e cliente.). Esta “entrega” pode criar um mecanismo de confiança entre paciente e clínico, sempre que for feita com cuidado. Qualquer paciente percebe se o EO é feito apressadamente e com fraca qualidade. Ao contrário, o doente examinado com cuidado ficará sempre satisfeito e confiante com a capacidade do clínico, tornando deste modo o exame objectivo uma grande ferramenta da linguagem não verbal.

Existem alguns casos óbvios de falha na concordância entre a linguagem verbal e não-verbal como:

- Fazer uma cara de aborrecido e cansado, enquanto acabamos de dizer que estamos interessados num discurso;
- Adormecer no meio de uma aula;
- Ou olhar sempre ao redor enquanto conversamos com um doente.

Mas também, existem discordâncias tão subtis que nem percebemos, como por exemplo:

- O profissional durante a anamnese é muito empático com o doente, mas quando tem que examiná-lo, embora não haja sinais de contaminação, calça luvas, veste a máscara, e depois lava avidamente as mãos.

O profissional pode justificar a sua atitude, referindo-se a biossegurança, mas a verdade é que nem sempre ele necessita desta segurança toda, e embora muitos profissionais ignorem esse facto, os doentes vão fazer a sua leitura pessoal deste tipo de atitudes, e a conclusão que chegam é que o profissional nunca esteve de facto preocupado com ele, ou encaram como sinal de desprezo, criando uma barreira entre o técnico e o paciente.

4.3. Dicas para ter uma combinação verbal e não-verbal de sucesso:

- Diga, sempre que possível, a verdade;
- Manter uma cara neutra, mesmo não concordando com o doente;
- Tentar não ser falso, saber pedir desculpas ou lamentar algo, e tentar manter o contacto visual e uma expressão facial neutra;
- Não levantar a voz, e nem usar tons irónicos;
- Antes de falar, pensar no que vai dizer com calma. Isto porque a linguagem não-verbal é o espelho do que estamos pensando;
- Procurar estar sempre atento à conversa e centralizar sua atenção somente naquele assunto;
- Tentar não vaguear em outros assuntos quando está numa conversa com alguém. Isso vai se notar na sua cara, nos movimentos do seu corpo, até na frequência respiratória.
- Quando se distrair, peça desculpas, e peça para o interlocutor repetir, ou, repita você o discurso.

O sucesso desta combinação traz muitas vantagens, dentre elas:

- Torna o discurso mais convincente;
- Transmite confiança ao interlocutor;
- Prendemos mais a atenção do interlocutor;
- O próprio interlocutor ao perceber que dizemos o que realmente pensamos cria um ambiente de cumplicidade que faz com que ele se sinta à vontade de continuar com o discurso;
- O interlocutor sente-se “escutado”.

4.4. Exercício 2 sobre comunicação

1. Dividir a turma em 6 grupos (de 5 a 7 estudantes);
2. Criar os seguintes cenários e pedir que eles criem um drama;
3. Depois escolher 3 grupos para apresentar em plenário;
4. Pedir os observadores que digam os pontos fracos e fortes da apresentação e com ajuda de toda a turma, ver possíveis maneiras de melhorá-lo;
5. Prestar atenção ao tempo e não deixar que se desviem do objectivo, que é aprender a comunicar com as atitudes certas.

1º Cenário

Técnico: Está no meio de uma consulta, e está aparentemente muito ocupado e impaciente, o telemóvel toca várias vezes, e o colega interrompe a consulta para perguntar algo.

Paciente: De 50 anos, feminino, é uma pessoa da zona rural, e não fala bem português. Enquanto o técnico faz uma pergunta o doente responde coisas contrárias porque não percebe bem português, fala muito devagar, e dá muitas voltas para responder. A queixa principal é tosse, pergunte:

- Quando começou?
- Como começou?
- Como está a evoluir a tosse (melhorou ou piorou)?
- Factores que precipitam ou que atenuam a queixa?
- Queixas associadas à tosse?

Os restantes colegas do pequeno grupo devem observar se o técnico preservou a empatia, o prestar atenção, a verbalização, a escuta activa e o respeito.

2º Cenário

Técnico: Neste cenário, deve identificar um aluno com características de alguém que segue princípios morais. Sugere-se alguém com esta personalidade porque se tenciona obter reacções muito naturais. Mais do que tentar tratar o doente, o técnico deve tentar dar aconselhamento sobre:

- O número de parceiros;
- O uso de preservativos;
- A importância de tratar as/os parceiras/os sexuais, todas/os;
- Os riscos que correm pelas infecções recorrentes.

Paciente: De 25 anos, de sexo masculino que vem pela 5ª vez para este mesmo técnico, com a mesma queixa que já foi tratada 4 vezes: gonorreia. Enquanto o técnico aconselha-o, ele mente acerca da falta de prevenção, insiste que só tem uma parceira, que usa preservativo com ela, e que apanhou gonorreia usando a toalha de alguém. O único objectivo dele é receber o tratamento e continuar a vida. É jovem e se acha muito esperto e tenta justificar e contornar todos os conselhos que está a receber do técnico.

Os restantes colegas do pequeno grupo devem observar se o técnico preservou a empatia, o prestar atenção, a verbalização, a escuta activa e o respeito.

3º Cenário

Técnico: Quer fazer uma punção lombar. É um procedimento doloroso e delicado em que a criança deita na cama, em decúbito lateral, e o clínico pede ao seu enfermeiro para segurá-la de modo arciforme. Desinfecta o espaço entre a L2-L3, e simula uma punção do LCR- líquido cefaloraquidano. Depois, deixa a criança deitada.

Paciente: Criança de 3 anos, com sinais e sintomas de meningite. Está acompanhada pela mãe e pela tia. Elas são informadas sobre a execução do exame e não se opõem.

Os restantes colegas do pequeno grupo devem observar se o técnico preservou a empatia, o prestar atenção, a verbalização, a escuta activa e o respeito. Reparem que nesta situação, tudo parece natural, mas existem alguns pontos que o técnico irá negligenciar porque os acompanhantes aparentemente estão contentes com tudo.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** Comunicação interpessoal é um processo interactivo e didáctico (de pessoa a pessoa) em que o emissor constrói significados e desenvolve expectativas na mente do receptor, ou pode ser definida como um método de comunicação que promove a troca de informações entre duas ou mais pessoas.
- 5.2.** As atitudes a ter para conseguir uma comunicação efectiva são: empatia, prestar atenção, escuta activa, verbalização sensível, respeito pelo utente.
- 5.3.** Para uma boa comunicação interpessoal é necessário que seja objectivo, claro e preciso.
- 5.4.** É importante respeitar a expressão verbal e não-verbal da comunicação e garantir que sejam concordantes.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional I	Nº da Aula	6
Tópico	Comunicação	Tipo	Teórica
Conteúdos	Modelos de relacionamento com o paciente	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar e descrever os seguintes modelos de relacionamento com os pacientes:
 - a. Paternalista
 - b. Contratual
 - c. Dialogante
2. Comparar criticamente os diversos modelos de relacionamento com o paciente.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Modelos de relacionamento		
3	Análise crítica dos modelos de relacionamento		
4	Factores que influenciam na relação entre o utente e o profissional de saúde		
5	Os modelos de relacionamento sobre uma perspectiva da ética médica		
6	Pontos chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (Referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

Relatório Belmont - The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978, consulta em 07.09.2010

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>, consultado em 07.09.2010

Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. Hastings Cent Rep 1972;2(3):5-7
Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992;267(16):2221-2226.

<http://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm>

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: MODELOS DE RELACIONAMENTO

2.1. Introdução

Em todas relações interpessoais, existem modalidades de atitude, actos de fala, entre outros. A relação entre um trabalhador de saúde e seus utentes, é considerada uma das relações mais delicadas, no fórum profissional e por conseguinte deve ter um tratamento especial.

Ao longo de dois mil e quinhentos anos, a relação trabalhador de saúde-paciente foi guiada pelos princípios de beneficência e de não-maleficência, princípios que justificaram o paternalismo do trabalhador de saúde, isto é, o clínico sabia o que era melhor para o doente. A formulação dos direitos do paciente, em especial o direito à autonomia, trouxe novas implicações para a relação com os utentes. Reconheceu-se que o paciente pode ter outras considerações para além do contexto médico. Embora a autonomia seja um conceito positivo do ponto de vista ético, ela tem algumas limitações em Moçambique, pois boa parte dos utentes, não são bem informados, não têm acesso aos fontes de informação (como o Internet por exemplo) e têm um baixo nível de escolaridade. Por consequência, a relação clínico-paciente continua fortemente desigual.

Hoje em dia, há um crescente empenho dos profissionais e instituições da área da saúde em aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Gradualmente houve a incorporação, no campo da assistência à saúde, de noções vinculadas à cidadania, aos direitos do consumidor e à responsabilidade ética dos profissionais.

A qualidade de um serviço assistencial está directamente associada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os pacientes e os profissionais encarregados da assistência.

As diferentes possibilidades da relação profissional de saúde-paciente podem ser objectivadas através de modelos, tomando como base o tipo de doença, sua fase de evolução e as correspondentes condições psicológicas do paciente.

2.2. Tipos de modelos de relação entre o profissional de saúde e o paciente

2.2.1. Modelo contratual:

Consiste em o clínico expor todas opções terapêuticas, e em consenso com o doente, decidir qual é a solução, isto é, o profissional explora profundamente a queixa do paciente e associa ao seu estilo de vida, seus valores morais e pessoais e recomenda uma solução adequada. Este modelo propõe uma nova perspectiva nas relações entre profissional de saúde, paciente e sociedade. A sua maior contribuição foi a de prôpor um repensar na forma de relacionamento profissional de saúde-paciente, e romper com a tradição ocidental paternalista. O processo de tomada de decisão deve ocorrer num clima de troca de informações e negociação. A negociação caracteriza-se por possibilitar que todos os envolvidos tenham vantagens no processo.

Ex 1: O início do TARV num paciente com todos os critérios, deve ocorrer num clima contratual, onde o técnico explica porque se deve começar o tratamento, os efeitos positivos do TARV e os efeitos adversos. Cabe ao doente decidir se estiver psicologicamente preparado sobre o horário da toma dos ARVs, etc. Tanto o técnico e o utente estão profundamente envolvidos no processo de decisão.

Ex 2: Na escolha de métodos anticonceptivos, primeiro o técnico deve mostrar a utente todas as possibilidades e recomendar o tecnicamente mais indicado. Mas a escolha está ao critério da utente segundo o seu estilo de vida e conveniência.

Sempre que possível, é indicada uma negociação com o doente, sendo que este, é um bom modelo de eleição, mas existem situações em que o seu uso é obrigatório, como:

- Na gestão de doentes crónicos, como por exemplo, diabéticos ou hipertensos;
- Na prevenção de doenças transmissíveis como ITS; Note que, a prevenção é contratual, mas o tratamento deve ter uma abordagem paternalista, como se falará adiante.
- Quando há mais que uma possibilidade terapêutica de eficácia comparável;

2.2.2. Modelo dialogante (também chamado colegial):

Neste modelo o papel do clínico é limitado a uma exposição das soluções e o paciente decide, isto é, passa a existir uma relação indivíduo-indivíduo, não diferencia os papéis do profissional e do paciente no contexto da sua relação. O processo de tomada de decisão é de alto envolvimento por parte do doente. Não existe a caracterização da autoridade do técnico como profissional, e o poder é compartilhado de forma igualitária, ou até empodera mais o doente. O modelo dialogante subdivide-se em interpretativo (médio envolvimento) e deliberativo (alto envolvimento), de acordo com o grau de autonomia do paciente.

Este modelo, é impraticável na medicina pública, por falta de tempo e recursos.

Pode-se mostrar muito útil, nos casos de não aderência a um tratamento onde seria conveniente dar espaço e liberdade ao doente para explicar-se, percebendo no técnico, alguém tão humano como ele.

2.2.3. Modelo paternalista:

O Modelo paternalista é o mais tradicional. Em nome da Beneficência a decisão tomada pelo clínico não leva em conta os desejos, crenças ou opiniões do paciente. O médico exerce não só a sua autoridade, mas também o poder na relação com o paciente. O processo de tomada de decisão é de baixo envolvimento, baseando-se em uma relação de dominação por parte do médico e de submissão por parte do paciente.

Em função deste modelo e de uma compreensão equivocada da origem da palavra "paciente", este termo passou a ser utilizado com conotação de passividade. A palavra paciente tem origem grega, significando "aquele que sofre".

Ex 1: A decisão de fazer um teste de HIV no doente, mesmo sem o consultar, porque o médico acredita que isso ajudará na decisão terapêutica.

Ex 2: Fazer um tratamento de urgência numa condição que periga a vida do doente.

Recomenda-se o uso do deste modelo:

- Em situações de urgência, em que o tempo que se leva para entrar em consenso com o doente pode comprometer a sua vida, por exemplo, num acidente de viação, ou numa meningite.
- Situações em que se trata de doenças com grande impacto epidemiológico, como coléra.
- Em pacientes com dificuldades de compreensão das soluções, ou dificuldade de tomadas decisão.

O facto deste modelo não exigir negociação, faz dele algo fácil de aplicar e flexível, tornando-se muitas vezes o modelo de eleição em situações em que há muitos doentes por assistir, porém a sobrecarga de

trabalho não justifica o seu uso indiscriminado. Lembre-se que neste modelo, não respeitamos a autonomia do doente, que é um aspecto crucial para a adesão a tratamentos de longo prazo e não só.

Tabela 2.1: resumo das características dos modelos

Modelo	Autoridade	Poder	Relação de poder do Técnico	Relação de poder do paciente
Paternalista	Profissional de saúde	Profissional de saúde	Dominação	Submissão
Dialogante	Profissional de saúde	Paciente	Conselheiro	Decisão
Contratual	Profissional de saúde	Compartilhado	compromisso	Compromisso

É importante destacar que o uso de um determinado modelo é fortemente influenciado pela personalidade do técnico de medicina; é natural que alguns tenham uma inclinação pelo modelo paternalista, por ter uma personalidade protectora ou inclinarem-se para o modelo dialogante, por serem pessoas timidas. Por vezes, a própria personalidade do doente, pode afectar de modo inconsciente, a atitude do clínico. O que não se pode admitir, é que o profissional deixe que o seu “eu” afecte no sucesso da sua relação com o doente.

BLOCO 3: ANÁLISE CRÍTICA DOS MODELOS DE RELACIONAMENTO

3.1. Exercício:

15 min

1. Mencionar as vantagens e desvantagens de cada modelo.
2. O objectivo do exercício, é motivar os estudantes para o uso simultâneo dos modelos durante as consultas. Fazê-los perceber que todos modelos têm seus pontos fortes e fracos, e para uma relação de sucesso, deve-se sempre ponderar as 3 atitudes perante os doentes.

Possíveis respostas:

	Vantagens	Desvantagens
Paternalista	<ul style="list-style-type: none"> - faz uma boa abordagem dos principios de beneficiência e não maleficiência; - garante a escolha adequada do tratamento; - útil nas situações de emergência; - o tempo de consulta é menor. 	<ul style="list-style-type: none"> - ignora completamente a autonomia do doente; - é possível que o doente não adira ao tratamento por não se sentir envolvido; - limita as queixas do doente; - assume que o doente e o técnico, têm as mesmas crenças e valores.

Contratual	<ul style="list-style-type: none"> - há uma relação de confiança; - a queixa do doente é profundamente explorada; - explora e valoriza as crenças e princípios do doente; - a autoridade do clínico mantém-se - faz uma fusão entre as considerações biomédicas e psicossociais; - melhora a aderência e o control dos doentes; 	<ul style="list-style-type: none"> - não é útil quando não existe um leque de possibilidades - é demorado
Dialogante (colegial)	<ul style="list-style-type: none"> - o técnico e o doente têm uma relação aberta e baseada na confiança e cumplicidade; - o técnico, dá toda informação técnica sobre o assunto, e o doente escolhe o que se encaixa melhor ao seu estilo de vida; 	<ul style="list-style-type: none"> - a autoridade do técnico, como conhecedor da ciência é muito questionada - o tempo de consulta é muito longo - a preocupação do técnico, limita-se em querer fazer o que o doente quer; - assume que o doente tem informação clara e certa sobre o tema, o que quase nunca é verdade no nosso contexto - há uma possibilidade de o doente escolher uma opção terapêutica menos eficaz; - é demorado

3.2. Conclusões Sobre Modelos de Relacionamento

Nenhum dos tipos de relações acima descritos é melhor que a outra. Elas simplesmente correspondem a dadas situações e caracterizam pacientes que se encontram em contextos psicológicos distintos, sendo o dever do técnico, saber avaliar qual dos modelos é o mais indicado para a situação. Por exemplo:

O ideal, não é escolher um modelo e segui-lo a fio, mas sim, ir oscilando de um para o outro durante a consulta, e avaliar qual se enquadra melhor no contexto da doença e na personalidade do doente. Por exemplo:

1. Doenças de início precoce, de diminuta gravidade e que causam mínimo impacto emocional no paciente, geralmente produzem uma relação profissional de saúde-paciente de curta duração, frequentemente superficial, não apresentando influência demasiada no comportamento do profissional.
2. As doenças de início recente, porém de gravidade relevante, agravam os mecanismos afectivos, dando como consequência directa uma influência importante sobre o trabalho do clínico.

3. Nas doenças de longa duração, os fenómenos psicológicos assumem especial importância e necessitam de cuidados médicos crónicos, pois ao lado dos recursos terapêuticos (dieta, medicamentos, fisioterapia, cirurgia e outros) a acção psicológica do técnico passa a ter um papel fundamental.

BLOCO 4: FACTORES QUE INFLUENCIAM NO COMPORTAMENTO ENTRE O UTENTE E O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Em todos modelos de relação profissional de saúde-paciente acima mencionados, inserem-se aspectos emocionais voluntários e involuntários. Nessa relação os mecanismos mais identificados são:

4.1. Transferência

A transferência consiste em trazer sentimentos de uma relação passada, para a actual. Na relação clínico- paciente, este vem com uma preconcepção sobre os clínicos, que pode ser boa ou má, dependendo da experiência anterior. Esta experiência não tem que ser necessariamente no âmbito clínico, mas pode ser algo familiar, social ou até sentimental. Por exemplo, se um paciente questionou algo ao seu clínico no passado, e este por sua vez reagiu com violência verbal, impaciência ou indiferença, provavelmente, numa relação futura este doente não voltará a questionar, temendo a mesma atitude ou até poderá abandonar, desistir do clínico ou abandonar o tratamento. Este processo de transferência, frequentemente é involuntário. É importante lembrar ao técnico que ele deve estar consciente de possíveis preconcepções.

Fala-se de *transferência positiva* quando o paciente vive o relacionamento de maneira agradável, confirmando a expectativa que tinha de encontrar no técnico uma pessoa disponível, atenciosa e com capacidade para lhe ajudar.

A transferência também pode ser *negativa*. Neste caso, a atitude do paciente pode revelar sentimentos tais como desconfiança, inveja, desprezo, irritação ou até mesmo ira ou raiva exposta.

Muitas vezes o paciente pode apresentar essa transferência negativa sob a forma de reserva geral, escassez de informações ou pouca disposição de cooperar durante o exame e o tratamento, dificultando, assim, a resolução do caso.

Alguns comportamentos do médico durante a consulta podem ser a causa dessa transferência negativa, por exemplo:

- Pressa/ impaciência
- Indiferença, superficialidade e não prestar atenção, despachar o doente
- Arrogância, por exemplo ficar ofendido se o paciente questiona algo.
- Comportamentos inapropriados para relação profissional, por exemplo, “conquistar” uma paciente.
- Uso de palavras difíceis, por exemplo, cefaleias em vez de dor de cabeça.
- Má apresentação, estado de embriaguez, etc;

4.2. Contra-transferência

Os fenómenos de transferência não ocorrem somente do paciente para o profissional de saúde, o inverso também é observado, ou seja, do profissional para o paciente. Quando isso ocorre, é denominado *contra-transferência* e corresponde à passagem de aspectos afectivos do profissional para o paciente, entrando em jogo mecanismos inconscientes nascidos em sentimentos já vividos pelo técnico em relações anteriores – com os pais, filhos, cônjuge ou outras pessoas. Nenhum profissional

consegue entrevistar um paciente e evitar, pelo menos parcialmente, relacionar os factos por ele relatados com episódios de sua própria vida ou família. Os profissionais de saúde são seres humanos e não conseguem isolar suas emoções de seu trabalho, numa espécie de robotização.

A contra-transferência *positiva* é útil e importante, principalmente para o tratamento dos pacientes com doenças crónicas e incuráveis.

Quando *negativa*, geralmente é relatada pelo técnico como sendo aquele paciente “chato”, “irritante”. Nesse caso, cabe exclusivamente ao profissional elaborar seus conflitos emocionais, não deixando que interfiram negativamente na relação com o seu paciente .

4.3. Resistência

A principal razão que afecta o relacionamento entre os profissionais de saúde e paciente, reside no facto de que a grande maioria dos profissionais, principalmente os mais antigos, não foi preparada para comunicar seus pacientes. O modelo de medicina que aprenderam na faculdade ou institutos prega uma beneficência verticalmente paternalista, tendo em vista que o clínico, ao agir visando o bem do paciente, automaticamente supriria seu consentimento.

É importante lembrar que para superar a nossa resistência interna, lembre-se:

- Mudar é sempre traumático, comece com mudanças que sejam fáceis de executar, ou que beneficiem directamente os executores.
- Não tente resolver o maior problema primeiro, execute a mudança de maneira gradual.
- Reconheça as vantagens do método antigo, ou da maneira como as coisas vinham sendo feitas.
- Antes de rejeitar a ideia, experimente usá-la, com boa fé.

BLOCO 5: OS MODELOS DE RELACIONAMENTO SOBRE UMA PERSPECTIVA DA ÉTICA MÉDICA

Modelo contratual

Os princípios que apoiam esta proposta são: beneficência, proibição de matar, dizer a verdade, manter as promessas.

É uma proposta individualista com uma inserção da pessoa na sociedade. Neste modelo, é extremamente relevante, na medida em que o clínico deve ter em mente que somente pode manipular, receitar, conduzir, etc., seus pacientes, se eles de facto estiverem aptos e cientes de aceitar tais procedimentos e atitudes.

Modelo dialogante (colegial)

O Princípio da Autonomia, nesta relação, faz com que tanto o clínico como o paciente desenvolvam, de maneira eficaz e confiável, diálogos e entendimentos capazes de dar à relação profissional uma forma respeitosa e aceitável do ponto de vista médico, social e ético. Mas em contrapartida, questiona-se muito o poder do clínico de manter a beneficência e não maleficência do paciente.

Modelo paternalista

Este modelo é famoso pela ênfase atribuída aos princípios de beneficência e não maleficência.

Na relação médico-paciente em geral, e particularmente neste, tais princípios são de observância contínua e irrestrita. O paciente, ao procurar o profissional da área de saúde, busca a cura para o seu

mal, e o profissional, por sua vez, tentará empreender todos os esforços para não agravar o mal do paciente e para curá-lo da doença que o aflige.

O Princípio da Beneficência é que estabelece esta obrigação moral de agir em benefício dos outros. A Beneficência no contexto médico é o dever de agir no interesse do paciente, a fim de proporcionar-lhe o maior conforto possível e/ou o menor sofrimento ao seu mal, sempre com vistas aos demais princípios bioéticos. Porém, ainda neste modelo, pode-se observar que por consequência desse excesso de paternalismo, a autonomia do paciente fica ofuscada, ficando o destino do paciente à mercê do profissional de saúde. Isto pode ter consequências técnicas como não adesão ao tratamento, porque o paciente não se sente envolvido na sua cura, ou consequências éticas, como o surgimento de um dilema ético entre a beneficência e a autonomia.

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

- 6.1.** Existem 3 modelos de relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes, nomeadamente:
 - paternalista, em que o poder de decisão é completamente atribuída ao profissional;
 - contratual, onde o poder de decisão é partilhada por ambos, cabendo ao profissional as decisões científicas e ao paciente as decisões de acomodação
 - dialogante (colegial) onde não se destingue a autoridade do profissional da do paciente.
- 6.2.** Nenhum dos modelos de relações é melhor que a outra. Elas simplesmente correspondem a dadas situações e caracterizam pacientes que se encontram em contextos psicológicos distintos, sendo o dever do técnico, saber avaliar qual dos modelos é o mais indicado para a situação.
- 6.3.** De referir que a personalidade do técnico, por vezes determina a tendência para o uso frequente de um determinado modelo. É de responsabilidade do técnico, aprender a controlar as suas tendências, que podem ser influenciadas pela transferência, contra transferência e resistência.
- 6.4.** Todos os modelos têm uma base na ética médica.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional I	Nº da Aula	7
Tópico	Comunicação	Tipo	Teórica
Conteúdos	Órgãos de Comunicação	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar os princípios que regem o padrão de uma boa comunicação com os meios de comunicação.
2. Listar as principais razões que determinam uma comunicação pouco clara e não respeitosa com meios de comunicação.
3. Enfrentar os meios de comunicação sem faltar à verdade, mas sem quebrar as regras éticas.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	O Profissional de Saúde e a Imprensa		
3	Esquemas Internos para Melhorar a Relação com a Imprensa		
4	Princípios para uma Boa Comunicação com Órgãos de Informação		
5	Como Conceder uma Entrevista		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

Abreu JL. Comunicação e medicina. Coimbra virtual, 1998, revisto 2008.

Barata, RCB. Saúde e direito à informação. Cad. Saúde Pública vol.6 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 1990. Acessado em 21/09/2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1990000400003&script=sci_arttext&tlng=en,

Ética médica. Acessade em 21/09/2010. Disponível em:

<http://www.encolombia.com/etica-medica-indice.htm>

Gregg M. Epidemiologia do campo (Field epidemiology). 2 edição, 2002, cap 13.

Pinto FS. Ética médica em face da liberdade de expressão, comunicação e sigilo profissional. Pontifícia Universidade católica, 2006.

Sindicato dos médicos de Minas gerais. Manual de Médicos.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A IMPRENSA

2.1. Introdução

O direito à informação no âmbito da saúde pública é importante sobretudo quando permite aos grupos sociais agirem diante de situações que ameaçam potencialmente à saúde.

Os serviços de saúde e tudo relacionado a estes, são alvos de interesse da imprensa. Por isso, antes de mais nada, é necessário que o profissional, nunca se ponha no lugar da *vítima* ou de *presa favorita dos média*. Ele deve reconhecer a sua autoridade e estar sempre a altura da responsabilidade que lhe é atribuída, que implica lidar com a imprensa e admitir para si mesmo que a imprensa pode se tornar o seu aliado na comunicação com o povo, se lidar de forma adequada com ela.

A partir dessa concepção, o profissional de saúde está apto para lidar com a imprensa. É sempre válido, ter em mente que menosprezar o papel da imprensa ou assumir uma postura arrogante frente aos média, é o pior que pode acontecer com o clínico. O clínico, na qualidade de profissional de saúde, nunca deve trilhar esse caminho.

Os meios de comunicação de massa, entre eles a grande imprensa, constituem um importante veículo na divulgação de informações de saúde para partes significativas da população.

Na área da saúde, o papel preponderante dos meios de comunicação irá se revelar nas situações colectivas (ou mesmo individual), como por exemplo:

- Quando há uma alteração na prestação de serviços, como no caso da descentralização do atendimento aos seropositivos;
- Divulgação de campanhas de saúde
- Quando surge um escândalo no seio dos serviços de saúde;
- As epidemias, quando a população se vê ameaçada,
- Em situações de divulgação de políticas de prevenção ou até
- Em caso de acidentes ou outros acontecimentos inesperados, como desastres naturais, que possam perigar a vida da comunidade, por exemplo, em caso de cheias, é de interesse público saber se houve mortes ou não.

2.2. Vantagens em se dar uma informação à imprensa:

- Ajuda a dar esclarecimentos acerca dos serviços de saúde, por exemplo no caso de haver algo que ameaça a boa imagem da instituição.
- Divulgar a existência de um surto/ epidemia, que traz vantagens como:
 - A população e os clínicos mostrarem-se atentos para o problema, ocorrendo, então, a busca de atendimento e diagnóstico mais precoces.
 - A rápida aplicação da terapêutica correcta reduz a letalidade, bem como os riscos de complicações e sequelas.

- Conhecer um caso particular da doença, não permite aos indivíduos captar a dimensão do problema, é sempre bom que uma autoridade lhes lembre que não se trata de um caso particular, por exemplo, saber que o seu familiar tem cólera é bem diferente de saber que, para além do seu familiar, a província toda tem casos de cólera.
- Informar as pessoas sobre o comportamento da doença, não apenas sob ponto de vista clínico (sinais e sintomas), mas, principalmente, em seus aspectos epidemiológicos: grupos de riscos, distribuição geográfica, factores que favorecem a transmissão etc.
- Disseminação de informação acerca de serviços de tratamento disponíveis – p.ex para atendimento de casos de cólera
- Esclarecer as más concepções / ideias erradas
- Enfrentar e corrigir rumores e boatos

Por outro lado, o interesse que os jornalistas têm, acima de tudo, é vender o seu trabalho (jornal, reportagens etc), então, deve-se ter cuidado com o que se diz, porque os jornalistas têm a tendência para enfatizar as coisas trágicas ou escandalosas, dando outra cara a informação. Finalmente, com respeito ao direito à informação, é importante ressaltar que este direito pressupõe, mais do que a simples divulgação de alguns factos, mas também, aspectos relativos à qualidade das informações divulgadas. A qualidade da informação, evidentemente, depende de um conjunto de factores. Dentre eles, podemos destacar alguns, tais como:

- O pouco conhecimento do assunto por parte de algumas autoridades, inclusive da própria área de saúde;
- A pouca compreensão por parte dos jornalistas dos assuntos cobertos e a dificuldade de comunicação entre autoridades ou técnicos e jornalistas, gerando informações parciais ou mesmo distorcidas.

BLOCO 3: ESQUEMAS INTERNOS PARA MELHORAR A RELAÇÃO COM A IMPRENSA

O trabalho do clínico é directamente com o povo, então, seria mentira este pensar que nunca terá que dar declarações públicas, sobre um assunto, seja ele bom ou mau. Para isso, uma boa estrutura interna do serviço de saúde para dar informes, deve ser organizada, com a mesma relevância que se dá à estrutura de uma enfermaria. Observe algumas recomendações na eleição do porta-voz:

3.1. Crie o seu próprio esquema de comunicação

A relação com a imprensa pode ser facilitada se tiver na estrutura interna da sua unidade sanitária duas pessoas para fazer sempre os comunicados, *o porta-voz, e um substituto*. Estas pessoas têm como função saber o que falar a um jornalista, saber distinguir que informação importante que efectivamente poderá ser útil para a população e saber distinguir aquela que facilmente será deturpada. Este porta-voz, deve ser de preferência, em ordem hierárquica, o mais alto, e deverá ter a responsabilidade de estar a par de todos eventos, internos e externos, relacionados com saúde.

Lembre-se que somente o porta-voz, tem autoridade para fazer declarações públicas, devendo isso ficar claro para o resto da equipa. Se o porta-voz não estiver disponível, deve-se chamar o substituto.

Na realidade moçambicana, por vezes torna-se difícil ter um porta-voz na unidade sanitária, ficando este papel de transmitir informação para as sedes distritais ou hospitais distritais.

3.2. Estabeleça uma boa relação com os jornalistas

A pessoa encarregue do esquema de comunicação terá que estimular e manter uma relação regular com a imprensa. Há, no entanto, um ponto que não se pode esquecer: um jornalista não é um redactor

de textos publicitários. Ele tem (ou deveria ter) um código de ética que deve ser respeitado e, além de tudo, não é "comprável". É ele quem selecciona as notícias que serão editadas conforme a importância para o público-alvo. Ter um certo domínio sobre o jornalista pode ser fundamental. Para que isto aconteça é importante:

- Ser preciso;
- Falar sempre a verdade;
- Não fornecer informações atrasadas;
- Dar detalhe;
- Facilitar, sempre que possível, o acesso às principais fontes de informações;
- Confiar no jornalista.

3.3. A imprensa e os serviços de saúde têm o direito de procurar um ao outro, para buscar ou dar informação.

Ao contrário do que se possa pensar, os serviços de saúde, também devem procurar a imprensa, para prestar contas à comunidade, como por exemplo, em caso de escândalos, como no caso do “mecânico-ginecologista” ocorrido no HCM, em que um mecânico fez-se passar por ginecologista e atendia as pacientes por quase 1 ano, é dever do hospital, convocar a imprensa para prestar esclarecimentos, e não esperar que eles venham. Por vezes, o serviço de saúde ganha mais credibilidade e confiança da comunidade, quando procura a imprensa, ou por exemplo nos ambientes rurais, pode-se convocar uma reunião com os líderes comunitários e outras autoridades locais.

Os serviços de saúde, na pessoa do director provincial, devem também, convocar a imprensa, em caso de notícias agradáveis, como novas unidades sanitárias, medicamentos novos, etc.

- Quando a iniciativa parte da imprensa:

A imprensa pode abordar os serviços de saúde de várias formas: marcando um encontro formal e atempadamente, surgir de repente como por exemplo em escândalos, telefonar, etc. É importante lembrar que o sector de saúde não se deve incomodar com a presença da imprensa, lembrando sempre, que para além dos jornalistas estarem a fazer o seu trabalho, também estão ali em representação da comunidade.

Seja como for a abordagem, é aconselhável que o porta-voz, peça as perguntas que o jornalista lhe fará e tente fazer umas notas acerca do que vai responder. Em caso de assuntos polémicos, recomenda-se que o porta-voz, exija uma declaração assinada pelo jornalista, ou pela instituição que ele representa, afirmando que não fará mais perguntas além das que lhe foram mostradas longe das câmaras.

- Quando a iniciativa parte dos serviços de saúde:

A grande vantagem disto é que poderá organizar o assunto com calma e da melhor forma possível.

- Convoque uma reunião interna do serviço de saúde
- Decidam o que se deve abordar na reunião e a natureza das questões que querem que sejam esclarecidas
- Faça uma conferência de imprensa se muitos órgãos estiverem interessados no tema, que normalmente é tarefa do director provincial, mas recomenda-se ao técnico que entre em contacto com este para evitar contradições.

BLOCO 4: PRINCÍPIOS PARA UMA BOA COMUNICAÇÃO COM ÓRGÃOS DE INFORMAÇÃO

Para se ter uma boa comunicação com a imprensa, deve-se respeitar alguns princípios:

- Atender sempre a imprensa;
- Seja rápido em dar a informação;
- Fale para o, interlocutor/ ouvinte, oiça e perceba;
- Mantenha a calma e estabeleça o ritmo da entrevista;
- Fale a verdade e se não souber a resposta, seja honesto e diga que não sabe, mas oportunamente esclarecerá.
- Não fale de colegas nem atribua culpas para alguém em particular. Se tiver de falar de alguém, fale de si.
- Nunca diga “nada a declarar”;
- Evite declarações fora do ar, isto é, declarações que ocorrem depois da entrevista, num ambiente informal.

4.1. Atenda sempre a imprensa:

Atender a imprensa é um desafio para o técnico, mas incondicionalmente, é a melhor alternativa. Querer fugir, pode ser conotado como omissão de factos. Quando apenas a sua versão é divulgada, será recebida como a “certa”.

O técnico presta serviços à comunidade e dela não pode se desligar, e principalmente, porque o facto de o técnico não dar notícias, não impede o repórter de colher informação noutros lugares, e nunca se sabe o que de lá virá, e para reverter o que foi dito, é sempre uma tarefa difícil e desgastante.

4.2. Seja rápido em dar alguma informação:

O tempo é importante para os vínculos de informação, portanto, deixá-los esperar não é uma boa ideia. Assim que tiver uma ideia formada, convém estar com a imprensa quanto antes. Deixar a imprensa para depois, pode significar menosprezar a sociedade em geral e o direito que as pessoas têm a informação.

4.3. Fale para o telespectador, interlocutor/ouvinte, ouvir e perceber:

Tanto como o repórter o telespectador é um leigo em assuntos de medicina, portanto, as informações técnicas devem ser limitadas, e se for necessário usar, devem ser pacientemente explicadas. Por outro lado, evite, nas suas declarações, lembrar que o ouvinte é leigo. Ele sabe disso. Faça um esforço para ser claro e objectivo.

4.4. Mantenha a calma e estabeleça o ritmo da entrevista

A ferramenta de trabalho do repórter é a pergunta, portanto, não se irrite com a imprensa/repórter quando lhe for colocada uma pergunta. Dê atenção à todas as perguntas e responda no mesmo ritmo que são feitas. Lembre-se que não existem perguntas inconvenientes em situações de emergência e interesse geral. Tente ver a imprensa como o seu aliado no esclarecimento de questões e não como algo que vem para denegri-lo.

4.5. Fale a verdade

Ao conceder a entrevista, tente não omitir factos, porque, por mais que o repórter não saiba tudo, alguém que o ouviu pode saber. Ou ainda, lembre-se que a verdade sempre virá a superfície.

4.6. Nunca diga “ nada a declarar”

Lembre-se que não é obrigado a saber tudo. Se não sabe o que lhe é perguntado, diga simplesmente que não sabe, ou se por acaso não tem a certeza ou existem factos ainda por apurar, esclareça com honestidade, que a informação ainda não está apurada e não convém falar, mas posteriormente irá se esclarecer. A sinceridade e simplicidade são fundamentais para conquistar a simpatia do repórter e da população em geral.

Quando solicitado a opinar sobre o comportamento de seus colegas, evite manifestar qualquer opinião, pois, pode ser deselegante, antiético e até desrespeitoso. Fale sobre a sua conduta naquele caso.

4.7. Evite declarações fora do ar

Evite no máximo falar algo extra fora da entrevista, (microfone), lembre-se que o jornalista está ali para trabalhar, e não criar amigos. A qualquer momento isso pode ser usado contra si.

BLOCO 5: COMO CONCEDER UMA ENTREVISTA

5.1. Todos órgãos de comunicação têm algo em comum, a entrevista. Entrevista é a forma mais comum de interacção entre o clínico e o jornalista.

Para ter uma entrevista, os jornalistas podem marcar uma hora, ou simplesmente aparecerem, dependendo muito da natureza do assunto à tratar. A maneira como a notícia irá ser redigida, depende muito do tipo de jornalista que está conduzir a entrevista, se ele for para um jornal local, ou para um informe médico, mas basicamente, todos estão a procura das mesmas respostas que são: *Quem? O quê? Onde? Como? Porquê?*

Antes de conceder a entrevista, recomenda-se ao serviço de saúde que responda estas perguntas:

- Quem vai fazer a entrevista e para quem ele trabalha?
- Qual será o tema da entrevista e quais serão as perguntas?
- Onde será dada a entrevista? No seu gabinete ou nos estúdios?
- Quando será feita a entrevista e quando será apresentada ao público?
- Como a entrevista será conduzida? Gravada, rádio, cara a cara, em grupo etc
- Porquê se está a fazer a entrevista? Quais são os objectivos.

Se não tiver essas perguntas respondidas e claras, convém não conceder a entrevista. Há uma tendência em sentir-se lisongeado quando nos pedem uma entrevista, e por vezes nos precipitamos em aceitar, recomenda-se calma, porque uma entrevista mal planificada pode por vezes trazer grandes danos.

Frequentemente, os repórteres vêm com uma ideia sobre como será a entrevista, o desafio do clínico, é reverter ou garantir que a história do repórter seja verdadeira. Há uma tendência durante a entrevista, de dizer tudo o que sabemos, mas a verdade, é que o ideal é falar pouca coisa com enfoque nos aspectos chave.

Para não nos perdermos no discurso, existem algumas dicas:

- Construa uma única ideia (ideia chave) e anote;
- Arranje uma maneira de chegar a sua ideia chave durante a entrevista;
- Fale da ideia chave o quanto antes. Lembre-se a entrevista pode acabar de repente;

- Repita a ideia chave sempre que possível;
- Transmita a ideia chave numa linguagem que a comunidade irá perceber e repita sempre de maneiras diferentes de modo a dar chance a todos de a perceberem.

Use uma linguagem simples e sempre que possível fale como um membro comum da comunidade, por exemplo:

- Ao invés de dizer “cefaleias” diga “dor de cabeça.”
- Ao invés de dizer “profilaxia” use “*prevenção*.”
- Ao invés de “*metástase*” use “*espalhar*.”

Evite ao máximo, palavras que possam confundir as pessoas como: atípico, subclínico, culturas positivas, risco relativo, controlos, sensibilidade, especificidade, etc.

5.2. Técnicas para uma entrevista de sucesso com a imprensa

5.2.1. Ponte. Consiste em desviar o assunto que o repórter acha relevante para o que o clínico acha relevante. Ao invés de dizer que não tem nada a declarar, puxe o tópico para o seu lado. Por exemplo:

- Mudar o “*não sei*” para o “*sabias que*” ou “*ainda não haja resposta para essa pergunta, mas eu posso dizer que*”
- Não ignorar o que eles sabem: “*Isso era verdade no passado, mas agora...*”
- Importância: em vez de dizer que o que foi dito não é importante, puxe a pergunta para algo mais relevante p.ex “*...isso é um facto, mas o que realmente é importante...*”
- Afirmações: “*sim, mas complementando isso...*”
- Contradições: “*não exactamente, deixe-me explicar*”
- Focos: “*em geral isso é verdade, mas se olharmos para...*”

5.2.2. Sinalização. É uma técnica usada para salientar ou fazer sobressair exactamente o que é o seu objectivo com essa entrevista. Algumas frases que exemplificam a sinalização podem ser:

- *A coisa mais importante que posso dizer a cerca da gripe das aves é...*
- *Por exemplo, se uma mulher sexualmente activa perguntar...*
- *O único facto que a comunidade deve lembrar é ...*
- *A mensagem a levar para casa acerca da prevenção da cólera é...*

5.3. Algumas considerações sobre entrevistas radiofónicas

Neste contexto, o clínico deve ter muita atenção, e lembrar que a única coisa a que os ouvintes têm acesso será a sua voz. Então, será necessário usar com sabedoria os tons de voz, evitar uma declaração monótona, oscilar o tom de voz entre as declarações e falar claramente e alto, nas afirmações que pretende deixar marcadas. Uma parte das entrevistas na rádio, é feita por telefone, mais uma vez chama-se atenção para o desejo de falar com a comunidade sem estar suficientemente preparado.

5.4. Algumas considerações nas entrevistas telefónicas

Muitas vezes, em questões imediatas, as vezes os jornalistas fazem uma chamada telefónica para o porta-voz, e sem dúvida, esta é a situação mais complicada, porque o porta-voz é apanhado de surpresa e não pode avaliar a expressão não-verbal do jornalista. O porta-voz só deverá aceitar esse tipo de entrevista, se domina muito bem o assunto em questão, o ideal nesta situação, é que o porta-

voz se oponha e peça um encontro pessoal. Se for impossível o encontro, como nos casos em que o porta-voz está de viagem, sugira para o jornalista procurar o substituto.

Por vezes esta possibilidade não está disponível, e o porta-voz terá de aceitar a entrevista telefónica. Nestes casos, peça para o jornalista explicar muito bem o tema e peça meia hora para se preparar.

5.5. Algumas considerações nas conferências de imprensa

Em vários momentos, os serviços de saúde são contactados por vários jornalistas, para falar do mesmo assunto. Nestes casos, é recomendável, que os serviços ao invés de atenderem um jornalista de cada vez, convoquem uma conferência de imprensa.

Nas conferências, principalmente quando se trata de um assunto polémico, é comum haver um bombardeamento de perguntas e isso pode gerar nervosismo no porta-voz. Recomenda-se que mantenha a calma e fique focado na ideia chave. Responda somente às perguntas que lhe foram entregues antes da conferência de imprensa.

5.6. Algumas considerações sobre entrevistas na televisão

Lembre-se que neste campo, o clínico está a estimular 2 sentidos da audiência: a audição e a visão, portanto terão dupla atenção. Pode até parecer fútil, mas a aparência é importante para a credibilidade da mensagem; uma bata limpa, engomada e abotoada, cabelo organizado etc.

Existem algumas dicas para o sucesso em TV:

- Fique calmo e relaxado.
- Use contacto visual com o jornalista;
- Use roupas discretas. Se for numa indumentária que para si não é usual, é bem possível que não se sinta confortável, e isso nota-se.
- As expressões faciais devem ser naturais, o sorriso particularmente. Não sorria se não acha que deve;
- Deve ter uma postura correcta, mas relaxada;
- Frases breves e directas ao assunto
- Fale sempre que possível, usando palavras simples (evite palavras com muitas sílabas, a dicção é mais apurada;
- Por vezes, cale e oiça;
- Seja empático e confiante.

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

6.1. Os órgãos de comunicação social são aliados dos trabalhadores de saúde. Não se deve ver a imprensa como algo que irá denegrir a imagem dos serviços de saúde. O clínico deve estar ciente de que um dia irá ter contacto com eles e deve estar preparado. É direito da comunidade estar informada sobre qualquer evento que periga a vida.

6.2. Existem muitas vantagens em dar informação. E as vantagens são maiores quando é o serviço de saúde que procura voluntariamente e em primeiro lugar a imprensa.

6.3. Antes de começar a entrevista, o serviço de saúde tem o direito de solicitar as perguntas que lhe serão feitas e responder com calma e sabedoria num papel e só depois deverá começar a

entrevista formal. Saber dar a entrevista é muito importante, mas para isso é necessário esse preparo prévio.

- 6.4.** Criar um sector interno no hospital/US, para atender as necessidades da imprensa quando for necessário é de carácter obrigatório. Deve-se ter um porta-voz e um substituto para responder as questões da imprensa ou quando voluntário, comunicar algo a comunidade.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional I	Nº da Aula	8
Tópico	Relação dos Técnicos de Medicina com Pacientes e Familiares	Tipo	Teórica
Conteúdos	Discriminação, Confiança e Equidade	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir os termos de discriminação, confiança e equidade;
2. Identificar os diferentes tipos de discriminação e as formas em que se apresentam dentro do ambiente clínico, usando como exemplo o HIV/SIDA:
 - a. Por parte do profissional de saúde;
 - b. Por parte do paciente.
3. Indicar como construir uma relação de confiança e equidade com o paciente a ser atendido;
4. Avaliar criticamente as suas conversas com pacientes e familiares, tendo em conta os conceitos acima discutidos.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Discriminação, Confiança e Equidade		
3	Tipos de Discriminação		
4	O Alheio e a Discriminação		
5	Discriminação, Estigmatização, Prevenção e Isolamento em Saúde		
6	Como Evitar a Discriminação e Construir uma Relação de Confiança e Equidade		
7	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Lima Valentim IV, Krueh AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva* 12(3), , 2007. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000300028&script=sci_arttext

Kidd R, Clay S; USAID. Entendendo e desafiando o estigma (Understanding and challenging stigma). Setembro 2003.

Multikulti. Estigma e discriminação relacionada com o VIH. Disponível em:

<http://www.multikulti.org.uk/pt/racism-discrimination/hiv-related-stigma-and-discrimination/index.html>

Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética* 5(1): 27-33, 1997.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: DISCRIMINAÇÃO, CONFIANÇA E EQUIDADE

2.1. Introdução

O ser humano, ao longo de toda sua história, manifestou receio e até mesmo medo pelas novidades e pelas coisas diferentes do seu quotidiano. Sua análise estava baseada em conhecimentos não contestáveis, pois, não faria sentido acreditar em outras verdades se a sua vida se mantivesse aceitável e num caminho correcto até que tal diferença surgisse. Esta é a base para a discriminação, a atitude de considerar seu meio e cultura superior, ou mais apropriada em relação aos de demais.

Em todas as relações humanas, existem atitudes e pensamentos, que condicionam o sucesso das relações. Estas atitudes e ideias podem ser voluntárias ou involuntárias. A relação entre o clínico e doente, também é fortemente influenciada por esses aspectos, que podem levar a situações em que as atitudes dos clínicos, influenciadas por preconceitos, comportamentos discriminatórios e percebidos como estigmatizadores pelos próprios doentes ou pelos seus familiares, levam ao insucesso da relação clínico-paciente.

Com esta aula não se pretende apenas dar a conhecer sobre as atitudes discriminatórias perpetuadas por outrem, mas também as que cada um individualmente comete, bem como reconhecer as atitudes estigmatizantes e o impacto que podem ter no relacionamento com os pacientes.

2.2. Discriminação

Por definição, discriminação é o acto ou efeito de separar, estabelecer diferenças entre pessoas, de forma desigual ou injusta, baseando-se em preconceitos (ideias e percepções pré-constituídas e não demonstradas). **Exercício 1 sobre estigma e discriminação**

(5 min)

1. Qual é a diferença entre estigma e discriminação?

Respostas:

Estigma: é uma palavra de origem grega, que significa: signo, marca. Portanto, estigmatizar, significa “marcar pessoas, acontecimentos, ou comportamentos” normalmente num sentido crítico ou negativo.

Auto-Estigma: é quando pessoas que são portadoras de uma determinada característica percebida como negativa, sentem-se “marcadas” e fazem tudo por tudo para esconder o seu estado, particularmente aos seus familiares mais próximos.

Discriminação: Discriminar significa separar. No campo da medicina, significa tratar as pessoas de forma diferente, sem uma justificação clínica para o efeito.

Actualmente o termo estigma significa atitude, e discriminação significa acção.

Atenção: Isolar um doente com uma doença infecciosa não significa discriminar o doente, mas só tomar precauções preventivas para que a doença não se espalhe. Existem muitas doenças infecciosas que contêm riscos para saúde pública e que levam a comportamento que podem ser

considerados discriminatórios (como o isolamento do doente). Nestes casos, há uma razão de saúde pública que leva a “discriminar”o doente.

2. Dê exemplos de atitudes estigmatizantes comuns e actos discriminatórios comuns.

Exemplo 1: eu não gosto de indivíduos de raça negra porque são preguiçosos, por isso não vamos contratar o Sr. X.

Exemplo 2: é melhor não ir a loja dos indianos porque são muito aldrabões.

Assim, fica claro que tudo começa por uma generalização de conceito e que leva a consequências maiores e injustas, como tratar pessoas que não conhece de forma injusta, baseando-se somente em preconceitos. É sempre necessário considerar as pessoas como indivíduos. Cada um deve ser julgado pelas suas capacidades, não pela cor da pele, pelo sotaque, idade, sexo, beleza etc.

O acto de discriminar também tem a particularidade de que, quando se encontra uma pessoa que corresponda aos preconceitos achamos confirmação, mas quando encontramos alguém que não corresponda aos preconceitos que temos, ao invés de aceitarmos que aquele grupo tem qualidades diferentes, optamos por rotular como uma excepção.

Mas o que se exige de um ser racional é que antes de ter um acto de discriminação, ele analise tal diferença, para poder compreendê-la.

O acto de discriminação inicia quando a pessoa se depara com algo novo para o seu mundo, então desenvolve preconceitos, até poder entender a tal diferença. Porém se a diferença não for aceite, poderá desenvolver actos de discriminação.

Mas como saber se essa diferença é ou não algo aceitável? Muitas pessoas respondem isso de acordo com sua moral ou crença, este acto por si só é considerado discriminatório (o facto de não saber lidar com diferenças). O correcto é analisar o caso, e se o mesmo não for desrespeitoso e for sincero, não há motivo para se desenvolver um preconceito.

O acto de discriminar envolve, a não-aceitação de estar errado.

A discriminação pode estar orientada por:

- Sexo, idade,
- Raça,
- Religião,
- Nível social e económico
- Por ser uma pessoa portadora de algum tipo de deficiência.
- Por doença,
- Orientação sexual,
- Aparência.
- Outros

2.3. Confiança

A confiança é a base de qualquer relacionamento afectivo, sendo um factor de relevância para o sucesso ou insucesso de diversas relações.

A confiança pode ser influenciada por vários aspectos, tais como:

- *Julgamento racional* do indivíduo, com base no que ele julga "boas razões" para confiar;
- *Familiaridade*, a capacidade que a pessoa tem de reconhecer coisas em outra pessoa, que define como algo bom e confiável;
- *Factores cognitivos*, o conhecimento que a pessoa tem acerca do comportamento ou opiniões do observado;
- *Opinião colectiva* acerca de um comportamento. Quando a pessoa acredita que as outras não confiam no observado, o processo de construção de confiança pode ser deturpado.

Assumir que a confiança é constituída apenas por elementos cognitivos se mostra demasiadamente ingénuo. As emoções e sentimentos existentes entre as pessoas constituem uma parte importante das relações entre elas e, conseqüentemente, influenciam directamente na construção da confiança, visto que investimentos emocionais são feitos por ambas as partes.

Lembre-se que a confiança é uma ferramenta fundamental para o sucesso do diagnóstico e do tratamento.

2.4. Equidade

Equidade é um critério de justiça e igualdade para todos e, em relação à prestação dos serviços de saúde, tem dois aspectos:

- Equidade horizontal significa tratamento igual, para necessidades iguais. Um sistema de saúde é equitativo no sentido horizontal se todas as pessoas com necessidades iguais de cuidados de saúde tiverem as mesmas possibilidades de obter o mesmo tipo de tratamento.

Em geral, pessoas mais pobres têm menos possibilidades de obter cuidados de saúde em relação aos que têm maiores capacidades económicas.

- Equidade vertical significa tratamento disponível de forma proporcional à gravidade de doença. Um sistema de saúde é equitativo no sentido vertical se as pessoas com necessidades graves de cuidados de saúde tiverem mais oportunidades de receber o tratamento em relação aos que têm problemas menos importantes.

Normalmente, diferenças económicas e dificuldades de acesso económico e físico aos cuidados de saúde são considerados os factores mais importantes que influenciam a equidade. Por acesso físico entende-se sobretudo a distância da US mais próxima e a disponibilidade de transporte.

BLOCO 3: TIPOS DE DISCRIMINAÇÃO

3.1. Introdução aos tipos de discriminação

A Lei sobre a igualdade trata de dois tipos de discriminação:

- *Discriminação directa* que ocorre quando a pessoa é tratada de maneira menos favorável por causa de um preconceito do observador.
- *Discriminação indirecta* pode ocorrer quando existem regras, condições ou práticas, que se aplicam a todos mas que afectam mais um determinado grupo de pessoas do que outro, sem uma razão justificável. Por exemplo, a taxa única paga nos hospitais públicos para consultas ou receitas, pode até parecer aceitável para algumas pessoas, mas para outras, ser impossível de pagar: portanto funciona como um factor de equidade em relação aos utentes mais pobres.

Existem várias formas de manifestar a discriminação, por exemplo:

- Pôr barreiras económicas (por exemplo uma taxa para o atendimento).
- Assumir uma postura discriminatória em relação a um grupo (de acordo com sexo, idade, raça, características e classe sociais, tribo, proveniência, orientação sexual), de acordo com as ideias da maioria.
- Julgamento moral (pessoas julgadas pelos seus comportamentos).
- Tratar as pessoas como inúteis.

Lembre-se que afirmações como, “*ela é promíscua*” ou “*ela merece esse castigo*”, são afirmações moralistas e discriminatórias. As principais causas de discriminação podem ser:

- Falta de conhecimento ou informação sobre um assunto;
- Medo do desconhecido;
- Medo de morrer ou medo de doenças
- Fazer julgamentos morais ou pessoais aos outros;
- Fazer auto afirmação de si mesmo, comparando-se com os outros para se sentir melhor.
- Dificuldade em reconhecer uma acção discriminatória quando ela existe.

As consequências da discriminação podem ser:

- Ser afastado do seu meio social como: família, escola, trabalho, etc.
- Abandono do emprego ou escola;
- Depressão, alcoolismo, drogas e violência.

A discriminação manifesta-se também através da linguagem não verbal, por exemplo fazer caretas, apontar o dedo, afastar-se quando a pessoa aproxima-se, entre outras atitudes.

3.2. Exercício 2 sobre descriminação

(20 min)

1. Pense num momento em que foi discriminado ou julgado no ambiente hospitalar
2. Como se sentiu?
3. Como isso contribuiu na progressão da consulta, tratamento e acompanhamento
4. Que tipo de pacientes estão mais sujeitos a serem discriminados.

Possíveis respostas para a pergunta 4.

- Pessoas de baixa condição económica;
- Seropositivos (abordar-se a discriminação associada ao HIV na próxima aula, devido a complexidade do assunto)
- Pessoas portadoras de deficiência física ou mental.
- Não falantes da língua local.

3.3. Discriminação de clínico para paciente

Discriminação no ambiente hospitalar, de clínico para paciente, pode ter várias consequências como:

- O facto de a discriminação ser praticada voluntariamente, mas nem sempre ser reconhecida como discriminação pelo praticante;
- Pela natureza da relação clínico-paciente, este já está numa posição vantajosa sobre o seu doente e facilmente cai no erro de fazer julgamentos morais.

3.4. Discriminação de pacientes para o clínico

Embora mais rara, pela natureza da medicina paternalista fortemente praticada em Moçambique, a discriminação de pacientes para o clínico existe, em situações particulares como:

- Preferência por médicos ou técnicos mais velhos, por associar isso a experiência de trabalho;
- Preferência por clínicos estrangeiros ou de raça não negra;
- Preferência por serviços privados como garantia de melhor atendimento e competência;
- Concluir que o clínico que consulta manuais ou algoritmos é incapaz.

3.5. Discriminação de pacientes para pacientes

Por vezes, verifica-se entre os próprios pacientes, uma certa discriminação. Este fenómeno, pode-se verificar no caso de doentes seropositivos com manifestações cutâneas (sarcoma de Kaposi, dermatites, tinea, etc.), doentes com TB, lepra etc.

BLOCO 4: O ALHEIO E A DISCRIMINAÇÃO

4.1. Definição

Entende-se por «Alheio» a atribuição da culpa a outro em torna da pessoa envolvida no acto, discriminada;

«Alheio», neste sentido, é o indivíduo com comportamentos ou características (culturais, raciais, orientação sexual, etc.) diferentes e estranhas das da população em geral.

4.2. Grupos que foram e ainda são discriminados e perseguidos pertencem normalmente a **minorias** que a população geral considera alheia: sejam elas identificadas com base **étnica** ou **religiosa** (por exemplo, os testemunhas de Jeová, em Moçambique foram perseguidos nos finais dos anos '70), ou pelas **atitudes sexuais** (por exemplo, os homossexuais), ou pelas **classes sociais** de proveniência (por exemplo, na Índia, os intocáveis que são percebidos como “poluídos” e considerados “impuros”).

4.3. Idade e sexo podem ser também causa de discriminação e perseguição. Os idosos que vivem sozinhos, em situações precárias, sobretudo se não têm filhos ou, pior, se manifestam sinais de desequilíbrio mental, são temidos e marginalizados, e podem facilmente enfrentar acusações de bruxaria ou feiticeira e consequentemente ser mal tratados. Isto acontece, por exemplo, se uma criança que vive nos arredores cai vítima de uma doença grave ou mortal. Tal situação pode também vitimizar “**o estrangeiro**”, ou qualquer pessoa que manifesta um comportamento estranho ou simplesmente anti-conformista, sobretudo em comunidades pequenas e fechadas.

4.4. É uma atitude «habitual» em todas as culturas, considerar as outras culturas como “inferiores” ou “más”. É «habitual» atribuir acontecimentos negativos, como o aparecimento de doenças ou a ocorrência de factos criminosos a **agentes alheios**. Por vezes, indivíduos marginalizados pela

sociedade e, portanto excluídos, não só são discriminados, mas também culpados e punidos por actos que nunca cometeram. É «frequente», quando há um crime horrível, pensar que foi cometido por alguém de fora. Muitas vezes, acaba-se descobrindo que o autor foi um familiar, um vizinho, ou alguém em quem a vítima ou seus familiares depositavam confiança.

4.5. Os «*mídia*» podem contribuir para fomentar estas atitudes quando sublinham a origem estrangeira do autor de um determinado crime. Por exemplo, um jornal poderá informar que “Malawianos roubam gado em Tete”. Mas nunca escreverá que “Moçambicanos roubam gado em Tete” e a notícia deixará a ideia que os Malawianos são um povo com propensão para o roubo. O surgimento de violência étnica na África do Sul em 2008, que causou a morte de muitos Moçambicanos, foi em parte devido a estas atitudes inconscientes dos «*mídia*», em relação aos expatriados, frequentemente indicados como imigrantes ilegais e criminosos.

Por exemplo, quando apareceu a sífilis no século XVI na Europa, era chamada de “mal francês” na Itália e de “doença Italiana” na França. Em Moçambique, no início dos anos '90, quando a população começou a dar-se conta da **SIDA**, pensava-se que a doença tivesse sido trazida por estrangeiros/cooperantes, e a expressão era: “esta não é nossa doença”. Outros indicavam a África como o continente donde surgiu a doença, ou culpavam grupos minoritários como os homossexuais masculinos e os tóxico-dependentes de drogas injectáveis que espalhavam a SIDA e que só indivíduos de conduta sexual duvidosa (prostitutas e frequentadores) eram propensos a contrair a doença.

4.6. Discriminação positiva

“A discriminação positiva significa recrutar activamente pessoas de grupos previamente em situação de desvantagem. Por outras palavras, a discriminação positiva trata deliberadamente os candidatos de forma desigual, favorecendo pessoas de grupos que tenham sido vítimas habituais de discriminação. O objectivo de tratar as pessoas desta forma desigual é acelerar o processo de tornar a sociedade mais igualitária, acabando não apenas com desequilíbrios existentes em certas profissões, mas proporcionando também modelos que possam ser seguidos e respeitados pelos grupos tradicionalmente menos respeitados.

A discriminação positiva é apenas uma medida temporária, até que a percentagem de membros do grupo tradicionalmente excluído reflecta mais ou menos a percentagem de membros deste grupo na população em geral. Em alguns países é ilegal; noutros, é obrigatória.”

Exemplos de discriminação positiva:

Atribuição de um número mínimo de vagas para mulheres ou deficientes físicos nas Universidades, ou nas instituições de trabalho.

Há objecções à discriminação positiva. Duas delas são:

- A discriminação positiva pode prejudicar pessoas com mérito. Estas, devido à quota de lugares reservados, podem ser ultrapassadas por pessoas com menos mérito e não conseguir alcançar aquilo que pretendiam. A discriminação positiva é, portanto, injusta.
- A discriminação positiva faz com que existam suspeitas relativamente ao mérito de pessoas pertencentes aos grupos por ela visados, mesmo que essas pessoas não tenham recorrido a ela.

4.7. Exercício 3 sobre discriminação

(25 min)

1. Divide o quadro em 2 partes:

1ª Parte - coloca o título: negros são...

2ª Parte - coloca o título: indianos são... (NOTA: nesta parte deve escolher uma raça, ou grupo que não seja a maioria dos alunos, e que em geral sejam discriminados ou excluídos nesse ambiente, como por exemplo, indianos, brancos, mulatos, macuas, changanas, senas, estrangeiros).

2. Peça aos alunos para mencionarem as características negativas que as pessoas têm acerca da raça negra, e anotar na parte correspondente do quadro. Peça 5 ou 6 alunos negros, para dizerem se concordam ou não com as características que lhes foram atribuídas.

3. Peça aos alunos para mencionarem o que ELES acham que são as características negativas dos indianos (ou outro grupo que seja a minoria).

4. Pergunte para 4 ou 5 alunos, se não conhecem indianos (ou outro grupo que seja a minoria) que não tem essas características negativas.

Objectivos do exercício:

Fazer compreender que características negativas ou positivas, não são características exclusivas de um determinado grupo. Podem haver indianos bons e maus, negros bons e maus etc. Durante o resumo apresente a definição do princípio ético de justiça (igualdade de direitos para todos)

BLOCO 5: DISCRIMINAÇÃO, ESTIGMATIZAÇÃO, PREVENÇÃO E ISOLAMENTO EM SAÚDE

5.1. No fórum de saúde, discriminação e estigmatização relacionam-se normalmente com doenças crónicas, infecciosas e incapacitantes.

Algumas destas doenças podem ser consideradas como directamente “estigmatizadoras” porque deixam na pele marcas características, permanentes e facilmente reconhecíveis (por ex., lepra, varíola).

5.2. Os doentes com tuberculose, e muito mais com lepra, já vinham sendo estigmatizados durante séculos na Europa (portanto nos países colonizadores da África).

Na Idade Média, e na Europa Cristã, por exemplo, uma vez diagnosticada a **lepra**, os doentes eram submetidos às mesmas cerimónias que se reservavam aos falecidos (como a extrema unção). Considerados, não só socialmente, mas também fisicamente “mortos”, eram expulsos das suas aldeias e não podiam ter contacto nenhum com a sociedade. Para tal, recebiam uma campainha que anunciava a sua aproximação, para que os outros se afastassem. Só depois do fim da idade média, os leprosos começaram a ser tratados como doentes, contudo após o diagnóstico de lepra, eram isolados, reclusos e tratados coercitivamente em hospitais particulares (leprosários). A **tuberculose** era estigmatizada por causa da sua perigosidade social (sendo uma doença quase sempre mortal antes da descoberta dos antibióticos e da melhoria das condições higiénico-sanitárias ocorridas a partir dos finais do século XIX).

5.3. As práticas discriminatórias relativas aos doentes com lepra e tuberculose chegaram a **Moçambique**, com a medicina colonial, junto às próprias normas de tratamento e de prevenção daquelas doenças. Os leprosos ficaram fechados nos leprosários até ao fim do tempo colonial,

porque a lepra provoca mutilações que podem aparecer repugnantes, a simples palavra “lepra” suscitando medo. Contudo, a justificação (quase sempre falsa) dada pelas autoridades sanitárias, era que os leprosos podiam ser infecciosos para a população em geral, e portanto, deviam ficar isolados durante toda a vida. O isolamento, durante os períodos limitados ao tratamento antibiótico, era utilizado também para os doentes de tuberculose, internados em hospitais particulares chamados sanatórios.

5.4. Após a **Independência Nacional**, com a difusão de novas abordagens de saúde pública, relacionadas com a prevenção e o tratamento da lepra e da tuberculose, os doentes foram “libertados”, passando a tomar o tratamento de forma ambulatoria e/ou na sua própria residência. Ainda nos anos '80, podiam-se visitar em Moçambique aldeias de antigos leprosos, que finalmente viviam livremente e conduziam uma existência normal, mesmo apresentando as sequelas (lesões crónicas) próprias da lepra. No caso da tuberculose, a partir de 1986, os doentes passaram a ser tratados nos hospitais durante a fase intensiva de tratamento (2 meses) e ambulatoriamente na fase seguinte de manutenção (de 6 meses na altura).

5.5. É preciso compreender bem a diferença entre o **isolamento** do doente por razões de saúde pública (prevenção) e o isolamento de pessoas estigmatizadas pelas suas doenças, que nada têm a ver com as razões legítimas da prevenção. Já há muitos séculos, tentava-se evitar a propagação das doenças infecciosas procurando isolar os doentes da população não afectada (por exemplo, com a **quarentena**: um período de quarenta dias em que os marinheiros provenientes de países onde estava a decorrer uma epidemia não podiam desembarcar e, entretanto, eram observados para ver se algum sintoma de doença se manifestasse). Actualmente, o isolamento dos doentes é uma medida necessária para a prevenção de doenças infecciosas graves ou que se espalham rapidamente (por ex., meningite, SARS, febre hemorrágica por vírus Ébola, sarampo).

BLOCO 6: COMO EVITAR A DISCRIMINAÇÃO E CONSTRUIR UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA E EQUIDADE

EXERCÍCIO 4 (20 min)

1. Como evitar a discriminação no ambiente de trabalho
2. Como evitar a discriminação no geral.

6.1. Para evitar a discriminação é essencial que primeiro consigamos identificar o que é discriminação de facto. Ter uma opinião acerca de alguém ou de um grupo de pessoas, não é necessariamente uma discriminação. Não saber respeitar o “ser” do outro e agir de modo a isola-lo já passa a ser discriminação.

Uma fundamentação essencial da discriminação fica no conceito que temos de nós mesmos, numa atitude de superioridade e arrogância.

No trabalho do dia-a-dia, existem algumas técnicas para minimizar a discriminação, e melhorar a relação de confiança com as pessoas. São elas:

- Aceitar que as pessoas são diferentes
- Pôr-se no lugar da pessoas que estamos a julgar
- Lembrar-se que as nossas atitudes ou crenças podem não ser as mesmas que as dos outros

BLOCO 7: PONTOS-CHAVE

- 7.1.** Discriminação é o acto ou efeito de separar, isolar uma pessoa ou um grupo por apresentar determinadas características. A discriminação pode se dar por: sexo, idade, raça, religião, nível social e económico, por ser uma pessoa portadora de algum tipo de deficiência, por doença, orientação sexual, aparência, entre outros.
- 7.2.** Estigma é uma atitude. Discriminação é o acto ou a acção.
- 7.3.** A confiança é a base de qualquer relacionamento afectivo, sendo um factor de relevância para o sucesso ou insucesso de diversas relações. É influenciada por emoções e sentimentos.
- 7.4.** Equidade é um conceito de justiça para todos. Em relação à prestação de serviços de saúde, distinguimos a equidade horizontal e vertical. Todos nós, temos atitudes estigmatizantes, embora nem sempre sejam percebidas como tal. A nossa responsabilidade como clínicos é de reconhecer essas atitudes para evitar discriminar os pacientes, colegas, família e outros.
- 7.5.** Estigma e discriminação são irracionais, baseados em medo e ignorância.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional I	Nº da Aula	9
Tópico	Relação dos Técnicos de Medicina com Pacientes e Familiares	Tipo	Teórica
Conteúdos	Estigmatização pelo HIV/SIDA	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever as formas de estigmatização ou discriminação de pacientes com HIV e SIDA dentro e fora do ambiente clínico;
2. Avaliar criticamente as práticas de estigmatização ou discriminação contra pessoas infectadas ou afectadas pelo HIV/SIDA;
3. Identificar medidas para evitar a estigmatização ou discriminação de pessoas HIV positivas, dentro do ambiente hospitalar

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Discriminação, Equidade e SIDA		
3	Estigma e HIV		
4	Como Reduzir o Estigma		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Uys LR. Manual de instrução sobre o estigma de HIV/SIDA para enfermeiras (Teaching manual on HIV/AIDS stigma for nurses). San Francisco; I-TECH: 2003, SADC.

Avert.org. Estigma e discriminação do HIV e SIDA (HIV & AIDS stigma and discrimination). Disponível em <http://www.avert.org/aidsstigma.htm>

Understanding prejudice. Disponível em: <http://understandingprejudice.org>.

Unger A, Welz T, Haran D. (2002) O impacto de HIV/SIDA nos trabalhadores de saúde numa clínica no Sul da África (The impact of HIV/AIDS on health care staff at a rural South African Hospital). 1995-2000. *X111 International AIDS Conference, Barcelona, julho 7-12, 2002.*

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: DISCRIMINAÇÃO, EQUIDADE E SIDA

2.1. Introdução

O tratamento clínico da **SIDA** começou em Moçambique no início da década 2000, muitas vezes sob o impulso de organizações não-governamentais estrangeiras que organizaram os serviços para estes doentes, sem ou com pouca coordenação com o SNS (sistema nacional de saúde). Como resultado, os doentes de SIDA eram tratados de forma diferente, em gabinetes e sectores próprios e não nos serviços gerais disponíveis para os demais utentes das unidades sanitárias.

Houve, portanto, uma *discriminação negativa*, no sentido que o público recebeu a mensagem que a SIDA era uma doença “especial”, com características perigosas para a comunidade, e uma *discriminação positiva*, porque, beneficiando de maiores recursos, os doentes com SIDA recebiam, de forma geral, melhores cuidados clínicos do que outros doentes crónicos como os portadores de diabetes ou cancro.

Como resposta à discriminação negativa e para actuar com base no princípio da **equidade** entre todos os doentes portadores de doenças crónicas, o MISAU decidiu em 2008 a integração dos serviços de HIV/SIDA nos cuidados de saúde primários, pelo que, neste momento (2010), os portadores de HIV e os doentes de SIDA são tratados de igual forma e nos mesmos serviços que atendem a todos os utentes do SNS. Somente os doentes em situações particulares (suspeitas de resistência aos anti-virais, doenças oportunistas de gravidade particular ou com necessidades de tratamentos especializados) são referidos aos hospitais provinciais e centrais.

Na altura em que a SIDA apareceu em Moçambique, começou uma propaganda contra a estigmatização e a discriminação dos doentes de SIDA financiada com fundos externos. Considerando que a SIDA não era comum no País antes da década '90 pela maioria da população, é discutível como já pudesse existir, entre a população Moçambicana, uma atitude discriminatória relativamente a uma doença desconhecida, não estigmatizadora por si só como a lepra, a varíola e a tuberculose (doenças que “marcam” os doentes através de lesões ou sintomas específicos) e transmitida principalmente por relações heterossexuais (portanto, praticadas pela **maioria** da população adulta). O último assunto é relevante e distingue a epidemia do HIV na África subsariana da epidemia em outros continentes, onde a SIDA se caracterizou como uma doença de minorias sociais já marginalizadas, e injustamente estigmatizadas e discriminadas, como os homossexuais masculinos e os tóxico-dependentes.

Assim, em Moçambique, enquanto os doentes de HIV/SIDA nas US eram “discriminados” sendo tratados por serviços próprios e não nas consultas externas e farmácias que recebiam os outros utentes, a população recebia a mensagem que os doentes de SIDA são discriminados injustamente e que a luta contra a discriminação é importante como o próprio tratamento ou até mais.

2.2. O profissional de saúde face a SIDA

Do ponto de vista da saúde pública, “prevenção primária” significa protecção, por qualquer meio, dos indivíduos não atingidos e que nunca foram afectados por uma determinada doença. Portanto, através de vacinações ou profilaxias farmacológicas quando forem indicadas, ou através do isolamento das pessoas não expostas às doenças das pessoas portadoras. No caso dos indivíduos HIV-positivos isto implica evitar contactos sexuais entre HIV+ e HIV- ou usar sistematicamente o preservativo.

Em relação à SIDA, é preciso que o profissional de saúde esclareça ao público a necessidade de evitar e combater a discriminação social. O técnico deve disseminar mensagens como, conviver, comer, viver no mesmo quarto e usar a mesma casa de banho, trabalhar com portadores do vírus HIV não traz nenhum perigo de infecção e de doença para os indivíduos que não são portadores do vírus.

A esfera sexual é de grande importância em todas as culturas, por ser um ingrediente indispensável à felicidade humana e porque é ligada ao desejo de paternidade/maternidade (e portanto ao papel do homem/mulher na família e na sociedade). A possibilidade de transmitir o HIV por via sexual põe o indivíduo HIV-positivo em directa confrontação com o círculo mais íntimo dos familiares: em particular, o cônjuge, o/a parceiro/a. As perguntas que devem ser postas são, portanto, as seguintes:

*Um parceiro HIV-negativo tem ou não o **direito** de saber o estado serológico do seu parceiro sexual, quando esse for HIV-positivo e conhecer o seu estado? Tem ou não o direito de pedir para fazer o teste do HIV, caso o estado serológico não for conhecido?*

E, vice-versa: *Um parceiro HIV-positivo que conhece o seu estado tem ou não o **dever** de informar em relação ao seu estado serológico o seu parceiro sexual?*

Uma resposta possível é que o indivíduo sero-positivo pode manter o seu segredo, sempre que não exponha o parceiro sexual ao risco de transmissão, por exemplo usando sempre e sistematicamente o preservativo antes das relações sexuais. Tal solução, porém, não pode ser prolongada durante muito tempo dentro do casal, ou sempre que haja a intenção de iniciar uma convivência de longa duração.

A problemática da discriminação do portador do vírus da SIDA, ciente da sua condição, deve ser entendida sobretudo neste aspecto. Fala-se de **auto-estigmatização**, para definir a atitude de medo e o receio do indivíduo HIV-positivo em informar o/a parceiro/a. Este pode ser motivado pelo medo de perder o cônjuge, e junto a ele, a assistência económica do marido para os filhos, de ser acusado/a de infidelidade conjugal, de ser exposto/a à recusa de todo o núcleo familiar, ou, simplesmente, de perder o amor e a possibilidade de manter uma vida sexual feliz. De outro lado, cobrir a verdade pode implicar a contínua exposição ao risco de contrair SIDA por outras pessoas.

Este é o drama, e por vezes a tragédia, que muitos profissionais de saúde enfrentam no seu dia-a-dia de trabalho, de todas as vezes que se deparam com um teste HIV positivo. Não há uma solução simples e unívoca, porque cada caso é diferente do outro.

Sob ponto de vista da prevenção primária (evitar que um indivíduo não afectado e exposto à doença entre em contacto com o agente infeccioso) e de saúde pública (o aumento do número de HIV-positivos acarreta custos humanos, sociais, económicos enormes), a resposta é que a protecção dos indivíduos HIV-negativos tem prioridade sobre qualquer consideração “humanística” relativa às angústias das pessoas portadoras do HIV.

BLOCO 3: ESTIGMA E HIV

“ O estigma, o silêncio, a discriminação e a negação, assim como falta de confidencialidade, prejudicam a prevenção, o tratamento e os cuidados, e aumentam o impacto da epidemia no indivíduo, famílias, comunidades e nações”.

Declaração das Nações unidas sobre HIV/SIDA, 2001: parágrafo 13

3.1. A diferença entre o preconceito, estigma e discriminação, é que o preconceito é uma atitude dominante no interior da pessoa, normalmente relacionada a mais de um grupo de pessoas. Isto leva o indivíduo, a rapidamente rotular os outros num grupo, frequentemente com um estereótipo negativo, que estigmatiza a pessoa. Esta rotulação negativa leva ao preconceito.

3.2. Factores que precipitam o estigma no caso de HIV/ SIDA

- Falta de entendimento da doença.

- Mitos sobre a transmissão.
- Preconceito acerca do “outro” grupo.
- Relatórios irresponsáveis de alguns órgãos de comunicação.
- Declarações irresponsáveis por parte de alguns políticos e cientistas.

3.3. Factores que contribuem para o estigma em HIV/SIDA:

- É incurável.
- As pessoas têm medo de contrair o HIV.
- A doença está associada à comportamentos (como promiscuidade), que a sociedade desaprova.
- As pessoas as vezes são tidas como responsáveis por contrair o HIV.
- Princípios morais e religiosos levam a crer que o HIV é uma punição por comportamentos imorais.
- As pessoas com HIV são culpadas por infectarem outras pessoas.
- Pessoas jovens com HIV são mais estigmatizadas que pessoas idosas, e mulheres mais do que os homens.
- Em alguns países, o HIV foi associado ao homossexualismo e uso de drogas intravenosas, e estes comportamentos são fortemente estigmatizados na sociedade. Embora esta não seja a forma de transmissão mais frequente em África, pode ser uma das causas.

3.4. Processo de estigmatização:

- Distinguir as pessoas
- Associar diferenças entre as pessoas com atributos negativos
- Separar o “nós” de “eles”
- Diminuir os estatutos e aumentar a discriminação
- Estigmatização só pode acontecer se um grupo tiver poder sobre o outro.

3.5. Os efeitos das imagens visuais criadas pela estigmatização em relação ao HIV:

- A visão inicial do HIV é de morte
- Alguns sintomas como emagrecimento, tosse, ou dermatites muito floridas, são associados a SIDA, o que leva a estigma e discriminação.
- Quando estas “marcas” visuais estão ausentes, as pessoas acreditam que esta pessoa não tem HIV.

3.6. Tipos de discriminação:

- Discriminação directa de pessoa para pessoa: a pessoa é desvalorizada, rejeitada, insultada, desacreditada, e excluída.
- Discriminação estrutural: o grupo será identificado, excluído, desvalorizado por regras não personalizadas, estruturas e sistemas
- Auto discriminação: quando a pessoa interioriza os rótulos que a sociedade lhe atribui, acredita nisso e vive de acordo com essas ideias.

3.7. Exercício 1 sobre estigma e HIV

(15 min)

1. Diga um único aspecto que caracteriza as pessoas que vivem com HIV.
2. Que características são atribuídas aos seropositivos na sua comunidade?

Nota: Reserve as repostas da 2ª pergunta no quadro para o resto da aula.

3.8. Exercício 2 sobre estigma e HIV

(25 min)

1. Divida a turma em 3 grupos. Distribua os 3 estudos de caso, um por cada grupo:

Caso 1:

Noel é um jovem de 27 anos. Sempre teve uma vida regrada. Bom estudante, bom filho e bom vizinho. Os seus problemas começaram quando ele decidiu assumir que era homossexual, e foi viver com o seu namorado. A imagem de bom jovem desapareceu por completo. Quando soube que era seropositivo, informou no seu emprego, e foi automaticamente demitido, por ter uma doença sem cura. “não podemos ter a imagem de morte a circular nos nossos corredores..” disse o seu patrão.

Caso 2:

Belmiro, curandeiro, de 65 anos, contraiu o HIV enquanto tratava um doente. Depois de se saber que ele era seropositivo, a sua clientela diminuiu, embora continue a ser alguém bastante respeitado na comunidade. Por vezes, nas reuniões, ele sente que a sua opinião já não é valorizada como antes, há uma tendência para acharem que os espíritos estão a castigá-lo por alguns procedimentos errados que ele teve no passado.

Caso 3:

Maria, casada e mãe de 3 filhos, é professora primária. Sempre foi fiel ao seu marido, já ele, tem várias amantes, e trata a mulher muito mal. Porém, ela continua uma mulher submissa e respeitosa. Ela sabe que se abandonar o lar, a sociedade e a sua própria família irão-lhe rejeitar. Principalmente hoje, que sabe que é seropositiva.

2. Que tipo de discriminação está presente em cada caso?
3. Que factores contribuem para o estigma em cada caso?
4. Que tipo de estereótipo se criou em torno de cada personagem?
5. No seu caso, o personagem é um estereótipo comum na sua comunidade? (recorrer as respostas do 1º exercício)

Possíveis respostas

Noel do caso 1:

- Tipo de discriminação: estrutural e auto discriminação
- Factor que contribui: doença sem cura
- Estereótipo : promiscuidade

Belmiro do caso 2:

- Tipo de discriminação: directa, pessoa para pessoa
- Factor que contribui: castigo divino
- Estereótipo: não tem. É um líder respeitado

Maria do caso 3:

- Tipo de discriminação: autodiscriminação
- Factor que contribui: medo de rejeição
- Estereótipo: não tem. Professora e casada.

*já pode apagar todas as respostas que estão no quadro.

3.9. Consequências do estigma:

- Desencoraja a revelação do estado serológico, levando a uma falta de suporte para o seropositivo.
- Negação, que leva a:
 - Rejeição e surgimento de novas infecções
 - Falta de cuidado com a saúde
 - Acesso limitado ao tratamento profilático
- Isolamento social.
- Aumenta o sofrimento psicológico.
- Diminui a aderência aos serviços de saúde
 - Resultante do medo de ser descoberto
 - Resultante do tipo de tratamento que recebe nas unidades sanitárias
- Baixa comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas vivendo com o HIV.
- Insegurança financeira.
- Baixa qualidade de vida.

BLOCO 4: COMO REDUZIR O ESTIGMA

4.1. Abordagens baseadas na informação:

- *Questione o que são estereótipos.*
- *Confrontação:* Ponha uma pessoa preconceituosa com uma outra vítima desse preconceito, e deixe que o preconceituoso tire todas as suas dúvidas acerca do assunto.
- *Aumento de habilidades de lidar com a situação:* as pessoas frequentemente são negativas porque não sabem como irão lidar com a situação, e isto faz com que eles fiquem com medo. Ensinar a família, professores, e clínicos a lidarem com os seropositivos.
- *Aumentar o conhecimento acerca do assunto:* o estigma cresce rapidamente quando há ignorância no meio. Informações precisas acerca da doença (não só prevenção), diminuem o estigma.
- *Procurar activamente os rumores:* Desinformação deve ser investigada para se encontrar a fonte e eliminá-la, com conceitos correctos. Rumores não podem ser ignorados e deixá-los crescer.

4.2. Melhoramento do aconselhamento:

- *Fazer da doença o seu inimigo:* HIV/SIDA faz as pessoas ficarem assustadas, e pessoas assustadas frequentemente ficam agressivas. Se alguém consegue converter a agressividade em força para lutar contra a doença, e não ficar agressivo com as pessoas que estão infectadas, fica muito mais produtivo.
- *Aconselhar pessoas afectadas:* aconselhamento, suporte e cuidado pelas pessoas afectadas pela doença, diminui auto estigma e estigma contra as pessoas que vivem com o HIV.

4.3. Aumentar o envolvimento com as pessoas que vivem com o HIV

- *Aumentar o contacto directo entre os infectados, afectados e os neutros:* Ouvir uma história verídica, contacto cara-a-cara, aumenta a empatia e diminui estigmatização.
- *Tornar o HIV como uma doença comum:* falar de HIV no mesmo tom que sealaria de TB, diabetes, ou cancro. Não dê mais importância ao HIV do que as outras doenças. Um portador de diabetes é tão doente quanto o de HIV/SIDA.
- *Trabalhe com as confissões religiosas:* a religião em geral, é muito poderosa em África, portanto, pode-se usar este poder, para reduzir o estigma.

4.4. Confrontar os abusos dos direitos humanos:

- Identifique de modo sistemático as práticas discriminatórias e tome medidas
- Combata discursos destrutivos: a democracia suporta o conceito de liberdade de expressão, e a tolerância envolve respeitar as pessoas que pensam diferente. Mas por vezes, pode-se expor um argumento de forma pejorativa e destrutiva, e é por isso, que se deve humanizar os discursos.
- Combata a auto discriminação e discriminação estrutural.

4.5. Segurança no trabalho:

- Os profissionais que trabalham com os seropositivos devem se sentir seguros, no manejo dos seus doentes, de forma a não ficarem paranóicos com a ideia de infecção por acidente de trabalho, e essa ideia prejudicar a sua postura, perante os doentes seropositivos.

4.6. Exercício 3 sobre estigma

(25 min)

1. Divida a turma em 3 grupos e instrua para que cada grupo identifique as diferentes formas de acabar com o estigma contra pessoas que vivem com o HIV.

- a. Identificar 3 estratégias para reduzir/acabar com o estigma nos hospitais
- b. Identificar 3 estratégias para reduzir/acabar com o estigma na comunidade.

2. Exponha as estratégias de cada grupo no quadro, e discutam quais são as possíveis no nosso meio.

Nota: Deve-se usar as estratégias explicadas no bloco 4, para melhor padronização do conceito.

EXERCÍCIO 4 (25 min)

1. Divida a turma em 3 grupos de novo. E instrua os grupos para desenharem um plano de acção para acabar com a discriminação nos hospitais.

Nota: esses planos devem ser possíveis de implementar nos hospitais, devem incluir acções exactas e tempo de duração para a sua implementação. Cada grupo deve apresentar o seu plano e argumentá-lo.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** A discriminação em HIV, teve início logo após o surgimento da doença, tendo sido associada ao homossexualismo, drogas e promiscuidade.
- 5.2.** O estigma, o silêncio, a discriminação e a negação, assim como a falta de confidencialidade, prejudicam a prevenção, o tratamento e os cuidados, e aumentam o impacto da epidemia no indivíduo, famílias, comunidades e nações.
- 5.3.** O estigma mata tanto quanto o HIV.
- 5.4.** A diferença entre o preconceito, estigma e discriminação, é que o preconceito é uma atitude prevalecente no interior da pessoa, normalmente relacionada à mais de um grupo de pessoas.
- 5.5.** Para reduzir o estigma deve-se, dar informação, melhorar o aconselhamento, aumentar o envolvimento com as pessoas que vivem com HIV, respeitar os direitos humanos, e transmitir confiança e segurança aos clínicos que trabalham com seropositivos.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional I	Nº da Aula	10
Tópico	Reconhecimento e Cumprimentos dos Direitos e Deveres dos Técnicos de Medicina	Tipo	Teórica
Conteúdos	Direitos e Deveres dos Técnicos	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar os direitos e deveres dos técnicos de medicina.
2. Interpretar os direitos e deveres do técnico de medicina, no contexto da prática da sua profissão.
3. Traduzir a prática profissional, cumprindo com convicção os seus deveres.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Direitos dos Profissionais de Saúde		
3	Deveres dos Profissionais de Saúde		
4	Desafios Existentes para Implementação dos Direitos e Deveres dos Profissionais de Saúde		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Fórum de Ética. Disponível em:

<http://www.eticus.com/documentacao.php?tema=2&doc=33>.

Tudo Direito. Disponível em: <http://tudodireito.wordpress.com/o-que-e-direito/>.

Ordem das enfermeiras, código deontológico do enfermeiro.

Governo de Moçambique. Estatuto dos funcionários do estado. Maputo: 2008.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: DIREITOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2.1. Neste contexto, a palavra Direito, refere-se à faculdade que todos os indivíduos têm, de exigir um determinado

2.2. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Saúde é «*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença ou de enfermidade*».

A Saúde é um bem precioso que é necessário promover, preservar, manter e melhorar. O Artigo 89 da Constituição da República consagra o direito dos cidadãos à Saúde, nos seguintes termos: «*Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública*».

O direito à Saúde está também consagrado na Carta dos Direitos Humanos das Nações Unidas que o nosso país subscreveu.

2.3. Exercício 1 sobre direitos dos profissionais de saúde

EXERCÍCIO 1 (15 min)

1. Divida a turma em grupos de 6 a 8.
2. Pergunte o que eles entendem por << direitos dos profissionais de saúde >>.
3. Cada grupo escolhe um elemento para os representar em plenária.
4. O tutor deverá sumarizar o exercício, com apoio no texto a seguir.

2.4. Aos profissionais de saúde dos serviços públicos são reconhecidos os seguintes direitos:

- Garantia de continuidade de emprego em serviços públicos, desde que, terminada a fase obrigatória de serviço tutelado, neles ingressem;
- Vinculação a determinados estabelecimentos, desde que admitidos para os respectivos quadros permanentes, salvo por motivos disciplinares, de promoção ou a requerimento do interessado;
- Remuneração correspondente às funções, que desempenham e ao regime de trabalho que lhes for atribuído;
- Atribuição, nos termos previstos para a função pública, de subsídios de alimentação, subsídios de férias e de Natal, transporte, ajudas de custo e diuturnidades;
- Segurança social, nos termos adiante fixados;
- Apoio das instituições competentes, segundo normas a estabelecer, para efeitos da especialização e frequência de cursos de aperfeiçoamento, congressos, estágios e outras actividades científicas tendentes à sua valorização profissional;
- Condições de trabalho que garantam o respeito pela ética médica, nomeadamente no que ao sigilo profissional se refere;

- Tratamento fiscal idêntico ao aplicável aos funcionários e agentes do estado em geral.
- Exercer a função para a qual foi nomeado.
- Beneficiar de acordo com as possibilidades, de condições adequadas de trabalho e de protecção (no exercício da sua profissão deve assumir atitudes de precauções universais). Exemplo, evitar contaminar-se ou contaminar o paciente.
- Ter um intervalo diário para alimentação e descanso.
- Ter o descanso semanal
- Gozar as licenças: anuais, casamento, bodas de prata e ouro, doença, lutam, e parto.
- Ser avaliado periodicamente pelo seu trabalho;
- Ser distinguido pelos bons serviços prestados, nomeadamente através da atribuição de prémios, louvores e condecorações.
- Possuir cartão que o identifique como funcionário do estado.
- Gozar de assistência médica e medicamentosa para si e para a sua família, nos termos da legislação aplicável.
- Ser aposentado e usufruir das pensões legais.

BLOCO 3: DEVERES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

3.1. Exercício 2 sobre deveres dos profissionais de saúde

(15 min)

1. Divida a turma em grupos de 6 a 8.
2. Pergunte o que eles entendem por «deveres dos profissionais de saúde».
3. Cada grupo escolhe um elemento para os representar em plenária.
4. O tutor deverá sumarizar o exercício, com apoio no texto a seguir.

Os deveres do profissional de saúde, foram actualizados em 1994 na Inglaterra, e cada país adopta os deveres consoante a sua realidade.

3.2. Código internacional de ética Médica:

(Adoptado pela 3ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, Londres - Inglaterra, Outubro 1994 e revisto pela 22ª Assembleia Médica Mundial Sidney - Austrália, Agosto 1968 e pela 35ª Assembleia Médica Mundial Veneza - Itália, Outubro 1983), recomenda:

- Manter sempre o mais alto nível de conduta profissional.
- Não permitir que motivo de lucro influencie o livre e independente exercício de sua capacidade profissional em benefício dos pacientes.
- Dedicar-se a proporcionar um serviço de saúde competente, com total independência técnica e moral, com compaixão e respeito pela dignidade humana.
- Tratar com honestidade os pacientes e colegas, empenhar-se para expor aqueles profissionais com lacunas em carácter ou competência, ou comprometidos em fraude ou enganos.

- Respeitar os direitos dos pacientes, dos colegas, e de outros profissionais da saúde, e proteger as confidências dos pacientes.
- Certificar somente o que ele verificar pessoalmente.
- Sempre ter presente a obrigação da preservação da vida humana.
- Deve ao paciente lealdade e empregar todos os recursos da ciência a seu favor. Quando um exame ou tratamento estiver além de sua capacidade, deverá convidar outro profissional que tenha a necessária habilidade.
- Manter absoluta confidencialidade de todo seu conhecimento sobre o paciente, mesmo após a morte do paciente.
- Prestar cuidados de emergência como dever humanitário, a menos que esteja seguro de que outros estão dispostos e habilitados para oferecer tais cuidados.
- Comportar-se com seus colegas como desejaria que se comportassem com ele.
- Observar os horários estabelecidos para o regime de trabalho a que se encontrem sujeitos;
- Cumprir o destacamento de um local de trabalho para outro, quando determinado nos termos das leis vigentes;
- Cuidar da sua actualização profissional;
- Contribuir com a criação e manutenção de boas condições técnicas e humanas de trabalho, para a eficácia dos serviços prestados e para o prestígio da Unidade de Saúde a que pertençam;
- Prestar à administração dos serviços e estabelecimentos toda a colaboração que lhes seja solicitada em matéria de serviço;
- Participar em comissões, grupos de trabalho e outros órgãos não institucionalizados, destinados a estudar problemas ou a executar decisões no âmbito da organização e funcionamento dos serviços de saúde.
- Assumir um comportamento disciplinado nas relações de trabalho. (O técnico trabalha em equipe, e deve procurar manter um clima de trabalho saudável. Ser ponderado, calma, saber ouvir).
- Apresentar-se com pontualidade, correcção e aprumo em todos os locais onde deva comparecer por motivo de serviço; deve manter-se limpo.
- Não se ausentar sem autorização superior para o estrangeiro ou fora de província.

As seguintes práticas são consideradas condutas não éticas:

- A propaganda de sua pessoa, excepto as permitidas pelas leis do país e do Código de Ética.
- Pagamento ou recebimento de qualquer comissão ou qualquer outra recompensa exclusivamente para obter o encaminhamento de paciente, ou por prescrever ou direccionar o paciente para qualquer tipo de estabelecimento.
- Não agir com muita cautela na divulgação de descobertas ou novas técnicas, ou tratamentos através de canais não profissionais.

BLOCO 4: DESAFIOS EXISTENTES PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS DIREITOS E DEVERES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

EXERCÍCIO 3 (15 min)

1. Divida a turma em grupos de 6 a 8 estudantes.
2. Diga aos estudantes para escreverem os factores que impedem a implementação dos direitos dos pacientes.
3. Cada grupo apresenta o seu trabalho.
4. Sumarize as apresentações com o texto que se segue.

Os desafios encontrados para implementação dos direitos dos pacientes são:

- Falta de recursos para a sua implementação.
- Ameaça ao público.
- Estigma.
- Segregações religiosas.
- Sensibilidade ao género.
- Rancores pessoais.
- Lacunas políticas.
- Favoritismos.
- Corrupção.
- Uso pretensioso da lei.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** É importante reconhecer que ainda não existe um estatuto jurídico-laboral específico do técnico de medicina, por isso os seus direitos e deveres são idênticos aos demais profissionais de saúde e aos funcionários do aparelho do estado.
- 5.2.** Qualquer profissional de saúde dos serviços de saúde, independentemente do seu estado físico, económico ou emocional, tem a obrigação de zelar pelo bem-estar do doente e da instituição para quem trabalha.
- 5.3.** Direitos dos trabalhadores incluem, o direito à continuidade nos serviços públicos após os anos de prática tutelada, promoções, remuneração correspondente, subsídios, segurança social, e defesa em caso de processos disciplinares.
- 5.4.** Os trabalhadores de saúde devem zelar pelos serviços de saúde, manter sempre um alto nível de conduta, e não abandonar o doente na ausência de pagamentos, respeitar o doente e seus familiares, adoptando uma atitude empática, cuidar da sua actualização profissional.

Disciplina	Deontologia e Ética Profissional I	Nº da Aula	11
Tópico	Zelo pelos direitos e deveres dos pacientes no âmbito da saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Direitos e deveres dos pacientes	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar os deveres dos pacientes.
2. Listar os direitos dos pacientes.
3. Interpretar os direitos e deveres dos pacientes no contexto da prática da profissão do técnico de medicina.
4. Traduzir a prática profissional, respeitando os direitos e deveres dos pacientes e, tendo sempre em conta as suas consequências a nível da comunidade.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Direito a Saúde		
3	Direitos dos Pacientes		
4	Deveres dos Pacientes		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

MISAU. Carta dos direitos e deveres dos utentes. Agosto 2010. Disponível em

http://www.misau.gov.mz/pt/misau/drh_direccao_de_recursos_humanos/carta_dos_direitos_e_deveres_dos_utentes

Burkhardt MA., Nathaniel, AK. Ética e questões contemporâneas em Enfermagem. 3ª edição. New York: Thomson; 2007.

Beauchamp TL, Childress J. Princípios da ética biomédica (Principles of biomedical ethics). 5ª edição. New York: Oxford University Press; 2001.

Devettere RJ. Tomando decisões práticas em cuidados de saúde e ética (Practical Decision Making in Health care Ethics; Cases and Concepts). Washington DC: Georgetown; 1995.

Mellish JM, Paton F. Introdução à ética de enfermagem (An Introduction to the Ethics of Nursing). Capetown: Heinemann; 1999.

Furrow D. Ética: Principais conceitos em filosofia (Ethics: Key concepts in philosophy). New York: Continuum; 2005.

Williams JR. Manual de ética médica (Medical ethics manual). World Medical Association, Inc: 1942.

Diretrizes de ética internacional para a pesquisa biomédica com sujeitos humanos (International ethics guidelines for biomedical research involving human subject). CIOMS, Geneva, 1993.

Mason JK, McCall Smith RA, Laurie GT. Direito e ética médica (Law and Medical Ethics). London: Butterworths; 1999.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: DIREITO A SAÚDE

O Direito a Saúde está consagrado na Constituição da República e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. Na realidade, quase a metade do Povo Moçambicano ainda não tem acesso aos cuidados de saúde, portanto não existem as capacidades para que todos beneficiem do Direito à Saúde. O aumento do pessoal (inclusive dos técnicos de medicina) e da rede de saúde é uma possível resposta a esta situação.

No contexto da Saúde são estabelecidos direitos mais específicos. O conhecimento dos Direitos e Deveres dos Utentes das Unidades Sanitárias talvez permita uma atitude mais pró-activa da população perante a gestão e a prestação dos serviços de saúde. A elaboração dos direitos e deveres dos pacientes representa um passo no caminho da humanização dos Cuidados de Saúde. Este caminho, deve ser percorrido lado a lado pelos utentes, profissionais e a comunidade em geral.

Assume-se, portanto, como um instrumento de parceria na saúde, e não de confronto, contribuindo de forma dinâmica para o melhoramento da saúde no país.

BLOCO 3: DIREITOS DOS UTENTES

3.1. Introdução

Os direitos dos doentes são um assunto que se levantou na opinião pública, primeiro, em países de rendimento elevado, onde já se conseguia uma cobertura bastante extensa dos serviços de saúde e onde se começou a pôr em discussão o modelo “paternalista” de prestação de cuidados de saúde.

Fala-se de países onde, em geral, já se tinha alcançado padrões elevados de saúde pública. O assunto da privacidade foi muito enfatizado a partir dos EUA, quando o aparecimento do HIV/SIDA e a sua forte associação com pessoas homossexuais de sexo masculino comportou o perigo de reportar a uma situação de marginalização à uma minoria que vinha sendo perseguida durante séculos e que estava, a partir dos anos '70, finalmente saindo da sombra e do isolamento social onde tinha sido injustamente colocada.

Contudo, existem limites de saúde pública que podem parcialmente ou temporariamente limitar os “direitos dos doentes”. Por exemplo, o aparecimento de doenças infecciosas graves (o caso típico do vírus Ébola, mas pensa-se também que pandemias como a pneumonia atípica podem levar a medidas de internamento e isolamento compulsivo).

Os direitos dos doentes, nestes casos devem ser equacionados perante o dever dos profissionais de saúde de proteger os não doentes. Toda a problemática do HIV/SIDA em Moçambique vira a volta desta questão. Exemplo: casais onde um parceiro é HIV-negativo e outro HIV-positivo.

3.2. Exercício 1 sobre direitos dos pacientes

EXERCÍCIO 1 (15 min)

1. Divida a turma em grupos de 6 a 8.
2. Pergunte o que eles entendem por <<direitos dos pacientes>>.
3. Cada grupo, escolhe um elemento para os representar em plenário.
4. O tutor, deverá sumarizar o exercício, com apoio no texto a seguir

3.3. Os direitos dos utentes

3.3.1 O utente tem direito a ser tratado com cortesia e ao respeito pela dignidade humana.

É um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado e tratado com cortesia pelos trabalhadores do SNS, no que se refere quer aos aspectos técnicos, quer no que respeita ao acolhimento, orientação e encaminhamento dos utentes.

Todo o pessoal do SNS deve estar uniformizado e identificado através de uma placa de identificação ou crach.

Por fim deve-se cuidar das condições das instalações e equipamentos que, dentro das limitações impostas pelos nossos escassos recursos, têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o utente se encontra.

3.3.2 O utente tem direito a receber informações sobre os cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais, apropriados ao seu estado de saúde.

Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, em condições de equidade, por forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a promoção da saúde do utente da sua família, a melhoria da condição do utente e seu tratamento, restabelecimento e reabilitação, assim como o acompanhamento digno e humano em situações terminais.

Os recursos existentes devem ser integralmente postos ao serviço do utente e da comunidade, até ao limite das disponibilidades.

3.3.3 O utente tem o direito de não ser discriminado, nem na base do sexo, da raça ou etnia, da condição sócio-económica, da religião, das suas opções políticas ou ideológicas, nem ainda da doença de que padece.

Em nenhuma circunstância os utentes podem ser objecto de discriminação. Independentemente de nenhum factor acima mencionado. Devem ser evitados também discriminações positivas pelas mesmas razões.

O clínico deve-se nortear para estabelecer critérios de prioridade no tratamento dos doentes usando:

- As normas do MISAU em relação aos grupos mais vulneráveis,
- Critérios de gravidade da patologia apresentada (os doentes graves têm prioridade) –
- A capacidade efectiva de tratar o doente: por exemplo, quando houver um número elevado de feridos ao mesmo tempo, o acidentado grave, em perigo de vida terá a prioridade na assistência sobre o doente já irrecuperável.

3.3.4 O utente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.

Todas as informações referentes ao estado de saúde dos doentes e outros utentes das unidades sanitárias – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal – são confidenciais.

Este direito implica a obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal de saúde. O segredo profissional é inviolável e em circunstância alguma o segredo deve ser revelado. Os profissionais de saúde também devem velar para que as informações sobre um doente não fiquem acessíveis a outros (com exclusão do pessoal de saúde que, por razões profissionais, tem que cuidar do doente).

Também têm direito à confidencialidade todo paciente maior de 15 anos de idade. Até essa idade, as informações sobre o estado de saúde da criança podem e devem ser partilhadas com os pais.

Se o utente der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou nos casos em que a lei o determina, geralmente quando houver um perigo para saúde pública, estas informações podem ou devem ser transmitidas a autoridades também cobertas pelo segredo profissional.

3.3.5 O utente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico.

A prestação de cuidados de saúde efectua-se com respeito rigoroso do direito do utente à privacidade, o que significa que qualquer acto preventivo, de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis a sua execução, salvo se o utente consentir ou pedir a presença de outros elementos.

Nas Unidades Sanitárias de menores dimensões poderá haver falta de espaço para poder atender cada utente em privacidade, mas o pessoal de saúde deve fazer o possível para assegurar essa privacidade.

O utente tem também direito a que o seu pudor seja respeitado e a sua vida privada ou familiar não seja objecto de intromissão, mas muitas vezes para fazerem um diagnóstico correcto ou para prescreverem um tratamento adequado, os profissionais de Saúde são obrigados a fazer perguntas sobre questões da vida íntima, para melhor poderem esclarecer a situação clínica. O utente é livre de aceitar ou não responder a essas questões, mas a falta dessa informação pode dificultar o diagnóstico ou prejudicar o tratamento.

3.3.6 O utente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde e a aceder aos dados registados no seu processo clínico.

A informação sobre o estado de saúde deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do utente.

Especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos. O utente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.

A informação clínica e os elementos identificativos de um utente estão contidos no seu processo clínico e o utente tem o direito de tomar conhecimento dos dados registados no seu processo clínico. Ao facultar a um doente o seu processo clínico é necessário que isso não seja feito de modo que outros possam também aceder a essa informação.

A omissão de alguns dos dados do processo clínico é apenas justificável se a sua revelação for considerada prejudicial para o utente ou se contiverem informação sobre terceiras pessoas.

3.3.7 O utente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento explícito, antes de qualquer acto médico invasivo ou de participação em qualquer projecto de investigação ou ensaio clínico.

O consentimento do utente é imprescindível para a realização de qualquer acto médico. Contudo, quando alguém vai procurar um acto médico ou uma prestação de saúde de carácter preventivo numa Unidade Sanitária isso representa um consentimento tácito e as pessoas que vão às Unidades Sanitárias sabem disso, pelo que para actos médicos correntes ou Cuidados de Saúde de carácter preventivo, os profissionais de Saúde não necessitam de pedir o consentimento explícito.

É frequente que um médico ou um outro profissional da carreira de Medicina mande despir um doente para o examinar e que seja obedecido sem problemas, pois o utente ao procurar os Cuidados de Saúde

está automaticamente a dar o consentimento tácito. Porém, quando se trate dum acto médico invasivo ou que comporte riscos (intervenções cirúrgicas ou outros procedimentos que impliquem anestesia, paracentese, cateterismos, transfusões de sangue, etc.) o profissional de Saúde deve explicar correctamente, numa linguagem compreensível para o doente, o acto médico a ser praticado, as suas vantagens e os eventuais riscos, mas igualmente os riscos que podem ocorrer se esse acto médico não for praticado.

O utente pode, exceptuando alguns casos particulares, decidir, de forma livre e esclarecida, se aceita ou recusa o acto médico ou a intervenção e isso deve ser registado por escrito, para o que as unidades sanitárias devem possuir formulários para registo de consentimento explícito para actos médicos especiais. O mesmo deve ser feito quando se tratar de incluir o utente em qualquer tipo de projecto de investigação ou ensaio clínico.

Pretende-se assim assegurar e estimular o direito à autonomia, ou seja, a capacidade e ao direito que os utentes têm de decidir sobre si próprios. O consentimento pode ser presumido em situações de emergência e, em caso de incapacidade, deve este direito ser exercido pelo representante legal do utente.

3.3.8 O utente tem direito à prestação de cuidados continuados e a beneficiar do sistema de referência.

Em situação de doença, todos os cidadãos têm o direito de obter dos diversos níveis de prestação de cuidados (hospitais e centros de saúde) uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento. Para isso, hospitais e centros de saúde têm de se coordenar, de forma a não haver quaisquer quebras na prestação de cuidados que possam ocasionar danos ao utente. Quando uma Unidade Sanitária não tiver condições para resolver o problema de saúde dum utente ele deve ser transferido para a Unidade Sanitária de referência. Neste caso, o utente e seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a ser esclarecidos de que a continuidade das prestações de Saúde fica garantida. O doente deve ser acompanhado pela informação médica (do profissional que transfere e do profissional que recebe, trata e devolve para a unidade sanitária de proveniência). Este direito do doente é complementar ao dever que ele tem de procurar os serviços de saúde nas unidades sanitárias de nível primários mais perto da sua habitação. Embora nem sempre isto seja possível, a prática, frequente nas cidades, de procurar auxílio médico mesmo por doenças «banais» e facilmente tratáveis nos serviços de aceitação dos grandes hospitais deve ser desencorajada, porque ela comporta atrasos no atendimento dos doentes graves que precisam realmente de um atendimento ao nível terciário ou quaternário do SNS. Nos últimos anos, o MISAU descentalizou o tratamento da SIDA, tornando-o um assunto de cuidados de saúde primários, para melhorar o acesso aos doentes e diminuir a “enchente” dos grandes hospitais.

Também ao utente e à sua família devem ser proporcionados os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o utente deve continuar a receber no seu domicílio. Quando for possível o que raramente é o caso, serão postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários.

Os serviços prestados pelos diversos níveis de cuidados devem ser providenciados no sentido de o doente ser sempre acompanhado pelos elementos de diagnóstico e terapêuticas consideradas importantes para a continuação do tratamento. Assim, evitam-se novos exames e tratamentos, penosos para o utente e dispendiosos para a comunidade.

3.3.9 O utente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas, desde que elas não comportem risco grave para a sua vida.

Cada paciente é uma pessoa com as suas convicções culturais, filosóficas e religiosas. As instituições e os prestadores de cuidados de saúde têm, assim, de respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação, sempre que elas não comportem risco grave para a vida. Do mesmo modo, deve ser permitido o apoio espiritual e religioso requerido pelo utente ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.

3.3.10 O utente tem direito por si, ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

O paciente, por si, por quem legitimamente o substitua ou por organizações Representativas (em geral constituídas por pacientes que padecem da mesma enfermidade – por exemplo, a associação dos diabéticos - reconhecida publicamente), pode avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e apresentar sugestões ou reclamações. Para esse efeito, deve existir, nos serviços de saúde, o gabinete do utente e o livro ou caixa de sugestões e reclamações. O utente terá sempre de receber resposta ou informação acerca do seguimento dado às suas sugestões e queixas, em tempo útil.

Os utentes são fortemente encorajados a denunciarem cobranças ilícitas e outras formas de comportamentos incorrectos por parte de trabalhadores de saúde.

3.3.11 O utente tem direito ao apoio familiar e as crianças têm direito a ser acompanhadas pelos seus pais, avós ou outros encarregados de educação.

O apoio de familiares e amigos deve ser facilitado e incentivado. Isto é particularmente importante para as crianças que devem ser acompanhadas e encorajadas pelos pais, avós ou outros familiares.

As crianças até 8 anos de idade, quando necessitarem de internamento, têm direito a ser acompanhadas pelos pais ou encarregados de educação, que também ficam internados. Embora os pais acompanhantes não tenham direito a uma cama, ser-lhes-ão criadas condições para repousarem de noite (cadeira de descanso, colchão, etc.).

3.4. Justificação e interpretação dos direitos dos pacientes/utentes

Os direitos dos pacientes têm os seguintes objectivos:

- Consagrar as prioridades do cidadão, considerando-o como figura central de todo do SNS;
- Reafirmar os direitos humanos fundamentais na prestação dos cuidados de saúde e, especialmente, o direito à autonomia.
- Promover a humanização e a cortesia no atendimento a todos os utentes, principalmente aos grupos vulneráveis;
- Desenvolver um bom relacionamento entre os utentes e os prestadores de cuidados de saúde e, sobretudo, estimular uma participação mais activa por parte do utente;
- Proporcionar e reforçar novas oportunidades de diálogo entre os utentes e suas organizações, prestadores de cuidados de saúde e administrações das Unidades Sanitárias.

3.5. Desafios existentes para implementação dos direitos dos pacientes/utentes

3.5.1. Exercício

(15 min)

1. Divida a turma em grupos de 6 à 8 estudantes.
2. Instrua os estudantes para escreverem os factores que impedem a implementação dos direitos dos pacientes.
3. Cada grupo apresenta o seu trabalho.
4. Sumarize as apresentações com o texto que se segue.

Os problemas encontrados para implementação dos direitos dos pacientes são:

- Falta de recursos para a sua implementação (por exemplo, espaço, recursos humanos em número e com competências suficientes).
- Ameaças à saúde pública, como no caso de doenças transmissíveis.
- Estigma (vide aula sobre a discriminação).
- Segregações religiosas.
- Sensibilidade ao género.
- Rancores pessoais.
- Opiniões políticas.
- Favoritismos pessoais.
- Corrupção.

BLOCO 4: DEVERES DOS PACIENTES

4.1. Deveres dos pacientes

4.1.1. O utente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde, de adoptar modos de vida saudáveis e de procurar cuidados preventivos, se assim o desejar; sendo da sua inteira responsabilidade as consequências vindas da não procura dos serviços de saúde e preventivos.

A melhor maneira de evitar a doença, de prolongar a vida e de melhorar a sua qualidade é pela adopção de modos de vida saudáveis e pela procura de cuidados de saúde preventivos. Essa é a melhor forma de zelar pelo seu estado de saúde. A adopção de modos de vida saudáveis deve pois ser um Dever do cidadão. As crianças e as mulheres grávidas, as parturientes até 6 semanas após o parto são grupos particularmente vulneráveis que necessitam de cuidados de saúde preventivos, pelo que é um dever de frequentarem as Unidades Sanitárias na busca desses cuidados que, para elas, estão disponíveis. Dever do Estado é tornar estes serviços acessíveis para toda a população moçambicana, onde poderão receber informação sobre como adoptar modos de vida saudáveis, para si, seus filhos e sua família. Cuidados de prevenção e educação são necessários em todas as idades e para ambos os sexos.

4.1.2. O utente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.

Para que os profissionais de saúde possam prestar cuidados de saúde de qualidade (diagnóstico e prognóstico correctos, tratamento apropriado e eficaz) é necessário que os utentes das unidades sanitárias prestem todas as informações de que dispõem a cerca do seu estado de saúde. Isso pode muitas vezes implicar perguntas sobre a vida íntima, a que os utentes devem responder com

veracidade, estando confiantes, visto que os profissionais de saúde são obrigados a manter o segredo profissional.

4.1.3. O utente tem o dever de respeitar os direitos dos outros utentes.

As unidades sanitárias são frequentadas diariamente por grande número de utentes que vêm em busca dos mais diversos cuidados de saúde, tanto preventivos, como curativos ou reabilitativos, ou ainda que vêm simplesmente em busca de informação sobre como adoptar modos de vida saudáveis. Os direitos de cada utente terminam onde começam os dos outros. Por isso os utentes das Unidades Sanitárias devem compreender que devem respeitar os direitos dos outros. Esse é o único modo para que os seus próprios direitos sejam também respeitados. Isto é especialmente válido para os utentes que são ou podem ser “discriminados positivamente” (vide aulas sobre a discriminação).

Os utentes devem sempre facilitar o acesso prioritário em relação aos doentes que se encontram em condições mais críticas e sempre que haja perigo de vida.

4.1.4. O utente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas.

Quando os profissionais de Saúde fazem recomendações sobre o modo de vida (exercício físico regular, abstinência do tabaco e do álcool, regras dietéticas, regras de higiene pessoal, colectiva e da habitação, comportamentos sexuais a evitar, etc.), fazem-no para o bem do utente e para defesa da sua Saúde, pelo que é dever do utente acatar rigorosamente essas recomendações.

Um capítulo particularmente importante diz respeito à toma completa e regular dos medicamentos que forem prescritos. O doente não deve ter medo de pedir explicações adicionais se não entender como e com que frequência deve tomar os medicamentos. Muitas vezes, o doente não toma os medicamentos ou toma só durante os primeiros dias. Logo que se sente melhor, deixa de tomar. Isto pode prejudicar o sucesso da terapêutica e constitui um esbanjamento de recursos caros e limitados.

4.1.5. O utente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos Serviços de Saúde.

Para que possam prestar cuidados de saúde de qualidade é necessário que as unidades sanitárias estejam bem organizadas e disciplinadas. Isso implica respeito pelos planos de trabalho e pelos horários. Os utentes devem respeitar as regras de utilização dos serviços e os horários estabelecidos.

Os responsáveis de Unidades Sanitárias devem evitar impor regras de utilização muito complicadas e burocratizadas, pois existe um princípio sagrado de nunca deixar perder oportunidades de prestar cuidados de saúde, sobretudo cuidados de saúde preventivos, mas há um mínimo de regras que são necessárias para que se possa organizar eficazmente o trabalho e essas devem ser livremente aceites e obedecidas pelos utentes. Deve-se evitar a formação de longas filas de doentes nas primeiras horas do dia. Parte dos doentes deveriam ser atendidos em regime de consultas externas nos finais das manhãs e nas tardes. Por exemplo, não é oportuno concentrar todas as sessões de educação sanitária logo de manhã e pedir aos doentes para aparecer naquelas horas.

4.1.6. O utente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

Cumprindo as recomendações dos profissionais de Saúde os utentes colaboram para a utilização dos serviços de forma apropriada. Desse modo evitam-se gastos desnecessários. No SNS temos ainda grandes carências de recursos materiais e financeiros, pelo que o desperdício e a má utilização não devem ser tolerados. Os utentes devem colaborar neste processo e devem obedecer às recomendações dos profissionais de Saúde.

4.1.7. O utente tem o dever de denunciar cobranças ilícitas e outras formas de comportamentos incorrectos por parte de trabalhadores de Saúde.

Infelizmente ainda há trabalhadores de saúde com comportamentos incorrectos. Entre eles destacam-se a forma rude como tratam os pacientes, as cobranças ilegais e as violações do segredo profissional. É por vezes muito difícil detectar esses comportamentos incorrectos pois eles não são evidenciados na presença dos superiores hierárquicos. O único modo de se detectarem os comportamentos incorrectos é através da denúncia das vítimas.

Por isso denunciar cobranças ilícitas, tratamento rude e desumano, violações do segredo profissional e outras formas de comportamentos incorrectos, não só é um direito do utente, mas é também um dever. Ao denunciarem estes comportamentos incorrectos e os respectivos autores estamos a contribuir para punição e reeducação dos culpados e para a melhoria dos serviços prestados.

4.1.8. O utente tem o dever de pagar taxas moderadoras dentro das suas possibilidades económicas.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o prestador universal de cuidados de saúde o que significa que deve prestar cuidados de saúde a todos os cidadãos, em condições de equidade e sem discriminação de qualquer tipo. Portanto, não deve ser prática do SNS fazer cobranças elevadas, fora das capacidades económicas e financeiras da maioria da nossa população, que é pobre. Neste sentido não podem ser toleradas, no SNS, práticas ditas de «recuperação de custos», que a maioria dos utentes não tenha capacidade de satisfazer. Contudo, o SNS pode requerer dos utentes pequenas contribuições que se destinem a desencorajar e evitar o uso indevido e exagerado dos Serviços de Saúde para além do que é estritamente necessário.

São estas quantias módicas e ao alcance da maioria da população que são chamadas «taxas moderadoras» e que os utentes têm o dever de pagar. Deve-se realçar que as “pequenas contribuições” constituem normalmente obstáculos aos cuidados de saúde relevantes para as camadas mais pobres. Contudo, no caso de pobreza extrema, o utente ficará isento do pagamento dessas taxas moderadoras, e em nenhum caso podem ser recusados cuidados de urgência por falta de pagamento das taxas moderadoras.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** Qualquer utente dos serviços de saúde, independentemente do seu estado físico, económico ou emocional, merece e tem o direito de receber um tratamento ético adequado.
- 5.2.** Direitos dos pacientes incluem, sobre uma perspectiva ética e legal, o direito à privacidade, o direito a serviços de saúde com qualidade, o direito a tomar decisões depois de ter uma explicação clara acerca do assunto, direito à opções de tratamento, e o direito à recusa do tratamento depois de uma explicação acerca dos prejuízos que essa recusa pode lhe trazer.
- 5.3.** Os pacientes têm o dever de zelar pelos serviços de saúde, dar uma informação completa e verdadeira sobre o seu estado de saúde, respeitar os direitos dos outros utentes, respeitar as regras dos serviços de saúde, evitar os gastos desnecessários, denunciar cobranças ilícitas, e pagar taxas moderadas consoante as suas condições financeiras.

Disciplina de Saúde da Comunidade

Plano Analítico

NOME DA DISCIPLINA: **Saúde da Comunidade**

DURAÇÃO DA DISCIPLINA: **14 semanas**

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA: **4**

NÚMERO TOTAL DE HORAS: **56**

NOME E CONTACTO DO COORDENADOR DA DISCIPLINA:

NOMES E CONTACTOS DOS DOCENTES DA DISCIPLINA:

COMPETÊNCIAS A SEREM ADQUIRIDAS ATÉ O FINAL DA DISCIPLINA:

O Técnico de Medicina será capaz de realizar as seguintes tarefas:

1. Coordenar os serviços curativos com os serviços preventivos da saúde (ao nível distrital, municipal e provincial).
2. Coordenar os serviços de saúde com os outros serviços da sua área de jurisdição (Administração Distrital, Administração Municipal).
3. Efectuar o reconhecimento da Área de Saúde, em coordenação com os outros Técnicos de Saúde.
4. Orientar e supervisionar o trabalho dos Agentes de Medicina Preventiva (AMP) na promoção de actividades de higiene ambiental.
5. Orientar e supervisionar o trabalho dos Agentes de Medicina Preventiva (AMP) na emissão de Boletins de Sanidade.
6. Em colaboração com outros membros da Equipa de Saúde, realizar as actividades de Saúde Escolar e do Trabalhador.
7. Orientar e supervisionar o trabalho das vacinações, segundo as orientações dos Programa Alargado de Vacinações (PAV) e Nutrição.
8. Interpretar os Boletins Epidemiológicos Semanais, e relatórios Mensais e Trimestrais para a tomada de decisões de controlo e tratamento de casos de doenças.
9. Controlo de Surtos:
 - a. Planificar e gerir a resposta a surtos comunitários de doenças comuns como cólera, meningite, sarampo, diarreias/disenteria, e conjuntivite.
 - b. Planificar e gerir a resposta a surtos institucionais (no hospital, nas escolas, nas cadeias, e outras instituições similares) .

10. Estabelecer relacionamento profissional com os líderes comunitários, parteiras tradicionais, praticantes de medicina tradicional (PMTs) para motivá-los, com vista à facilitação e empenho no trabalho de mobilização das comunidades.
11. Apresentar e interpretar dados estatísticos através de:
 - a. Tabelas simples e de correlação (2X2);
 - b. Gráficos: histograma, de barras, circulares e lineares. (XY).
12. Calcular, interpretar e explicar os seguintes indicadores de estado de saúde duma população: Incidência, prevalência, taxa de ataque, taxas de mortalidade geral/ materno/ infantil.
13. Explicar a importância de saúde pública, incluindo os conceitos de determinantes de saúde e factores de risco (usando exemplos como saneamento, higiene, etc.)
14. Explicar a epidemiologia e os meios de controlo e prevenção ao nível comunitário e individual das seguintes endemias e epidemias do país (TB, malária, cólera, sarampo, meningite, ITS-HIV-SIDA) e Doenças Negligenciadas.
15. Comparar os dados sobre vacinação que aparecem no Cartão da Criança com o calendário vacinal, para saber se uma criança está a ser vacinada correctamente.

DESCRIÇÃO DA DISCIPLINA:

O módulo de saúde da comunidade tem como propósitos introduzir os futuros técnicos de medicina no vasto mundo da saúde pública, que tem como base a epidemiologia; fornecer-lhes bases para o uso adequado e com máximo proveito da informação colhida diariamente, para além de lhes dar a conhecer o leque de programas existentes no Sistema Nacional de Saúde, o modo como funcionam, bem como os seus objectivos e metas.

O Técnico de Medicina, como qualquer outro trabalhador de saúde, precisa de conhecimentos de epidemiologia para poder exercer de forma abrangente as suas funções, sejam curativas, preventivas ou mesmo de planificação. A epidemiologia tem-se tornado cada vez mais importante tanto na prática clínica como na saúde pública devido às cada vez crescentes abordagens viradas para promoção e prevenção, bem como pelo seu papel no desenvolvimento e evolução de políticas públicas e sociais, que visam garantir mais saúde às populações.

Data/ Hora	Número da Aula	Tópicos e Conteúdo	Duração da Aula	Tipo da Aula
	1	Introdução a Saúde Comunitária e Saúde Pública: - Conceitos Iniciais de Prevenção e Saúde Pública	2h	Teórica
	2	Introdução a Saúde Comunitária e Saúde Pública: - Principais Problemas de Saúde em Moçambique	2h	Teórica
	3	Introdução a Saúde Comunitária e Saúde Pública: - Programas/ Intervenções em Saúde Pública do Sistema Nacional de Saúde	2h	Teórica
	4	Introdução a Epidemiologia e Bio-Estatística:	2h	Teórica

		- Conceitos Gerais de Epidemiologia e Estatística		
	5	Introdução a Epidemiologia e Bio-Estatística: - Conceitos Gerais de Epidemiologia e Estatística - Medidas de Tendência Central e Frequência da Doença	2h	<i>Teórica</i>
	6	Introdução a Epidemiologia e Bio-Estatística: - Medidas de Tendência Central e Frequência da Doença - Demografia	2h	<i>Teórica</i>
	7	Introdução a Epidemiologia e Bio-Estatística: - Demografia - Introdução à Vigilância Epidemiológica	2h	<i>Teórica</i>
	8	Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos: - Introdução à vigilância Epidemiológica (Cont.) e Vigilância Epidemiológica no País e o Sistema de Informação de Saúde (SIS)	2h	<i>Teórica</i>
	9	Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos: - Vigilância Epidemiológica no País e o Sistema de Informação de Saúde (SIS)	2h	<i>Teórica</i>
	10	Introdução a Epidemiologia e Bio-Estatística: - Medidas de Tendência Central e Frequência de Doenças	2h	<i>Aula Prática (Laboratório de Informática)</i>
	11	Epidemiologia e Bio-Estatística: - Prática de Elaboração de Estatísticas	2h	<i>Aula Prática (Laboratório de Informática)</i>
	12	Vigilância Epidemiológica: - Fichas de Notificação de Doenças	3h	<i>Aula Prática (Laboratório de Informática)</i>
	Avaliação		2h	Teórica
	13	Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos: - Detecção e Gestão de Surtos no Distrito	2h	<i>Teórica</i>
	14	Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos: - Detecção e Gestão de Surtos no Distrito (Cont.)	2h	<i>Teórica</i>
	15	Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos: - Detecção e Gestão de Surtos no Distrito (Cont.)	2h	<i>Teórica</i>
	16	Programa Alargado de Vacinações: - Introdução ao PAV - Execução das Acções de Vacinações	2h	<i>Teórica</i>

	17	Programa Alargado de Vacinações: - Execução das Acções de Vacinações - Gestão do PAV	2h	<i>Teórica</i>
	18	Programa Alargado de Vacinações: - Gestão do PAV	2h	<i>Teórica</i>
	19	Programa Alargado de Vacinações: - Campanhas de Vacinação	2h	<i>Teórica</i>
	20	Programa Alargado de Vacinações: - Mobilização Comunitária para Campanhas de Vacinação	2h	<i>Teórica</i>
	21	Programa Alargado de Vacinações: - Vacinação fora do Quadro Normal	1h	<i>Teórica</i>
	22	Programa Alargado de Vacinações: - Monitoria e Avaliação do PAV	2h	<i>Teórica</i>
	23	Outros Programas Comunitários e de Educação para Saúde: - Higiene Ambiental e Saneamento	2h	<i>Teórica</i>
	24	Outros Programas Comunitários e de Educação para Saúde: - Higiene Ambiental e Saneamento	2h	<i>Teórica</i>
	25	Outros Programas Comunitários e de Educação para Saúde: - Programa de Controlo da Malária	2h	<i>Teórica</i>
	26	Outros Programas Comunitários e de Educação para Saúde: - Programa de Tuberculose e Lepra	2h	<i>Teórica</i>
	Avaliação		2h	Teórica
	Total		56h	

BIBLIOGRAFIA:

A. Texto principal da disciplina

- Bonita, R; Beaglehole, R; Kjellstrom, T; EPIDEMIOLOGIA BÁSICA; 2ª edição, OMS
- Martins, Prof. Helder, MANUAL DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, MISAU, 2008
- Barreto A, Gujral L, Matos CS, (2002) Manual de vigilância epidemiológica para o nível distrital. Vols I e II. MISAU
- Leavell, H. & Clark, E.G. (1976) Medicina Preventiva. Mcgraw Hill press.
- Araújo, A.R. (2001) Manual de Demografia para Estudantes de Medicina. CEP, Maputo, Moçambique.

- Forattini, O.P., Epidemiologia Geral. 1ª edição (reimpressa). Editora Artes Médicas Ltda, São Paulo, 1980.

B. Livros de Referência para a disciplina

- Lankinen KS., Bergstrom S, Makela P.H., & Peltomaa M. (1994) Health and Disease in Developing Countries. Macmillan Education press.
- Leavell, H. & Clark, E.G. (1976) Medicina Preventiva. McGraw Hill press.
- Araújo, A.R. (2001) Manual de Demografia para Estudantes de Medicina. CEP, Maputo, Moçambique.
- Martin, B. J. (2000). An Introduction to Medical Statistics, 3rd edition, Oxford University Press.

C. Leituras para o docente aprofundar no tópico

- Barker, D.J.P.; Hall, A. J.; Introdução à Epidemiologia. 4ª edição. Editora Nova Guanabara. Rio de Janeiro, Brasil, 1993.
- Farmer R & Miller D (1991) Lecture Notes on Epidemiology and Public Health Medicine. Blackwell Scientific Publications
- Roht LH, Selwyn BJ, Holguin AH & Christensen BL (1982) Principles of Epidemiology: A self-teaching guide. Academic Press.
- Silva, M.G.C. da, Saúde pública: auto-avaliação e revisão. 3ª edição – São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

D. Leituras adicionais para o aluno (se necessário)

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	1
Tópico	Introdução a Saúde Comunitária e Saúde Pública	Tipo	Teórica
Conteúdos	Conceitos Iniciais de Prevenção e Saúde Pública	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir os conceitos de saúde (da OMS e outros), doença, saúde pública e prevenção (primária, secundária, e terciária).
2. Descrever o papel da saúde pública e prevenção na melhoria do estado de saúde.
3. Descrever o papel das práticas higiénicas, saneamento do meio e vacinações na saúde, usando exemplos aplicáveis a uma comunidade.
4. Definir e explicar, determinantes sociais de saúde.
5. Descrever o papel de determinantes sociais de saúde na saúde de populações.
6. Definir, explicar e dar exemplos de factores de risco.
7. Descrever a relação entre saúde pública e cuidados de saúde.
8. Definir epidemiologia e explicar o seu papel na saúde pública.
9. Descrever o conceito de transição epidemiológica e explicar a natureza da transição epidemiológica no país.

Estrutura da Aula

Bloco	Titulo do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Disciplina		
2	Introdução à Aula		
3	Conceitos Gerais de Saúde Individual e na Comunidade		
4	Epidemiologia e Transição Epidemiológica		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Bonita, R; Beaglehole, R; Kjellstrom, T; EPIDEMIOLOGIA BÁSICA; 2ª edição, OMS

Barker DJP, Hall AJ. Introdução à epidemiologia. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Guanabara; 1993.

Farmer R, Miller D. Observações de epidemiologia e medicina de saúde pública (Lecture notes on epidemiology and public health medicine). Blackwell Scientific Publications: 1991.

MISAU; Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças não Transmissíveis para o Período 2008 – 2014; 2008

Lankinen KS, Bergstrom S, Makela PH, Peltomaa M. Saúde e doenças nos países em desenvolvimento (Health and disease in developing countries). Macmillan Education Press: 1994.

Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. Mcgraw Hill Press: 1976.

Ortiz Z, Esandi ME, Bortman M. Epidemiologia básica e vigilância da saúde (espanhol). Banco Mundial: 2004.

Roht LH, Selwyn BJ, Holguin AH, Christensen BL. Princípios de epidemiologia (Principles of epidemiology: A self-teaching guide). Academic Press: 1982.

Vetter N, Matthews. Epidemiologia e medicina de saúde pública (Epidemiology and public health medicine). Churchill Livingstone: 1999.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À DISCIPLINA

- 1.1 Apresentação do/s docente/s.
- 1.2 Apresentação dos alunos.
- 1.3 Apresentação do plano temático: tópicos, conteúdos e laboratórios.
- 1.4 Apresentação da estrutura do módulo com o correspondente cronograma e inter-relações com estágios e outras disciplinas teóricas.
- 1.5 Explicar o que se espera dos alunos para esta disciplina e os métodos de avaliação.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À AULA

- 2.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 2.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 2.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 3: CONCEITOS GERAIS DE SAÚDE INDIVIDUAL E NA COMUNIDADE

A Saúde da Comunidade reveste-se de particular importância pelo facto de apresentar uma vertente de promoção de saúde e prevenção de doenças muito forte, o que leva a que suas intervenções sejam viradas à garantia de uma comunidade sã, mais do que indivíduos dispersamente sãos. Desta forma as actividades colectivas de higiene e saneamento, palestras e outras formas de educação em massa, com vista a prevenir toda a população de doenças são o maior enfoque da saúde da comunidade.

3.1. Conceitos de saúde e doença.

Saúde – provém do latim *salutis*, derivado de *salus* (salvar, livrar do perigo)

3.1.1. Definições de Saúde –A mais conhecida é aquela preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define saúde como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade”.

3.1.2. “Saúde é um estado de relativo *equilíbrio* da forma e da função do organismo, resultante de seu sucesso em ajustar-se às *forças que tendem a perturbá-lo*. Não se trata de uma aceitação passiva, por parte do organismo, da acção das forças que agem sobre ele, mas de uma *resposta activa de suas forças operando no sentido de reajustamento*”. Perkins, 1938 (in: Leser e cols. 1985)

3.1.3. Saúde é o resultado do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o seu meio ambiente. (Dubos, 1965)

Doença – do latim *dolentia* derivado de *dolor* e *dolore* (dor e doer). *Tradicionalmente* tem se definido doença como o oposto de saúde, e compreende todas mudanças desfavoráveis em saúde, incluindo acidentes e doenças mentais. São exemplos a malária, a tuberculose, a hipertensão arterial, entre outros.

3.2. Prevenção

Ninguém gosta de estar doente, sentir-se fraco, cansado, sem forças. Portanto, é necessário estudar qual a melhor forma de combater a doença! Temos 2 possibilidades:

- 1) Esperar que as doenças nos ataquem e depois de estarmos doentes irmos ao centro de saúde ou Hospital para nos tratarmos, ou;
- 2) Impedir que as doenças nos ataquem, impedir que fiquemos doentes

Qual das duas possibilidades se escolheria? Se virmos como é fácil através de pequenas mudanças do nosso comportamento evitar muitas doenças, vai-se escolher com certeza a segunda possibilidade. Além do mais, a prevenção é mais económica pois evita que gastemos dinheiro do Estado em

medicamentos e cuidados nos Centros de Saúde e Hospitais, dinheiro que pode ser usado para tratar outras doenças que a prevenção não consegue evitar.

Um exemplo é o papel que a prevenção da tuberculose teve na diminuição drástica da prevalência da doença e das mortes por TB nos EUA no Séc. XIX, em que nem mesmo a introdução da estreptomicina e da vacina BCG diminuiu de forma tão importante quanto as medidas preventivas.

3.2.1 Segundo a OMS (1998): define-se prevenção como todas as medidas destinadas não somente a evitar o aparecimento da doença, tais como a redução dos factores de risco, mas também a conter seu avanço e atenuar suas consequências, uma vez estabelecidas.

Portanto, a prevenção implica incentivar as boas práticas e criar condições ambientais para manter a saúde, assim como diagnosticar e tratar oportunamente um doente, também reabilitá-lo e evitar complicações ou sequelas da sua doença, mediante seus níveis diferentes de intervenção.

Outros exemplos:

- Programa alargado de vacinações – efectua numa base rotineira uma série de vacinações específicas para a prevenção de doenças infecto-contagiosas da infância: tuberculose, sarampo, poliomielite, tétano, difteria, tosse convulsa, hepatite B;
- Estratégias de manutenção de um saneamento do meio adequado (construção de latrinas, uso correcto das mesmas, lavagem das mãos, entre outras) garantem a diminuição da incidência de doenças diarreicas, etc.
- Uma grande conquista relacionada a prevenção é a erradicação da varíola. Quando este programa de erradicação da varíola foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1967, 10 a 15 milhões de casos e dois milhões de mortes ocorriam anualmente em 31 países. A vacinação foi a “arma” fundamental neste processo, e o último caso da doença foi registado em 1977, tendo sido a varíola declarada erradicada em 8 de Maio de 1980.

3.3. Níveis de prevenção – tomando como base a doença e sua sequência evolutiva, designada de história natural, podemos encontrar os seguintes níveis, dependendo do período no qual a intervenção é feita:

3.3.1 Prevenção Primária – o propósito da prevenção primária é limitar o surgimento de novos casos de doença (incidência) através do controle de causas específicas e dos factores de risco. As intervenções podem ser gerais ou específicas, conforme se pretenda actuar com um fim mais geral ou de modo a evitar determinadas doenças. Para o primeiro caso trata-se de incentivar boas práticas e o segundo protecção ou profilaxia específica. (exs.: incentivar a prática de exercício físico; incentivar a lavagem das mãos antes das refeições e depois de usar a latrina, vacinações, etc.);

3.3.2 Prevenção Secundária – uma vez em contacto com o agente nocivo, antes do estabelecimento dos sintomas ou após o seu estabelecimento, porém na fase inicial e sem graves consequência, pode-se reduzir as consequências mais graves da doença através do diagnóstico e tratamento precoce;

3.3.3 Prevenção Terciária – após a ocorrência da doença com aparecimento de sequelas, este nível de prevenção visa reduzir a progressão e as complicações de uma doença já sintomática, garantindo a recuperação de toda a capacidade possível e evitar a incapacidade total.

Nível	Fase da doença	Objectivo	Acções	População-alvo
Primário	Factores causais específicos	Redução da incidência (novos casos) da doença	Melhoria do estado nutricional, vacinação, eliminação de riscos ambientais	População total, grupos seleccionados
Secundário	Estágio precoce da doença	Redução da prevalência (casos novos e antigos) da doença	Rastreio de doenças (medir a tensão arterial, fazer o teste de HIV, entre outras)	Indivíduos de alto risco e pacientes. Pode ser a população geral
Terciário	Estágio tardio da doença (tratamento e reabilitação)	Redução de número de casos em estágio tardio e de suas complicações	Fisioterapia e reabilitação para pacientes com poliomielite, acidente vascular cerebral, acidentados, cegueira, entre outros	Pacientes alcançados através da reabilitação

3.4. Saúde Pública

- O objectivo do pessoal de saúde é sem dúvida de contribuir para que as pessoas individuais e colectivas tenham uma vida longa, criativa e saudável. Está claro que a melhor maneira de garantir esses propósitos é investindo em grande escala em medidas preventivas e todos os aspectos positivos da saúde. Sendo assim:
- Pode-se definir saúde pública como sendo *“a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência, física e mental, mediante o esforço organizado da comunidade”* (Winslow, 1920). Em palavras mais simples, pode-se dizer que a Saúde Pública, refere-se a acções colectivas visando melhorar a saúde das populações.
- Em consequência, existem situações, conquanto variáveis no espaço e tempo, nas quais os agravos passam do âmbito da problemática individual para a população. E, dessa forma, surgem os chamados Problemas de Saúde Pública, cujas características, envergaduras e soluções, somente podem ser consideradas e estudadas através da actuação da sociedade.

Qualquer agravo à saúde deve passar a ser considerado como problema de Saúde Pública, quando:

- Representar causa frequente de morbilidade e mortalidade;
- Existirem métodos eficientes para a sua prevenção e controlo e esses métodos não estiverem a ser adequadamente empregues pela sociedade;

- Ao ser objecto de campanha destinada a erradicá-lo, ocorrer a sua persistência além do prazo previsto;
- São causa de grande sofrimento;
- Prejudiquem a acção económica.

3.5. Determinantes Sociais de Saúde

3.5.1 Definição - determinantes sociais em saúde são as condições em que as pessoas vivem e trabalham.

3.5.2 Actuar sobre esses determinantes é a forma mais justa para melhorar a saúde das pessoas. Receber cuidado médico adequado é essencial, mas há factores que podem afectar a saúde das pessoas, como, por exemplo, nível sócioeconómico, condições de habitação, risco ocupacional, que precisam ser abordados a fim de que o bem-estar seja alcançado.

3.5.3 Não é fácil classificar estes determinantes, pois as categorias não são discretas e certamente se sobrepõem. Existem cinco categorias de factores que possuem fortes implicações na nossa saúde:

- Comportamento (estilos de vida);
- Factores genéticos;
- Ambiente físico;
- Ambiente social;
- Serviços de saúde.

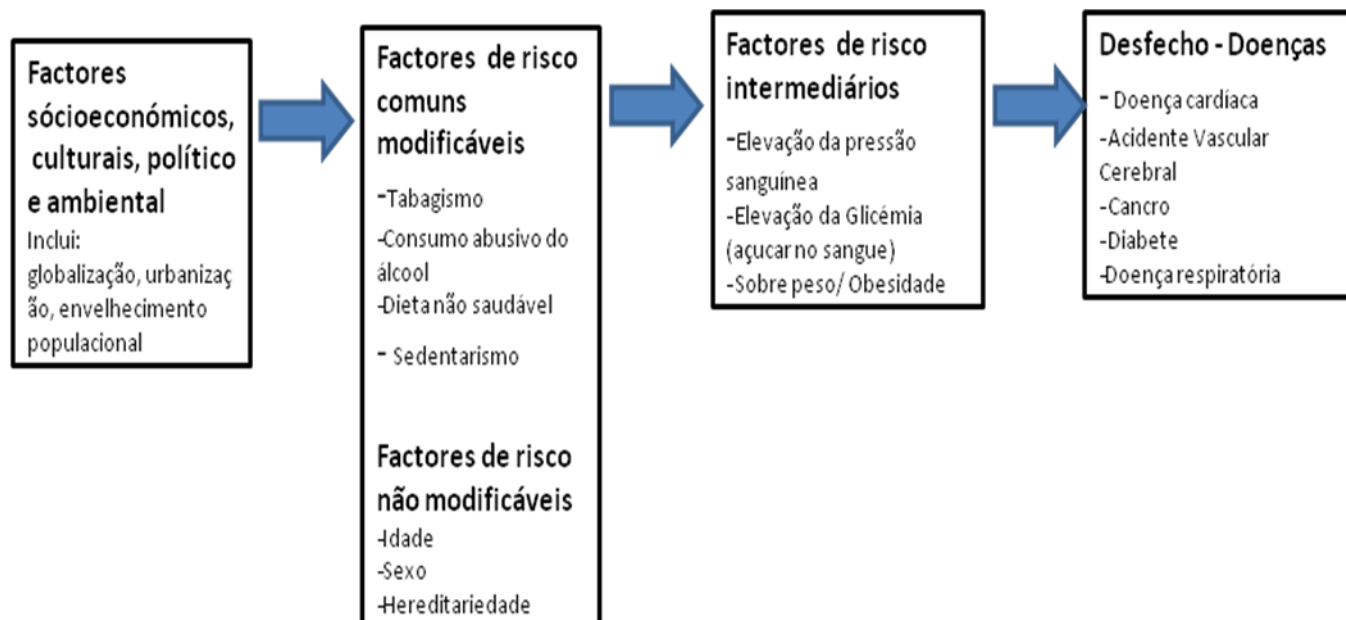
O impacto de comportamentos de estilo de vida saudáveis, por exemplo, são fortemente influentes em todas outras categorias de factores.

3.5.4 Esses determinantes podem ser agrupados nas seguintes categorias:

- Comportamentais
 - Psicossociais – Relacionados à personalidade do indivíduo.
 - Hábitos e estilos de vida – sexualidade, étnicos (relacionados à cultura), adquiridos.
- Organizacionais
 - Estruturais: Ocupação, Família, Nível socioeconómico
 - Evolutivos – Relacionados ao Desenvolvimento
- Intrasociais: convivência (mobilidade social); produção e desenvolvimento (apropriação dos recursos sociais); e competição.
- Intersociais: agressões ao meio ambiente, migrações populacionais, intercâmbio social e conflitos.

3.5.5 Determinantes Sociais de Saúde e seu impacto sobre as doenças

A seguir apresenta-se um esquema das consequências de não actuação sobre os determinantes sociais em saúde.



Portanto, se nós actuarmos sobre os determinantes de saúde, podemos reduzir ou ter um desfecho diferente, com mais saúde para a população.

3.6. Factores de Risco

3.6.1 Denomina-se factor de risco a certas variáveis associadas com a probabilidade de desenvolvimento de uma doença, dependendo da existência de condições que o favoreçam, como por exemplo, uma predisposição à aquisição de tal doença. Por exemplo: Para as cardiopatias (doenças do coração) são factores de risco: o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo e a hipercolesterolemia.

3.6.2 Os factores de risco podem ser subdivididos em:

- Factores de risco não modificáveis – que são aqueles relacionados com a individualidade das pessoas como a idade, o sexo, hereditariedade, etc.
- Factores de risco modificáveis – aqueles susceptíveis de mudança por meio de intervenções de prevenção primária que podem chegar a minimizá-los ou eliminá-los com acções preventivas, como o tabagismo, alcoolismo, o sedentarismo.

BLOCO 4: EPIDEMIOLOGIA E TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

4.1. Epidemiologia

A palavra epidemiologia é derivado das palavras gregas: epi “sobre”, demos “povo” e logos “estudo”.

4.1.1. “Epidemiologia é o **estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e suas aplicações no controle de problemas de saúde**”. (Last, 1988)

- **Estudo** – Epidemiologia é a ciência básica da saúde pública. Inclui vigilância, observação, pesquisas.
- **Distribuição** – Os epidemiologistas estudam a distribuição de *frequências e padrões* de eventos de saúde dentro de grupos em uma população, quanto ao tempo, pessoas, lugares e grupos de indivíduos afectados.

- *Frequência* inclui não só o número de tais eventos numa população, mas também a taxa ou risco da doença na população.
- *Padrão* refere-se a ocorrência de eventos de saúde em relação ao tempo, lugar e características das pessoas.
- **Determinantes** – são factores que afectam o estado de saúde, que podem ser factores biológicos, químicos, físicos, culturais, sociais, entre outros
- **Estados ou eventos relacionados à saúde** – são as doenças, causas de óbito (morte), aspectos positivos em saúde (bem estar, felicidade, etc), utilização e oferta de serviços de saúde, entre outros.
- **População** – inclui indivíduos com características específicas. Exemplo: crianças menores de 5 anos; mulheres em idade fértil (dos 15 aos 45 anos), etc.
- **Aplicações na prevenção e controlo** – o objectivo da saúde pública é promover, proteger e restaurar a saúde

4.2 Transição Epidemiológica. A transição epidemiológica caracteriza-se pela evolução gradual dos problemas de saúde de um estado onde predominavam altas taxas de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias para um outro onde as doenças crónico-degenerativas se destacam (Omran, 1971, 2001).

- O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos;

Em Moçambique, também se assiste a esta transição epidemiológica e, em resposta a esta situação, foi criada em 2000 a repartição das Doenças não Transmissíveis, hoje Departamento de Doenças Não Transmissíveis (DDNT).

4.2.1 A análise situacional em Moçambique mostrou:

- Prevalência de hipertensão arterial (HTA) de 34.9%
- Prevalência de diabetes na população com idade superior a 20 anos de idade foi estimada em 3.1% em 2003, projectando-se um aumento para 3.6% em 2025.
- Cancro – o registo do cancro de base populacional implementado na cidade da Beira (província de Sofala), mostrou que a incidência do cancro no geral é elevada, com uma taxa de incidência de 62,9/100.000 habitantes em 2005 e de 63,5/100.000 habitantes em 2006
- Asma – Prevalência estimada em 13,3% em crianças dos 6 – 7 anos e em adolescentes de 13 – 14 anos.

Assim, foi criado o plano estratégico nacional de prevenção e controlo de doenças não transmissíveis: 2008 – 2014, com o objectivo geral de reduzir a exposição aos factores de risco para as doenças não transmissíveis e a morbilidade e mortalidade associadas.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5.1. Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade (OMS).

5.2. Doença compreende todas mudanças desfavoráveis em saúde, incluindo acidentes e doenças mentais.

5.3. A Saúde Pública promove e preserva a saúde da população.

- 5.4. Determinantes sociais em saúde são as condições em que as pessoas vivem e trabalham, e actuar sobre esses determinantes é a forma mais justa para melhorar a saúde das pessoas.
- 5.5. Factores de risco são determinadas variáveis (comportamentos, hábitos, acções, etc.) associadas ao desenvolvimento de doenças.
- 5.6. Dependendo da altura em que actuamos na evolução das doenças, podemos ter várias formas de prevenção. Primária, antes do estabelecimento dos sinais e sintomas; secundária no decorrer da doença; e terciária na fase avançada.
- 5.7. Epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e suas aplicações no controle de problemas de saúde (Last, 1988).
- 5.8. Transição epidemiológica refere-se às mudanças de mortalidade e morbilidade numa população, com uma redução do impacto de doenças predominantemente transmissíveis para doenças crónicas e degenerativas não transmissíveis geralmente associado ao desenvolvimento socioeconómico.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	2
Tópico	Introdução a Saúde Comunitária e Saúde Pública	Tipo	Teórica
Conteúdos	Principais Problemas de Saúde em Moçambique	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar as doenças mais comuns/importantes em Moçambique e para cada uma:
 - a. Identificar populações de maior risco;
 - b. Meios de transmissão;
 - c. Distribuição geográfica;
 - d. Razão para sua importância;
 - e. Medidas de prevenção ao nível comunitário e ao nível individual.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Principais Doenças em Moçambique		
3	Doenças Infecciosas (Transmissíveis)		
4	Doenças Não Infecciosas (Não Transmissíveis)		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Martins, Prof. Helder, MANUAL DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, MISAU, 2008

MISAU; Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças não Transmissíveis para o Período 2008 – 2014; 2008

MISAU: Plano Estratégico de Saúde 2007–2012.

MISAU: Inquérito Demográfico e de Saúde 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: PRINCIPAIS DOENÇAS EM MOÇAMBIQUE

Em Moçambique, as doenças infecciosas continuam sendo a maior causa de morbilidade e mortalidade. Dentre elas, a malária, a SIDA, a tuberculose, doenças respiratórias agudas e diarreias são as mais frequentes e que causam maior número de mortes.

2.1 Definições

- **Doenças transmissíveis (ou infecciosas)** – são aquelas causadas pela transmissão de um agente infeccioso específico (bactérias, vírus, fungos, parasitas) para um hospedeiro susceptível (o ser humano). São exemplos: a malária, a SIDA, a tuberculose, o sarampo, a poliomielite, entre outras
- **Doenças não transmissíveis** – são aquelas que não apresentam um agente infeccioso (doença não infecciosa) e é, geralmente, caracterizado pelo seu longo curso clínico. São também chamadas de doenças crónicas não transmissíveis. Exemplo: hipertensão arterial, asma, diabetes mellitus.

2.2 Principais Doenças em Moçambique

Em Moçambique há um predomínio de doenças infecciosas em relação as doenças não infecciosas, apesar de nos próximos anos poder-se assistir a uma transição epidemiológica.

A tabela abaixo apresenta a lista de doenças infecciosas e não infecciosas mais importantes em Moçambique.

BLOCO 3: DOENÇAS INFECCIOSAS (TRANSMISSÍVEIS)

Tipo de Doenças	Doenças
Doenças Infecciosas (Transmissíveis)	<ol style="list-style-type: none">1. Malária2. Diarreias (parasitoses, cólera, disenteria)3. Infecções Respiratórias Agudas (Pneumonias, Broncopneumonias)4. Tuberculose5. Infecções de Transmissão Sexual (HIV/SIDA, Sífilis, Gonorréia, entre outras)6. Meningite Meningocócica7. Sarampo8. Poliomielite9. Hepatite infecciosa10. Tétano11. Raiva12. Lepra13. Filaríase linfática (elefantíase)14. Schistosomíase (bilharziose)
Doenças Não Infecciosas (não Transmissíveis)	<ol style="list-style-type: none">1. Hipertensão Arterial2. Acidente Vascular Cerebral3. Diabetes Mellitus4. Asma5. Desnutrição6. Doenças tumorais (carcinoma do colo do útero, carcinoma da mama, entre outros)

Neste bloco vamos abordar algumas das doenças infecciosas nas seguintes vertentes: populações de maior risco, meios de transmissão, distribuição geográfica, razão para sua importância e medidas de prevenção.

3.1 Malária – é uma doença causada por um parasita chamado plasmódio que causa febre e outras alterações no ser humano.

- **Populações de maior risco:** Qualquer pessoa está em risco de contrair malária, sendo que as populações de maior risco são as mulheres grávidas, crianças (principalmente com idade inferior a cinco anos) e pessoas infectados pelo vírus do HIV.
- **Meios de transmissão:** picada de mosquito fêmeas do género anófeles. Durante essa picada o parasita entra no corpo do ser humano e causa doença. O *Plasmodium falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por mais de 90% de todas infecções. Outras espécies de plasmódio envolvidas na transmissão da malária são: *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale* e *Plasmodium vivax*.
- **Distribuição geográfica:** a malária é endémica em todo o país, variando de zonas hiper-endémicas (zonas em que há muitos casos de malária e que ocorrem frequentemente novas infecções) ao longo do litoral, zonas mesoendémicas (zonas onde os casos novos não são altos nem baixos, mas intermédios) nas terras planas do interior e de algumas zonas hipo-endémicas (zonas em que há poucos casos novos) nas terras altas do interior.

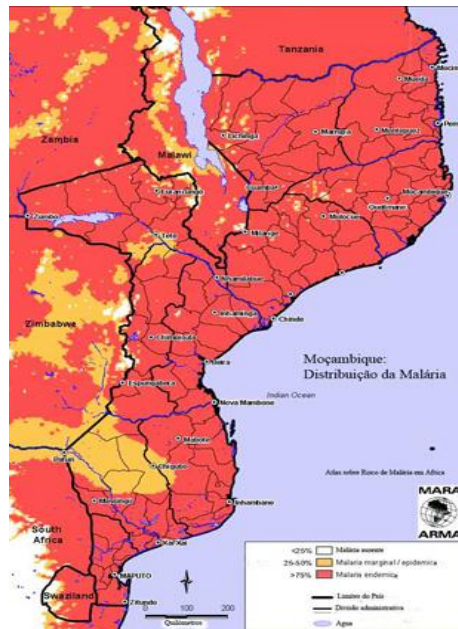


Figura 1: Mapa de distribuição da malária em Moçambique.

Fonte: Mapping Malaria Risk in Africa, www.mara.org.za (2005)

Prevalência (%) em Moçambique de infecção por *P. falciparum* em crianças menores de 5 anos de idade por província, 2007

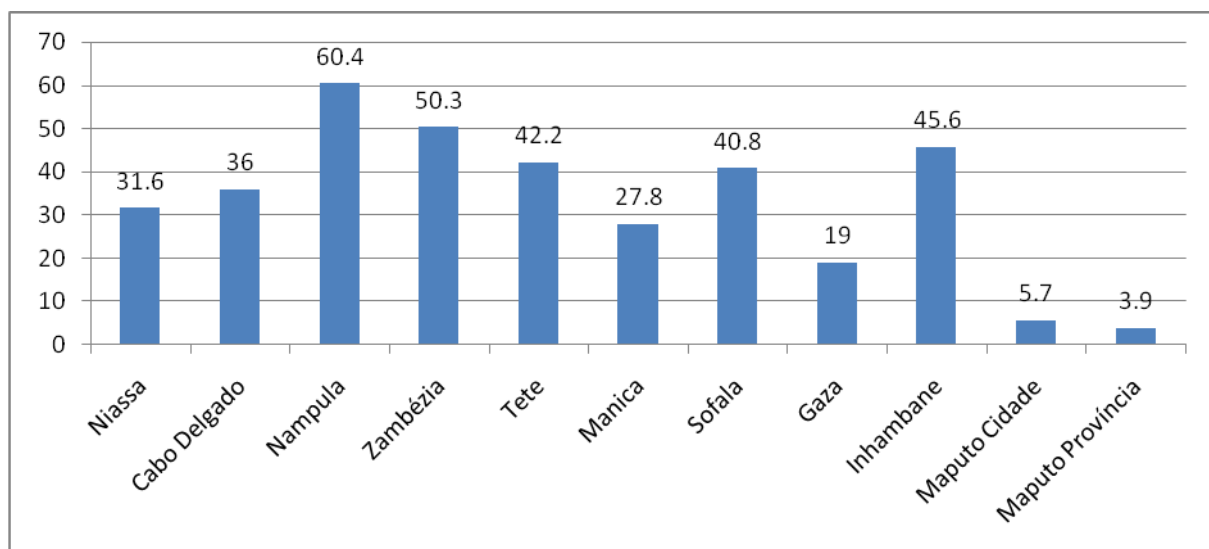


Figura 2: prevalência da malária em crianças menores de 5 anos

Fonte: <http://www.malariajournal.com/content/8/1/74>

- **Razão para sua importância:** com base nos dados dos últimos cinco anos do sistema de vigilância epidemiológica (Boletim Epidemiológico Semanal, BES), a malária conta com uma média de 5,8 milhões de casos diagnosticados clinicamente por ano, sendo a principal razão de consulta externa (44%) e de internamento no serviço de pediatria (57%) e com alta taxa de letalidade (variação de 1.8% a 9.9%, dependendo do nível da unidade sanitária). Constitui um peso socioeconómico enorme nas comunidades e no país em geral, particularmente para a população mais pobre e vulnerável.

- **Medidas de prevenção ao nível comunitário e ao nível individual**

- Educação sanitária: saneamento do meio, eliminando os potenciais habitats (criadouros de mosquito) – eliminação de charcos, água estagnada, entre outras
- Uso de repelentes
- Controlo vectorial:
 - Uso de redes mosquiteiras impregnadas com insecticida de longa duração (REMILD ou REMITIL)
 - Pulverizações intra-domiciliárias
- Tratamento preventivo intermitente (TIP) na mulher grávida – uso de medicamento para prevenir a malária e seus efeitos na mulher grávida.
- Diagnóstico precoce e tratamento efectivo de casos de malária tanto no serviço nacional de saúde quanto na comunidade
 - Introdução de testes rápidos de diagnóstico

3.2 SIDA (Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida) – é uma doença infecciosa, considerada como sendo pandemia (existe em todo o mundo), causada por um vírus, o HIV (vírus de imunodeficiência humana).

- **Populações de maior risco:** a população de maior risco são os indivíduos sexualmente activos (idades entre 15 e 49 anos), os filhos que nascem dessas pessoas infectadas. Os usuários de drogas intravenosas, as trabalhadoras de sexo, camionistas de longo percurso, constituem também grupo de risco.
- **Meios de transmissão:** a principal forma de transmissão é a via sexual (intercurso sexual sem protecção). Outras formas incluem: transmissão vertical, da mãe para o filho durante a gravidez, parto ou amamentação; através do contacto com fluidos corporais contaminados, em particular do sangue e de seus derivados, durante uma transfusão dos mesmos, partilha de materiais cortantes contaminados ou inoculação acidental de fluidos contaminados durante um procedimento médico-cirúrgico.
- **Distribuição geográfica:** é uma pandemia (afecta todo o mundo), porém com elevadas taxas de prevalência em África.

O Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique, realizado em 2009 (INSIDA), mostrou uma prevalência nacional de 11.5% nos moçambicanos adultos dos 15 aos 49 anos, sendo mais elevado nas mulheres (13.1%) do que em homens (9.2%). Esta prevalência é crescente no sentido região norte para sul, com uma prevalência de 5.6% na região norte, 12.5% na região centro e 17.8% na região sul.

Prevalência da Infecção por HIV em Moçambique, por Províncias INSIDA 2009

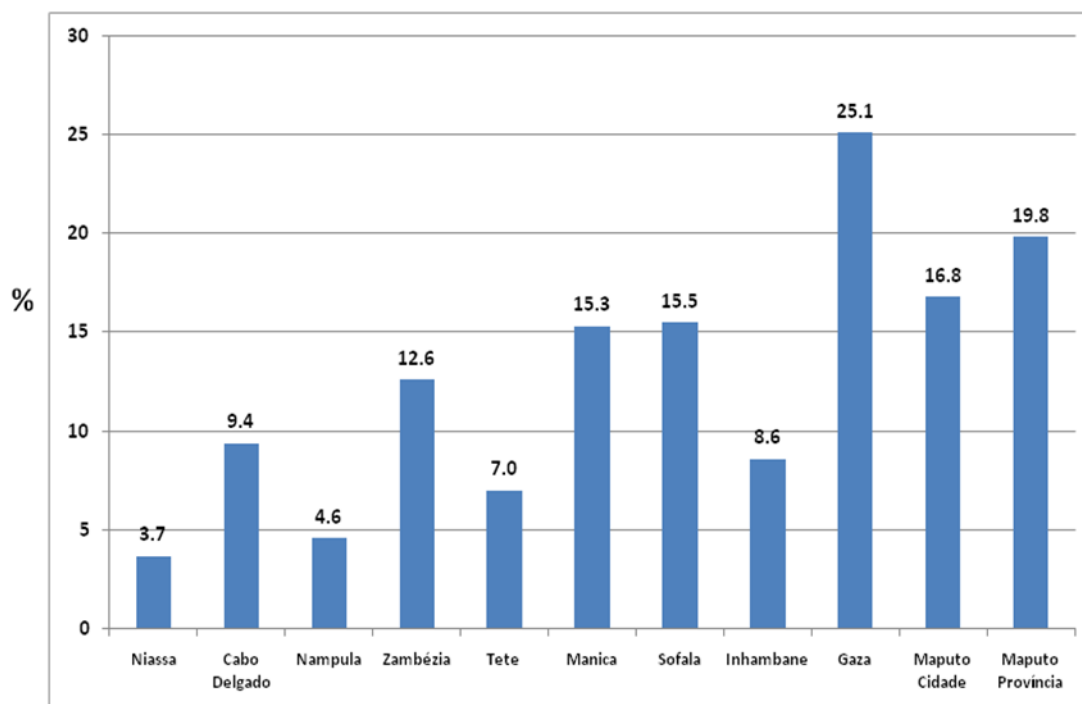


Figura 3: Prevalência da Infecção por HIV em Moçambique (INSIDA 2009)

- **Razão para sua importância:** Estima-se que o país tinha aproximadamente 1,8 milhões de pessoas infectadas com o HIV em 2007 (UNAIDS, MISAU, 2007). O número cada vez crescente de infectados, com comprometimento da população jovem (massa laboral), o número crescente de órfãos maternos que não só sobrecarrega o sector da Saúde mas também todo tecido social em geral e comprometendo as perspectivas de redução da pobreza e a criação da riqueza em todos os níveis. Concorrem para isto também a redução da esperança de vida ao nascer.
- **Medidas de prevenção ao nível comunitário e ao nível individual:**
 - Educação sexual: Reforço das medidas de abstinência, uso consistente e adequado do preservativo, reforço da fidelidade a um só parceiro e redução da promiscuidade sexual
 - Reforçar a abordagem sindrómica das Infecções de Transmissão Sexual (ITS)
 - Aumentar o acesso dos Jovens e adolescentes aos serviços preventivos
 - Aumentar o acesso ao Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)
 - Aumento do acesso e a disponibilidade dos serviços integrados de Aconselhamento e Testagem Voluntária
 - Reduzir a transmissão vertical do HIV da mãe para o filho e oferecer tratamento antiretroviral até ao nível mais periférico
 - Aumento da provisão dos serviços de tratamento antiretroviral.

3.3 Tuberculose – é uma doença infecciosa causada por uma bactéria (o bacilo de Koch – *Micobacterium tuberculosis*) e que afecta principalmente os pulmões (mas todos órgãos do corpo humano podem ser afectados).

- **Populações de maior risco:** todos estão em risco de contrair a tuberculose, mas as crianças, pessoas infectadas pelo HIV/SIDA, desnutridos, pessoas que vivem em aglomerados populacionais constituem os que tem maior risco.
- **Meios de transmissão:** a tuberculose transmite-se através da via respiratória. Quando o doente com tuberculose não tratada tosse, espirra ou fala, deita para o ar pequenas gotas de saliva cheias da bactéria e ficam espalhadas no ar. Quando outra pessoa vai respirar esse ar corre o risco de apanhar a tuberculose.
- **Distribuição geográfica:** afecta todo o país, porém a sua distribuição varia de região para região, com as do sul e centro apresentando mais casos, em torno de 46% e 37% das infecções, respectivamente.
- **Razão para sua importância:** constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no país, com uma incidência média anual de 460 casos e prevalência média anual de 636 casos por 100.000 habitantes e uma taxa de letalidade de 12%, o que coloca o nosso país no 19º lugar dos 22 países chamados HBCs (high burden countries) – em português: países com alta prevalência da doença, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2010. Associado à isso, no nosso país tem uma detecção de casos BK+ de apenas 50%, o que perpetua alta transmissão na comunidade e agrava cada vez mais a incidência e a prevalência.
- **Medidas de prevenção ao nível comunitário e ao nível individual:**
 - Educação: reforço da necessidade de tapar a boca ao tossir ou espirrar, cuspir numa latinha com tampa ou num recipiente próprio e enterrá-lo, garantir uma boa ventilação nas casas, informar a população dos sinais e sintomas da tuberculose para a procura imediata de cuidados de saúde
 - Vacinação dos bebés recém-nascidos (BCG)
 - Aumento da detecção de casos de Tuberculose, com particular ênfase a casos que expõem os bacilos (chamados bacilíferos ou BK positivos)
 - Redução dos pacinetes que abandonam o tratamento da tuberculose (diminuição da taxa de abandono)
 - Aumento do acesso ao tratamento anti-tuberculose através da estratégia Directa Observação da Toma (DOT) nas unidades sanitárias e na comunidade
 - Reforço dos mecanismos para monitorar, detectar e para o manejo de casos de resistência multi-droga ao tratamento de tuberculose
 - Reforço da integração dos programas de controle do HIV/SIDA e tuberculose.

3.4 Cólera e disenteria – são doenças consideradas de carácter epidémico de grande importância no país.

- A cólera é uma doença infecciosa causada por uma bactéria chamada *vibrião colérico* e que afecta o aparelho gastrointestinal e provoca vômitos e diarreia abundante. A disenteria é uma doença infecciosa causada por vários micróbios (principalmente a bactéria *shigella dysenteriae* no nosso meio, que causa epidemias) que causa diarreia com sangue.
- **Populações de maior risco:** a cólera *não* tem um alvo preferencial, podendo ocorrer em indivíduos de qualquer idade. As más condições de saneamento do meio e higiene individual e

colectiva propicia a eclosão da doença. A disenteria afecta principalmente crianças menores de 5 anos, mas qualquer faixa etária pode ser acometida.

- **Meios de transmissão:** a cólera e a disenteria são doenças que se transmitem pela via feco-oral. Pelas nossas mãos, quando não se obedece as regras de higiene (lavar as mãos com água e sabão antes de comer, depois de usar a latrina e depois de mudar a fralda ao bebé, consumo de água imprópria, comer alimentos contaminados), pela má higiene dos alimentos (alimentos que não foram bem lavados, que não foram bem cozidos, que não foram bem guardados ao abrigo das moscas) e pelas más condições do saneamento do meio ambiente (defecar ao céu aberto, falta ou incorrecto uso de casa de banhos ou latrinas, incorrecta destruição de fezes humanas, falta de água potável)
- **Distribuição geográfica:** a cólera e a disenteria tem uma distribuição relativamente igual em todo o país, principalmente nas comunidades em que as condições de saneamento do meios e higiene individual e colectiva são precárias.
- **Razão para sua importância:** Tendo em conta os grupos de maior risco, são doenças com grande probabilidade de contribuir no atraso do desenvolvimento psicomotor (potenciais precursoras de incapacidade física e mental) e têm elevadas taxas de mortalidade.
- **Medidas de prevenção ao nível comunitário e individual:**
 - Educação sanitária, saneamento dos meios, disseminação de medidas de higiene individual e colectiva (lavagem das mãos, tomar banho todos os dias, protecção dos alimentos, tratamento da água, cozedura adequada dos alimentos, uso adequado de latrinas, entre outras).
 - Desenvolvimento da capacidade para fazer face a epidemias, doenças importadas e outras situações de emergência. Destaque vai para a formação de uma equipe central de choque para emergências e de uma equipe de choque para emergências em cada província e distrito.

3.5 Meningite meningocócica – é uma doença infecciosa que afecta as capas de cobertura do cérebro e medula espinhal (meninges) causada por uma bactéria chamada *neisseria meningitidis* (meningococo).

- **Populações de maior risco:** crianças menores de 5 anos, pessoas que vivem em aglomerados (prisioneiros, militares nos quartéis, crianças das creches) e principalmente na época fria.
- **Meios de transmissão:** a meningite é transmitida pelo ar e gotas de saliva, tal como na tuberculose.
- **Distribuição geográfica** – a distribuição é abrangente em todo o país, principalmente nas zonas mais frias do país e na época fria.
- **Razão para sua importância:** facilmente constitui uma epidemia com repercussões negativas para os afectados – atraso no desenvolvimento psico-motor e devido a elevadas taxas de mortalidade.
- **Medidas de prevenção ao nível comunitário e ao nível individual:**
 - Promoção da higiene individual e colectiva
 - Evitar aglomerados populacionais
 - Vacinação de grupos de risco (aglomerados)

3.6 Infecções Respiratórias Agudas (IRA) – conjunto de doenças que inclui infecções das vias aéreas superiores e inferiores (broncopneumonias e pneumonias). São doenças infecciosas, cujos agentes infecciosos podem ser, principalmente, bactérias e/ou vírus.

- **Populações de maior risco:** as crianças e os idosos são os mais afectados e com grande probabilidade de ter doença grave. Ambientes frios favorecem a sua aparição e disseminação.
- **Meios de transmissão:** normalmente transmitem-se através do ar contaminado por vírus ou bactérias que causam tais doenças, mas também pode ser por infecção inicial em outras partes do corpo, que depois vão atingir os pulmões (para o caso das bactérias).
- **Distribuição geográfica:** abrangente em todo o país
- **Razão para sua importância:** Constituem causa frequente de doença e, por atingirem camadas imunologicamente fracas, se mal tratadas podem levar a morte. São igualmente causa de várias faltas à escola e o modo de transmissão, principalmente das infecções virais (das vias aéreas superiores), favorece uma rápida propagação, com possibilidade de atingir também outros grupos, jovens e adultos, levando também à faltas ao trabalho, etc.
- **Medidas de prevenção ao nível comunitário e individual**
 - Educação sanitária para as comunidades: higiene individual e colectiva (lavagem frequente das mãos, tapar a boca ao tossir ou espirrar, entre outras)
 - Introdução de vacinas (contra o vírus da influenza, contra a bactéria *haemophilus influenzae* e pneumococos);
 - Estabelecimento de medidas padrão para o manuseio rápido e eficiente dos casos de doença respiratória, através do AIDI (atenção integrada das doenças da infância)
 - Implementação de directrizes para o tratamento de pneumonias da comunidade (principalmente nos idosos) nos vários níveis de atenção do Sistema Nacional de Saúde

BLOCO 4: DOENÇAS NÃO INFECCIOSAS (NÃO TRANSMISSÍVEIS)

Neste bloco vamos abordar algumas das doenças não infecciosas nas seguintes vertentes: população de maior risco, factores de risco, distribuição geográfica, razão para sua importância e medidas de prevenção.

4.1 Asma – doença crónica das vias respiratórias que ataca pessoas em qualquer idade e que é influenciada em grande escala por factores climatéricos e de higiene ambiental. Muito prevalente em Moçambique (13,3%) com maior enfoque para crianças e adolescentes em idade escolar.

- **Populações de maior risco:** geralmente afecta mais as crianças e adolescentes em idade escolar.
- **Factores de risco:** tem vários factores desencadeantes, são os ácaros da poeira e outros alérgenos, o clima, desmame precoce, história de tabagismo passivo, etc.
- **Distribuição geográfica:** está amplamente distribuído pelo país, embora não haja ainda dados de prevalência real de cada província
- **Razão para sua importância:** constitui uma importante causa de debilidade, ausências frequentes à escola e ao trabalho, com consequências óbvias para a educação e a economia; causa limitação crónica com elevada taxa de hospitalizações de emergência; pode ser causa importante de morte.
- **Medidas de prevenção ao nível comunitário e ao nível individual:**

- Educação individual e comunitária sobre os factores de risco, adopção de estilos de vida saudável com ênfase na dieta e actividade física
- Desenvolvimento e implementação de planos e guiões de formação e seguimento pós-treino sobre prevenção, aconselhamento, manejo clínico e reabilitação para a asma
- Reorientação e fortalecimento dos serviços de Saúde para prestar cuidados e tratamento de qualidade a doentes com asma com ênfase nos níveis primário e secundário de atenção para a Saúde
- Advocacia para/e fortalecimento dos sistemas de vigilância, monitoria, avaliação e pesquisa para a asma

4.2 HTA (Hipertensão Arterial – Tensão Alta) – a HTA é popularmente conhecida como tensão alta, é uma doença que afecta as artérias. É uma doença silenciosa, isto porque na grande maioria dos casos o doente não sente nada.

- **Populações de maior risco:** atinge pessoas de todas as idades, contudo, é mais frequente à medida que a idade aumenta.
- **Factores de risco:** dentre os factores de risco modificáveis temos o consumo excessivo de sal, o sedentarismo e a obesidade, tabagismo e alcoolismo, entre outras.
- **Distribuição geográfica:** está amplamente distribuída no país, com uma prevalência nacional de 34,9%, sendo esta prevalência maior nas cidades (40,6%) que no campo (29,8%).
- **Razão para sua importância:** primeiro porque podem ser facilmente prevenidas através de medidas fáceis e acessíveis; são causa de grande debilidade e até mesmo incapacidade permanente se não são adequadamente controladas; no nosso país são mais prevalentes na população economicamente activa e podem levar a morte.
- **Medidas de prevenção ao nível comunitário e ao nível individual:**
 - Educação: diminuir o consumo de sal na comida, reduzir o peso (emagrecer), parar de fumar, suprimir ou reduzir consideravelmente o consumo de bebidas alcoólicas, fazer exercício físico regular (andar 45 minutos 3 a 4 vezes por semana, dar a volta ao quarteirão a pé, correr, subir escadas, nadar ou ainda andar de bicicleta)
 - Desenvolvimento e implementação de planos e guiões de formação e seguimento pós-treino sobre prevenção, aconselhamento, manejo clínico e reabilitação para a HTA e outras Doenças Cardiovasculares (DCV)
 - Reorientação e fortalecimento dos serviços de Saúde para prestar cuidados e tratamento de qualidade a doentes com HTA e outras DCV com ênfase nos níveis primário e secundário de atenção para a Saúde
 - Advocacia para/e fortalecimento dos sistemas de vigilância, monitoria, avaliação e pesquisa para HTA e outras DCV

4.3 Diabetes – é uma doença metabólica conhecida popularmente como “doença do açúcar”, isto porque se caracteriza pelo aumento do açúcar no sangue. Diz-se que a pessoa tem diabetes quando tem muito açúcar no sangue, devido à fraca capacidade do corpo de produzirem uma substância chamada “insulina” ou esta substância não consegue funcionar normalmente.

- **Populações de maior risco:** a diabetes pode aparecer em todas idades, tanto em crianças (diabetes tipo I) como em adultos (diabetes tipo II) e em qualquer época da vida.
- **Factores de risco:** há indivíduos com maior facilidade de desenvolver esta doença como – filhos de pais diabéticos, aqueles que tem um diabético na família, as pessoas gordas (obesas),

peessoas com tensão alta (hipertensos) e pessoas com hábitos de vida sedentária (que não praticam actividade física).

- **Distribuição geográfica:** está distribuída por todo o país. Em Moçambique a prevalência da diabetes na população com idade superior a 20 anos de idade foi estimada em 3,1% em 2003. Na população adulta dos 25 aos 64 anos de idade, a prevalência é de 3,8% e o excesso de peso é de 30,1% e de 10,2% para o meio urbano e rural, respectivamente.
- **Razão para sua importância e medidas de prevenção ao nível comunitário e ao nível individual:** tendo em conta que os factores de risco são comuns à HTA, a razão da sua importância é semelhante à da HTA. Em relação as medidas de prevenção, recomenda-se a prática regular de exercícios e hábitos alimentares saudáveis para se evitar a obesidade. As outras medidas são igualmente aplicáveis.

4.4 Neoplasias malignas (cancros) – são doenças crónicas que podem ter causa infecciosa subjacente (carcinoma do colo do útero relacionado a vírus papiloma humano (HPV), sarcoma de Kaposi relacionado ao HIV causado pelo vírus HHV8) ou ter causas ambientais (tabagismo e exposição a asbestos no caso de carcinoma do pulmão ou cancro da mama).

- **Populações de maior risco:** não existe um grupo de risco particular para o cancro de uma forma geral, mas sim para determinados tipos de cancros: o cancro do colo do útero – é a segunda neoplasia mais frequente na mulher em todo o mundo; Sarcoma de kaposi – está ligado a pacientes HIV positivos;
- **Factores de risco:** são vários os factores de risco e depende do tipo de cancro: o tabagismo é factor de risco para cancro dos pulmões, cancro da boca, cancro dos rins, entre outros; o intercurso sexual desprotegido está ligado a transmissão do vírus que provoca o cancro do colo do útero; o alcoolismo está ligado a vários cancros – cancro do fígado
- **Distribuição geográfica:** está amplamente distribuída no país, em que o registo de cancro de base populacional implementado na cidade da Beira (província de Sofala) em 2005, mostrou uma incidência geral elevada (62,9/100.000 habitantes em 2005 e de 63,5/100.000 habitantes em 2006). Os mesmos dados, mostraram que o cancro da mama é a terceira causa de cancro na mulher adulta (depois do cancro do colo do útero – 2ª causa, e do sarcoma de kaposi – 1ª causa).
- **Razão para sua importância:** constitui problema de saúde pública pelas elevadas morbi e mortalidade e enormes gastos económicos no seu manejo clínico (longo tempo de internamento, gastos em medicamentos, apoio psicossocial entre outros). São uma importante causa de mortalidade.
- **Medidas de prevenção ao nível comunitário e ao nível individual:**
 - Massificação do conhecimento sobre os factores de risco (redução do consumo de álcool, redução do tabagismo, por exemplo: aplicação do decreto 11/2007 sobre a regularização da comercialização e consumo de tabaco)
 - Rastreio dos cancros que podem ser detectados precocemente (exemplo: carcinoma do colo do útero, carcinoma da mama - auto-exame, entre outras)
 - Reorientação e fortalecimento dos serviços de saúde para prestar cuidados e tratamento de qualidade (incluindo cuidados paliativos e suporte psicossocial).

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5.1 As doenças infecciosas continuam a ser o grande problema de saúde pública no sistema nacional de saúde, com grande enfoque para a Malária, o HIV/SIDA, a Tuberculose, doenças respiratórias e as diarreias;

- 5.2** As doenças preveníveis ainda constituem um grave problema de saúde no nosso meio associados aos problemas climatéricos e do saneamento do meio ambiente;
- 5.3** Doenças não transmissíveis, como a HTA e a DM constituem nos últimos anos problemas de saúde pública entre nós;
- 5.4** Campanhas de prevenção devem ser levadas a cabo mais frequentemente e com maior envolvimento e participação comunitária de modo a diminuir a carga de doenças no nosso país.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	3
Tópico	Introdução a Saúde Comunitária e Saúde Pública	Tipo	Teórica
Conteúdos	Programas/Intervenções em Saúde Pública do Sistema Nacional de Saúde	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar e descrever, em termos gerais, os principais programas do Sistema Nacional de Saúde:
 - a. Saúde Mental;
 - b. Malária;
 - c. Saúde Infantil;
 - d. Saúde Reprodutiva;
 - e. Saúde Escolar e de Adolescentes (incluindo saúde oral);
 - f. HIV: PTV(Programa de Transmissão Vertical) e TARV;
 - g. PAV- Programa Alargado de Vacinações
 - h. Tuberculose
 - i. Lepra
 - j. Nutrição

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Principais Programas do Sistema Nacional de Saúde		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

MISAU: Estratégia nacional da TB 2008–2012.

MISAU, MANUAL CLÍNICO DE TUBERCULOSE, 2007

MISAU: Plano Estratégico de Saúde 2007–2012.

MISAU: Plano nacional de malária 2010 – 2014.

MISAU: Plano estratégico nacional de combate a ITS/HIV/SIDA sector saúde 2004 – 2008.

MISAU: Plano de monitoria e avaliação do PAV.

MISAU: Plano estratégico de saúde neonatal e infantil.

MISAU: Políticas e estratégia de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. (2004).

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: PRINCIPAIS PROGRAMAS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Intervenções dos Principais Programas do Sistema Nacional de Saúde (SNS)

2.1. Saúde mental

O objectivo do programa de cuidados de saúde mental é desenvolver e intensificar as actividades de Saúde Mental e de assistência psiquiátrica no SNS.

As estratégias inseridas no programa são:

1. Redução da doença mental crónica.
2. Criação de mecanismos para a monitorização do consumo de álcool e outras drogas.
3. Integração da Saúde mental a outras estratégias intersectoriais.
4. Criação de mecanismos para o controlo do consumo e comercialização do tabaco (lei 11/2007).
5. Criação de cursos médios de psiquiatria e superiores de psicologia clínica e terapia ocupacional.

2.2. Malária

O MISAU tem por objectivo reduzir a morbi e mortalidade devido a malária na população em geral através da coordenação e apoio a intervenções de prevenção e controlo da malária. Para o efeito tem traçadas as seguintes intervenções, inseridas no Programa Nacional de Controlo à Malária:

2.2.1. Controle Vectorial Integrada – é composta por várias intervenções de controlo vectorial, seleccionadas com base nos factores locais que determinam a transmissão da malária.

- A pulverização intradomiciliária (PIDOM);
- O uso de redes mosquiteiras impregnadas com insecticidas de longa duração (REMILD ou REMITIL);
- O controlo larval e a redução de potenciais criadouros /Gestão ambiental (que inclui todos os métodos físicos, químicos e biológicos para o controlo larval).
- A vantagem principal do controle vectorial integrado é a sua flexibilidade e possibilidade de combinar várias intervenções complementares ou aditivas, reduzindo deste modo o risco de fracasso da utilização de uma única intervenção.
- A PIDOM é um dos métodos mais eficazes no controlo do mosquito adulto, vector da malária, e pode resultar na redução do nível de transmissão da malária.
- A REMILD/REMITIL é um método preventivo eficaz e pode reduzir a mortalidade infantil em aproximadamente 25%. Uma análise de estudos feitos em África provou que as redes mosquiteiras impregnadas reduzem episódios clínicos de malária em 48% e melhoram o estado de anemia em 0.5 g/dl em média (9, 10).

- O controlo larval do mosquito vector tem potencial para ser eficaz sempre que os criadouros alvo estejam bem definidos e sejam limitados em número, particularmente nos centros urbanos.

2.2.2 Diagnóstico Precoce e Tratamento Correcto – **têm como objectivos:**

- Expansão da capacidade diagnóstica laboratorial e melhorar a qualidade do diagnóstico laboratorial e do tratamento da malária nas unidades sanitárias.
- Expansão da capacidade de diagnóstico laboratorial (com Teste de Diagnóstico Rápido - TDR) e garantia de tratamento apropriado a nível da comunidade.
- Garantia do fornecimento de medicamentos eficazes (terapia combinada) e materiais e reagentes laboratoriais às US e aos agentes polivalentes elementares (APE).
- Garantia da qualidade do manejo de casos da malária não complicada e grave, incluindo ao nível da comunidade.
- Garantia de um sistema de referência desde o nível comunitário ao nível mais diferenciado.

Com a implementação de novas políticas de tratamento, baseadas em combinações terapêuticas com derivados de artemisinina (CTA), a confirmação da suspeita clínica de malária através do laboratório é crucial, pois estes antimaláricos têm como principal objectivo a eliminação dos parasitas circulantes no sangue do indivíduo infectado e não apenas aliviar os sintomas. Por outro lado, é importante que os novos antimaláricos sejam usados, sempre que possível, apenas em doentes com malária confirmada e com a devida disciplina e rigor no cumprimento das dosagens, como forma de evitar uma rápida selecção de estirpes de *Plasmodium* resistentes aos novos antimaláricos e de diminuir os custos do tratamento da malária.

Em áreas de transmissão estável da malária, as mulheres grávidas, as crianças menores de 5 anos, pessoas com imunodepressão e viajantes não imunes são tipicamente os que estão em alto risco de doença grave e morte por malária.

Nas zonas rurais do país, o acesso aos serviços formais de saúde é extremamente limitado; o diagnóstico e tratamento baseados na comunidade são uma alternativa estratégica e apropriada para reduzir a morbi-mortalidade por malária.

2.2.3 Prevenção da Malária na Gravidez – **consiste em:**

- Tratamento intermitente presuntivo (TIP) com Fansidar (sulafadoxina-pirimetamina) da mulher grávida a partir das 20 semanas de gravidez.
- Distribuição na CPN de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração (REMILD/REMITIL) a todas as mulheres grávidas.
- Manejo correcto de casos de malária na gravidez.
- Apoio à revisão das fichas e livros de registo e recolha de dados da CPN.
- Formação de enfermeiras de saúde materna e infantil sobre o pacote de intervenções da malária na gravidez.
- Supervisão das actividades de prevenção da malária na gravidez.

A promoção de medidas de prevenção da malária na gravidez, com recurso ao TIP e a medidas de protecção individual (REMILD) e colectiva (PIDOM) constituem as principais armas para reduzir a morbilidade e mortalidade materno-infantil no país.

2.2.4 Promoção de Saúde e Envolvimento Comunitário

- Saturação do país com mensagens chave que sejam simples, consistentes e baseadas em dados nacionais sobre controlo da malária
- Uso de métodos inovadores para encorajar mudanças de comportamentos positivos
- Utilização das rádios comunitárias para disseminar as mensagens

Actividades de comunicação multicanais, consistentes e baseadas em evidências são de suma importância nas intervenções de controlo da malária e podem resultar numa mudança de comportamento.

A participação activa da comunidade pode aumentar a eficácia dos esforços de controlo da malária e facilitar a sustentabilidade das intervenções.

2.2.5 Prontidão e Resposta a Emergências e Epidemias – compreendem:

- Capacidade para responder atempadamente aos surtos de malária em situações de emergência, de forma a minimizar a sua magnitude e duração, e a morbilidade e mortalidade a eles associados.
- Preparação adequada que permita uma mobilização rápida de recursos e resposta aos planos de contingência para emergências do Instituto Nacional de Gestão das Calamidades (INGC).

Moçambique é altamente susceptível a desastres com destaque para cheias e ciclones, com consequências sociais e económicas de grande vulto. A consequência directa é a redução das condições básicas de vida, na forma de falta de habitação condigna, agravamento do saneamento básico e falta de água potável. Deste modo a vulnerabilidade à malária (e a outras doenças, como doenças diarreicas, por exemplo) é muito alta nos locais afectados por desastres naturais, havendo situações de ocorrência de surtos. O PNCM (Programa Nacional de Controlo da Malária) deverá estar munido de capacidade para detectar surtos através da utilização dos dados de rotina do Sistema de Informação em Saúde (SIS), postos sentinela e dados de previsão meteorológica.

2.3. HIV/SIDA

Moçambique está entre o grupo dos 10 países do mundo com taxas mais altas de prevalência de infecção por HIV. Em 1999, foi produzido o Plano Estratégico Nacional (PEN) de combate ao HIV/SIDA, que apresenta uma abordagem multi-ssectorial com actividades viradas à mudança de comportamento e distribuição de preservativos e, na responsabilidade do MISAU, actividades que garantem Biossegurança nas actividades do sector da saúde, transfusões seguras, diagnóstico e tratamento das Infecções de Transmissão Sexual, diagnóstico e tratamento das Infecções Oportunistas incluindo a Tuberculose, e Vigilância Epidemiológica e Monitorização, todas elas para priorizar a prevenção.

O objectivo do PEN é, pois, oferecer uma combinação adequada de serviços de saúde preventivos e curativos, de forma que sejam reduzidas a transmissão sexual e a vertical, evitando a transmissão do HIV nas unidades sanitárias, e prolongado o tempo e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/SIDA, incluindo os próprios trabalhadores de saúde. Tal objectivo é assegurado por meio das seguintes estratégias:

2.3.1. Reduzir a transmissão sexual

- Aumentar a cobertura do diagnóstico e tratamento das ITS.
- Reduzir os comportamentos sexuais de alto risco nos jovens de 10 a 24 anos através da expansão dos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens.

2.3.2. Reduzir a transmissão vertical

- Aumentar o número de recém-nascidos de mães HIV+ protegidos contra a infecção por HIV.

2.3.3. Evitar a transmissão nas unidades sanitárias

- Garantir a testagem para HIV de todas as colheitas de sangue para transfusão.
- Aumentar a biossegurança dos procedimentos médico-cirúrgicos invasivos.

2.3.4. Reduzir o impacto do HIV/SIDA sobre os trabalhadores de saúde

- Reduzir a vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde às infecções acidentais e o impacto da doença sobre o seu estado de saúde e psicossocial.

2.3.5. Aumentar a sobrevivência e qualidade de vida das pessoas HIV+

- Aumentar a possibilidade de diagnóstico serológico nos UATS (Unidade de Atendimento e Testagem em Saúde), serviços de SMI-maternidade, e laboratórios clínicos.
- Expandir a capacidade de diagnóstico, tratamento e prevenção das infecções oportunistas aos níveis mais básicos da rede.
- Providenciar atendimento especializado de qualidade, incluindo tratamento anti-retroviral nas unidades sanitárias dos SNS (Serviços Nacional de Saúde).
- Melhorar a qualidade de vida dos doentes em fase terminal com iniciativas bem coordenadas de apoio domiciliário.

2.4. Tuberculose

O Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT) têm como principais objectivos:

- Reduzir a mortalidade, morbilidade e transmissão da Tuberculose
- Prevenir o surgimento de resistências as drogas
- Acelerar a expansão e a melhoria da qualidade dos serviços de DOT (Directa Observação da Toma) comunitário, fortalecimento do sistema de saúde para o apoio à estratégia de DOT e fortalecimento de parcerias para o controlo da tuberculose.

A estratégia para o alcance desses objectivos é a expansão dos cuidados prestados com vista a aumentar o diagnóstico e tratamento de TB à população mais vulnerável. Para tal, foram estabelecidas as seguintes intervenções:

2.4.1. Expandir e melhorar a qualidade e cobertura dos DOTs comunitários

- Detecção de casos através de bacteriologia de qualidade garantida (despistar mais de 70% dos casos de tuberculose infecciosa do ponto de vista de saúde pública – bacilíferos ou BK positivos).
- Tratamento uniformizado com supervisão e apoio ao paciente (curando mais de 85% de casos novos de Tuberculose bacilífero).
- Um sistema de suprimento e gestão de medicamentos efectivo.
- Monitoria e avaliação do impacto do sistema.

2.4.2. Enfrentar TB/HIV, TB-MDR/XDR(TB Multi e Extremamente Droga Resistente) e outros desafios

- Implementar actividades integradas de TB/HIV.

- Prevenir e controlar a TB- MDR e TB- XDR (TB de Extrema Resistência).
- Dirigir maior atenção a prisioneiros, refugiados e outros grupos de risco como crianças e vítimas de calamidades naturais.

2.4.3. Empoderamento de pessoas com TB e de comunidades

- Comunicação e mobilização social.
- Participação da comunidade em cuidados de TB.
- Abrir espaço para os pacientes participarem em cuidados de TB.

2.5. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens (SSRAJ)

Adolescência é o período que marca a transição da infância para a vida adulta, durante o qual se operam muitas transformações, inter-relacionadas, ao nível do corpo, da mente e das relações sociais do indivíduo. São estas transformações que torna a adolescência um período crítico, turbulento e difícil em qualquer sociedade.

É durante a adolescência que o indivíduo ganha consciência da sua sexualidade, estando exposto a várias situações de risco desde os ligados à sua sexualidade, à droga, ao alcoolismo, entre outros, e adoptando também comportamentos e estilos de vida que irão determinar o tipo de adulto que ele será.

Promover a saúde do adolescente implica uma abordagem multisectorial e intervenções sobre diferentes áreas da qual a componente saúde é uma das partes.

O objectivo do programa de saúde sexual e reprodutiva é criar a capacidade nacional para a abordagem multisectorial e descentralizada da saúde integral do adolescente e jovem com ênfase na saúde reprodutiva, de modo a prestarem-se cuidados de saúde de boa qualidade acessíveis e adequados às necessidades dos adolescentes e jovens.

Algumas estratégias implementadas incluem:

2.5.1 Criação de ambiente favorável para SSRAJ/DTS/HIV/SIDA

- Clarificar o conceito de Saúde integral e de Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente, incluindo DTS/HIV/SIDA entre pais, educadores, líderes religiosos, culturais, fazedores de política;
- Criar um ambiente legal que facilite e proteja a provisão de serviços de saúde específicos e amigos dos adolescentes;
- Estimular a participação comunitária nos programas de saúde dirigidos aos adolescentes.

2.5.2 Informação, Educação e Comunicação para mudança de comportamento

- Desenvolver ou adaptar materiais de IEC (Informação Educação e Comunicação) em diferentes línguas locais e adaptados a região e grupo alvo;
- Treinar profissionais de nível médio em temas de SSR (Saúde Sexual Reprodutiva) de modo a difundir mensagens correctas e adequadas que produzam impacto sobre os atingidos.

2.5.3 Provisão de serviços e aumento de sua utilização

- Aumentar o acesso dos adolescentes e jovens a serviços de saúde específicos adequados às suas necessidades através da expansão de serviços onde haja um ambiente acolhedor de privacidade, confidencialidade e respeito pelos seus valores morais.

- Oferecer serviços que satisfaçam as necessidades dos adolescentes, como:
 - Gravidez precoce e indesejada;
 - Aborto e suas complicações;
 - ITS e outras infecções do trato reprodutivo incluindo HIV/sida;
 - Violência e abuso sexual;
 - Tóxico dependência;
 - Saúde mental.

2.5.4 Envolvimento dos jovens e melhoria de suas habilidades para a vida

- Incentivar e assegurar a participação dos adolescentes nos seus próprios programas, através do seu pleno envolvimento nos processos de elaboração de políticas, tomada de decisão, desenho e implementação dos programas a eles destinados.

2.6. Saúde Escolar e Cuidados de Saúde do Jovem e Adolescente

O objectivo deste programa é promover, desenvolver e dinamizar os programas de Saúde Escolar, dos adolescentes e dos jovens.

As principais actividades desta estratégia são:

- Desenvolvimento de programas multisectoriais de atenção aos adolescentes e jovens;
- Promoção de Saúde nas escolas e em adolescentes e jovens;
- Assegurar serviços de assistência às vítimas de abuso sexual;
- Capacitar provedores em Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes e Jovens (SSRAJ);
- Expandir o número de SSRAJ;
- Capacitar professores em matéria de Saúde Escolar e primeiros (1º s) socorros.

2.7. Plano Estratégico de Saúde Neonatal e Infantil (PESNI)

As principais causas directas da elevada mortalidade de crianças estão associados a redução de estratégias efectivas de prevenção das doenças, assim como a fracas alternativas de tratamentos possíveis nos serviços de atenção primária de saúde e a falta de melhores práticas e cuidados a nível das famílias e da comunidade no geral.

Em Moçambique as principais doenças que afectam as crianças abaixo dos 5 anos são atribuídas em geral a causas evitáveis e incluem: malária, infecções respiratórias agudas (IRA), diarreia, sarampo, anemia, meningite, parasitoses intestinais, tuberculose, malnutrição e HIV/SIDA, vide o gráfico.

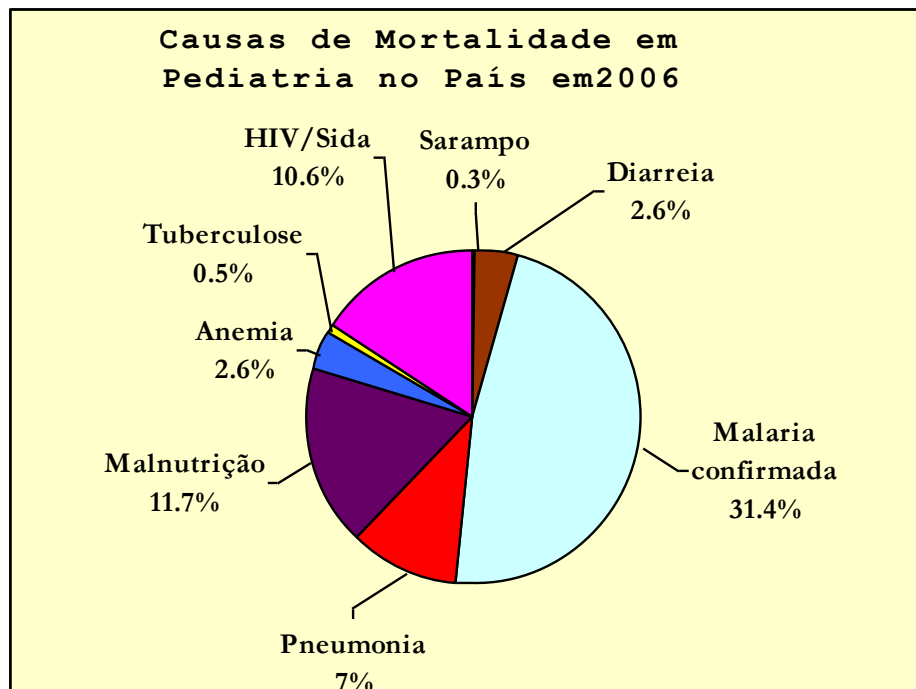


Figura 1. Causas de mortalidade em pediatria em Moçambique em 2006.

Fonte: PESNI, 2008.

O objectivo deste plano é garantir o acesso a assistência de qualidade a todos níveis do Sistema Nacional de Saúde incluindo famílias e comunidades para melhorar a saúde dos recém-nascido e crianças até a idade escolar.

Algumas das intervenções a ser levadas a cabo:

2.7.1. Estilos de vida e ambiente saudável

- Promoção do uso da REMITIL para grávidas e crianças menores de 5 anos
- Promoção da prática da lavagem das mãos, higiene individual
- Educação nutricional para as mães e crianças

2.7.2. Cuidados para com recém-nascidos na primeira semana de vida

- Cuidados neonatais básicos: prevenção da hipotermia (temperatura corporal abaixo de 35°C), da hipoglicemia (quantidade baixa de açúcar no sangue), e cuidados do cordão umbilical.
- Reconhecimento dos sinais de perigo incluindo os da sífilis congênita
- Início precoce do aleitamento materno exclusivo (na primeira hora de vida)
- Promoção do método Mãe Canguru (colocar a criança deitada sobre o tronco da mãe após o nascimento, de modo a garantir transmissão de calor e incentivar o início da sucção)
- Visitas ao domicílio na 1ª semana de vida
- Aconselhamento sobre a importância do cartão de peso

2.7.3. Até aos 5 anos de vida

- Aleitamento materno exclusivo (AME) nos 6 primeiros meses

- Alimentação complementar a partir dos 6 meses
- Reconhecimento dos sinais de perigo incluindo o tétano neonatal
- Expansão do pacote do AIDI (atenção integrada às doenças da infância) comunitário (incluindo o controlo de crescimento)
- Terapia de reidratação oral, inclui SRO melhorado
- Manejo e tratamento da malária não complicada
- Cumprimento do calendário vacinal do PAV, no primeiro ano de vida

2.7.4. Crianças dos 5 aos 10 anos

- Rastreio e referência da cárie dentária
- Prevenção, identificação e tratamento ou referência dos problemas da pele nas crianças em idade escolar
- Desparasitação regular nas crianças em idade escolar

2.7.5. Cuidados pré-natais

- Promoção de pelo menos 4 consultas pré-natais incluindo PTV (Programa de Transmissão Vertical – prevenção da transmissão do HIV da mãe para o filho)
- Prevenção das ITS (Infecções de transmissão Sexual), incluindo HIV e sífilis
- Distribuição/Promoção do uso das REMITIL para as grávidas
- Aconselhamento nutricional das mulheres grávidas e Aleitamento Materno Exclusivo até aos 6 meses
- Implementação do pacote nutricional básico (suplementação com sulfato ferroso para prevenção da anemia na gravidez no pré e pós parto, TIP, desparasitação na gravidez, suplemento com iodo, Vitamina A pós parto, entre outras)

2.8. Estratégia compreensiva do programa alargado de vacinação

A imunização da criança e da mulher em idade reprodutiva constitui uma das intervenções com menor custo, quando comparados com os resultados, para a redução da morbi e mortalidade neonatal/infantil (Gage et al., 2005).

Desde finais de 2006, o Ministério de Saúde possui um plano compreensivo do Programa Alargado de Vacinações (PAV). Sendo que um dos objectivos do PAV é de proteger todas as mães e suas crianças menores de 5 anos de doenças preveníveis por vacinas e através deste feito contribuir para a redução da morbilidade, incapacidade e mortalidade.

As principais actividades desta estratégia são:

- Re-estabelecer vacinação móvel regular para comunidades de difícil alcance;
- Garantir provisão de vacinas e material de vacinação de qualidade;
- Mobilização social e comunicação;
- Monitoria, avaliação e vigilância de doenças preveníveis por vacinas integradas no PAV fortalecidas;
- Supervisão regular.

2.9. Lepra

O objectivo do programa de luta contra a lepra é reduzir a ocorrência da Lepra, para níveis que não constituam um problema de Saúde Pública, e alcançar e manter o estado de pós-eliminação (< 1 caso em cada 10.000 habitantes) da Lepra ao nível nacional, provincial e distrital.

As estratégias inseridas no programa são:

- Implementação de todos os mecanismos com vista a eliminar a Lepra;
- Diagnóstico precoce, manejo e registo adequados dos casos de Lepra
- Expansão do tratamento multi-droga para casos de Lepra;
- Promoção do envolvimento comunitário na prevenção e controlo da Lepra;
- Integração das actividades de combate da lepra nos serviços gerais de Saúde, para aliviar as complicações da Lepra.
- Prevenir o risco de desenvolvimento de sequelas de Lepra

2.10. Nutrição

O estado nutricional da população Moçambicana continua a preocupar. Muitas crianças ainda sofrem e morrem de desnutrição crónica devido em grande parte à baixa taxa de cobertura do aleitamento exclusivo até aos 6 meses. No ano 2003, o nosso país registou uma taxa de cobertura de aleitamento exclusivo em apenas 30%. Isto significa que a maior parte das crianças tem uma alimentação inadequada visto que a alimentação suplementar inadequada é introduzida antes dos 6 meses, devido a questões culturais particularmente. As crianças também morrem e sofrem devido ao baixo peso à nascença, as avitaminoses associadas ao elevado nível de pobreza e ao grau de insegurança alimentar no país.

Grande parte das estratégias para melhorar o estado de nutrição encontra-se inserida nos programas de saúde materna e infantil e incluem a promoção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, vacinação, desparasitação e suplementação com vitaminas e minerais.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1. O objectivo do programa de cuidados de saúde mental é desenvolver e intensificar as actividades de Saúde Mental e de assistência psiquiátrica no SNS
- 3.2. O objectivo do programa de malária é reduzir a morbi e mortalidade devido a malária na população em geral através da coordenação e apoio a intervenções de prevenção e controlo da malária.
- 3.3. O programa de controlo de HIV/SIDA e ITS envolve a redução da transmissão sexual, redução da transmissão vertical, evitar a transmissão nas unidades sanitárias, reduzir o impacto do HIV/SIDA sobre os trabalhadores de saúde, aumentar a sobrevivência e qualidade de vida das pessoas HIV+.
- 3.4. O programa de controlo da tuberculose visa reduzir a mortalidade, morbilidade e transmissão da tuberculose em coordenação com o programa de HIV.
- 3.5. O objectivo do programa de saúde sexual e reprodutiva é criar a capacidade nacional para a abordagem multisectorial e descentralizada da saúde integral do adolescente e jovem com ênfase na saúde reprodutiva, de modo a prestarem-se cuidados de saúde de boa qualidade acessíveis e adequados às necessidades dos adolescentes e jovens

- 3.6.** Um dos objectivos do PAV é de proteger todas as mães e suas crianças menores de 5 anos de doenças preveníveis por vacinas e através deste feito contribuir para a redução da morbidade, incapacidade e mortalidade
- 3.7.** O objectivo do programa de luta contra a lepra é reduzir a ocorrência da Lepra, para níveis que não constituam um problema de Saúde Pública, e alcançar e manter o estado de pós-eliminação (< 1 caso em cada 10.000 habitantes) da Lepra ao nível nacional, provincial e distrital.
- 3.8.** Grande parte das estratégias para melhorar o estado de nutrição encontra-se inserida nos programas de saúde materna e infantil e incluem a promoção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, vacinação, desparasitação e suplementação com vitaminas e minerais.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	4
Tópico	Introdução a Epidemiologia e Bio-Estatística	Tipo	Teórica
Conteúdos	Conceitos Gerais de Epidemiologia e Estatística	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar os principais propósitos e usos da epidemiologia.
2. Definir os conceitos de endemia, epidemia, mortalidade, morbilidade, associação e causalidade.
3. Definir e explicar a diferença entre epidemiologia descritiva e epidemiologia analítica.
4. Descrever, usando exemplos, as tríadas da epidemiologia descritiva (pessoa, tempo, lugar) e epidemiologia analítica (agente, hospedeiro, ambiente).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Epidemiologia – Conceitos Gerais		
3	Tipos de Epidemiologia		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (Referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

Bonita, R; Beaglehole, R; Kjellstrom, T; EPIDEMIOLOGIA BÁSICA; 2ª edição, OMS

Pereira, Sheila Duarte; CONCEITOS E DEFINIÇÕES DA SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA USADOS NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004

Barker DJP, Hall AJ. Introdução à epidemiologia. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Guanabara; 1993.

Farmer R, Miller D. Observações de epidemiologia e medicina de saúde pública (Lecture notes on epidemiology and public health medicine). Blackwell Scientific Publications: 1991.

Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. Mcgraw Hill Press: 1976.

Roht LH, Selwyn BJ, Holguin AH, Christensen BL. Princípios de epidemiologia (Principles of epidemiology: A self-teaching guide). Academic Press: 1982.

Vetter N, Matthews. Epidemiologia e medicina de saúde pública (Epidemiology and public health medicine). Churchill Livingstone: 1999.

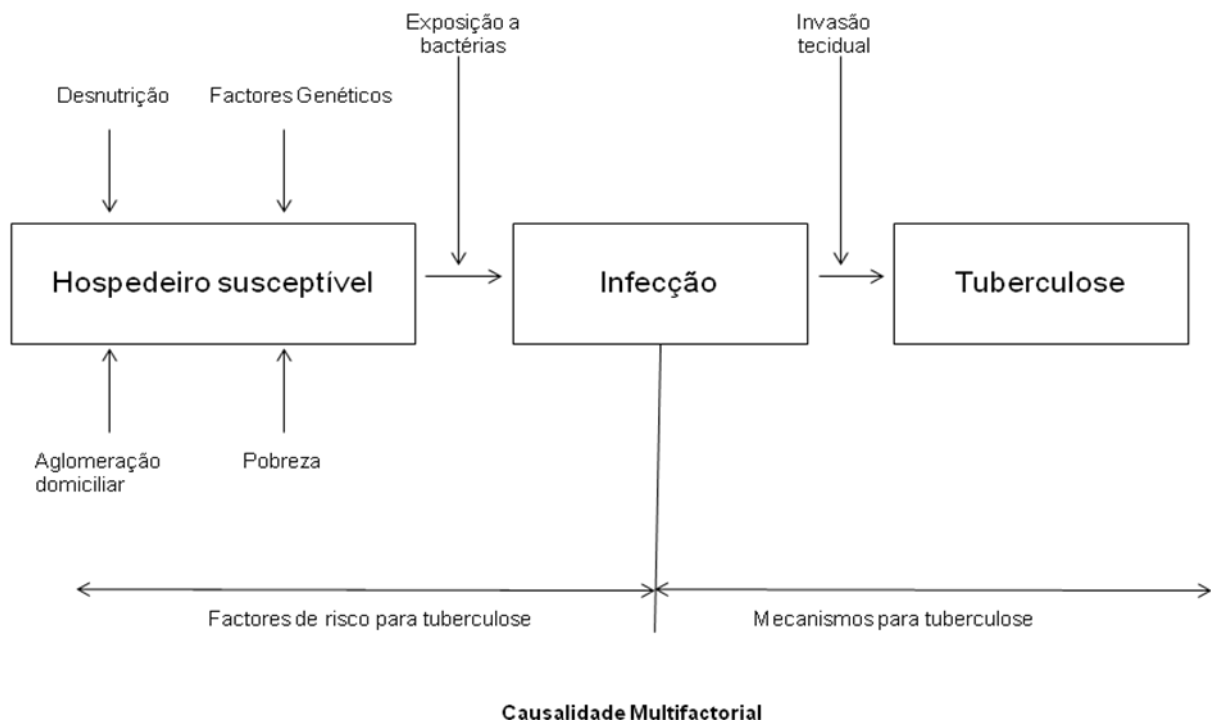
BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: EPIDEMIOLOGIA – CONCEITOS GERAIS

- 2.1. **Epidemiologia** é o estudo da **distribuição** e dos **determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde** em **populações específicas** e suas **aplicações** no controlo de problemas de saúde (Last,1988) – esta definição e seu significado já foram abordados na aula 1.
- 2.2. **Endemia** – é a ocorrência de determinada doença que acomete sistematicamente populações em espaços característicos e determinados, no decorrer de um longo período, temporalmente ilimitada, e mantém uma incidência (novos casos) relativamente constante, permitindo variações cíclicas sazonais. Exemplo: a malária é endêmica em Moçambique porque mantém os novos casos relativamente constante ao longo dos meses e anos.
- 2.3. **Epidemia** – é a ocorrência em uma comunidade ou região de casos de natureza semelhante, claramente excessiva em relação ao esperado. Por exemplo: suponhamos que numa comunidade os casos de diarreia oscilam sempre entre 200 a 300 casos por mês. No entanto, num determinado mês se regista 800 casos de diarreia. Pode-se notar que nesse mês houve um aumento de casos de diarreia claramente superior ao esperado.
- 2.4. **Surto** – não há muita diferença entre surto e epidemia, tal que o surto também é definido como um aumento de casos que ultrapassa o número de casos esperados para o período de tempo e para a área – no entanto alguns autores denominam de surto ou surto epidêmico, quando a ocorrência da doença ou fenómeno está restrito a um espaço extremamente delimitado: colégio, quartel, creches, grupos reunidos em uma festa, quarteirão, cadeia, um bairro, etc.
- 2.5. **Mortalidade** – é a variável característica das comunidades de seres vivos e refere-se ao conjunto de indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população apresenta de poder vir a morrer ou de morrer em decorrência de uma determinada doença.
- 2.6. **Morbilidade** – é a variável característica das comunidades de seres vivos e refere-se ao conjunto de indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbilidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população.
- 2.7. **Associação** - refere a uma relação entre 2 ou mais eventos, característicos, comportamento ou outra variável. No caso da saúde normalmente refere a uma relação entre um agente etiológico ou factor de risco e uma determinada doença. Uma associação é considerada positiva quando a presença duma variável está associada com a presença da doença. Por exemplo, tabagismo tem uma associação positiva com doenças cardíacas e pulmonares. É considerada negativa quando o variável é associado com a ausência da doença. Por exemplo exercício físico é negativamente associado com doenças cardíacas. Associações podem ser causais quando a variável provoca a doença (por exemplo, a associação entre picadas de mosquitos e malária é causal) ou não causal (por exemplo existe uma associação entre cabelo branco e a morte, mas o cabelo branco não provoca a morte, ambos são associados com a velhice)
- 2.8. **Causalidade** – refere-se ao processo em que determinado factor ou factores/agentes/determinantes, tendo acesso ao homem, interagem e pode determinar um desfecho/agravo em saúde. Logicamente, uma causa deve preceder o efeito (desfecho). Por exemplo: por exemplo, a picada de mosquitos está associado a malária, mas, é necessário o

parasita da malária (*plasmodium falciparum*) para causar a doença (causa necessária). No entanto, nem sempre existe uma causa para um desfecho; neste caso fala-se de multicausalidade ou causalidade multifactorial.



2.9 Propósitos e Usos da epidemiologia

A epidemiologia, como é praticada hoje, é aplicada a vários eventos relacionados à saúde que inclui doença crónica, problemas ambientais, problemas comportamentais e injúrias/acidentes (causas externas), além de doenças infecciosas.

- **Populações** – Uma das características mais importantes da epidemiologia é que trata de grupos de pessoas no lugar de pacientes individualmente. A aplicação de princípios e métodos epidemiológicos na solução de problemas encontrados na prática clínica com pacientes resultou no desenvolvimento da epidemiologia clínica.
- **Avaliação do estado de saúde da comunidade:** as autoridades de saúde pública devem avaliar o estado de saúde das comunidades em que operam e devem igualmente determinar a existência, acessibilidade, efectividade e eficiência dos serviços de saúde de modo a programar os planos e políticas sanitárias. Para este propósito, elas devem responder às seguintes questões:
 - Quais são os potenciais problemas da comunidade actualmente?
 - Onde é que se fazem sentir?
 - Quem está em risco?
 - Que problemas estão a diminuir ao longo do tempo e quais estão a aumentar ou mostram essa tendência?
 - Em que medida este padrão se relaciona ao nível e distribuição dos serviços existentes?

A epidemiologia dá resposta a estas perguntas, ajudando as autoridades a tomarem as decisões mais adequadas para melhorar o estado de saúde das comunidades.

- **Complemento do quadro clínico:** quando os epidemiologistas estudam um surto de uma doença dependem do clínico e do técnico de laboratório para o diagnóstico correcto do indivíduo. Mas, a epidemiologia contribui para que o clínico entenda o quadro clínico e a história natural da doença, procurando as causas das doenças e casos similares, o que permite conhecer as variações possíveis e a evolução dessa doença.
- **Pesquisa de causas** – muitas vezes o objectivo da epidemiologia é identificar as causas ou os factores que influenciam os riscos para determinadas doenças de modo a permitir que se tomem as medidas de saúde pública mais adequadas. A epidemiologia muitas vezes fornece informação suficiente para garantir acções efectivas para determinada doença.
- **Tomada de decisões individuais** – as pessoas usam informação epidemiológica nas decisões diárias. Por exemplo, quando decidem parar de fumar, subir escadas no lugar do elevador, pedir uma salada no lugar de alimentos fritos numa refeição, decidem mudar de comportamento relativamente à prática sexual, etc., são influenciados, consciente ou inconscientemente pela avaliação de risco feita através da epidemiologia. É com base na epidemiologia que se descreve o papel da prática de exercício e da dieta apropriada na redução do risco de doenças cardíacas; práticas sexuais seguras na redução do risco de contaminação pelo HIV, etc.
- **Controlo** – Finalmente, embora a epidemiologia possa ser usada como uma ferramenta analítica para estudar doenças e seus determinantes, tem um papel mais activo, por exemplo: dados epidemiológicos **orientam decisões** de saúde pública e contribuem para o **desenvolvimento e avaliação de intervenções** para o controlo e prevenção de problemas de saúde. Esta é a função primária de aplicação ou campo da epidemiologia.

BLOCO 3: TIPOS DE EPIDEMIOLOGIA

Podemos dividir a epidemiologia em 2 tipos básicos, dependendo da abordagem que pretendemos dar aos eventos.

3.1. Epidemiologia descritiva

Na epidemiologia descritiva a informação é organizada e sumarizada de acordo com o tempo, lugar e pessoa. Este tipo de análise ajuda a identificar a população em maior risco de adquirir determinada doença. Em outras palavras, pode-se dizer que é aquela que está envolvida com a colheita e descrição de dados ou informações relativas à natureza dos eventos e/ou características de ocorrência de doença em populações. A epidemiologia descritiva dá informação (descrição) de eventos de saúde, respondendo a perguntas tais como: *O quê? Quem? Quando? e Onde?*

3.1.1. Tempo

Indica o período em que há ocorrência de certa doença. Pode ser durante uma época específica, por exemplo a malária após a época chuvosa ou não. Sabendo o período em que certa doença ocorre, pode-se tomar medidas de modo a prevenir e minimizar os efeitos dessa doença.

3.1.2. Lugar

Descreve-se o evento de saúde por lugar de modo a ter conhecimento da extensão geográfica do problema. Pode-se utilizar o local de residência, lugar de nascimento, local de trabalho, escola ou ainda cidade, etc.

Para alguns casos, como por exemplo diarreia por intoxicação alimentar, é mais relevante conhecer o local de ocorrência do que a residência da pessoa. Isso dá-nos uma ideia do local onde existe o risco de contrair determinada doença e por quê.

3.1.3. Pessoa

Serve para caracterizar as pessoas em maior risco. Pode-se utilizar características inatas do indivíduo (por exemplo, idade, sexo, raça), características adquiridas (imunizações, estado marital), suas actividades ou condições nas quais vivem (estado socioeconómico, acesso aos cuidados médicos).

As características idade e sexo são muito importantes porque várias vezes as doenças podem variar de acordo com elas. Por exemplo, sabemos que a maior parte dos casos de diarreias encontra-se em crianças menores de 5 anos; as mulheres grávidas são grupos de risco para a malária complicada, etc.

3.2. Epidemiologia Analítica

A epidemiologia analítica encontra formas de dar respostas através de comparações entre grupos. Por exemplo, para determinada doença numa população procura identificar os factores de risco a que os portadores da doença estão expostos ou características comuns entre eles e que sejam diferentes daqueles que não apresentam tal doença e daí determinar os grupos de risco e os factores de exposição. Com isto, podem ser traçadas estratégias de prevenção e controle. Este tipo de epidemiologia que tenta responder as perguntas "como?" e "porquê?"

Os fenómenos avaliados em epidemiologia analítica, são: o hospedeiro, o agente e o ambiente.

3.2.1. Hospedeiro

É uma pessoa ou animal que proporciona um local adequado para que um agente infeccioso cresça e se multiplique em condições naturais.

Os hospedeiros podem desenvolver as doenças provocadas por esses agentes, dependendo de factores específicos que irão determinar sua susceptibilidade a doenças, que podem ser características genéticas e adquiridas como idade, sexo, grupo étnico, imunidade ou suas actividades, ocupações, hábitos, etc. Por exemplo, uma criança não vacinada contra o sarampo torna-se um hospedeiro susceptível à infecção pelo vírus do sarampo.

Os hospedeiros podem ser classificados, em:

- **Definitivos** – são aqueles nos quais o agente infeccioso vive, cresce até atingir a sua maturidade sexual e se multiplica (estagio sexuado);
- **Intermediários** – são aqueles indispensáveis para o desenvolvimento do agente, mas nos qual não atinge maturidade sexual (estagio assexuado)
- **Eventuais** – são aqueles que podem ser necessários para que o agente complete o seu ciclo de vida, sem que ocorra desenvolvimento do agente
- **Acidentais** – são aqueles que são acidentalmente infectados pelo agente, onde este se desenvolve e multiplica, podendo provocar doença.

3.2.2. Agente

É qualquer substância, elemento ou força, animado ou inanimado, cuja presença ou ausência pode, em um hospedeiro humano susceptível, constituir estímulo para iniciar ou perpetuar um processo doença; eles podem ser físicos, químicos, nutricionais ou biológicos.

- **Físico:** calor, frio, geográficos, desastres, radiações, ruído, danos por objectos, etc.
- **Químico:** substâncias químicas, toxinas, venenos, gases, etc.
- **Biológico:** como bactérias, fungos, vírus, protozoários, plantas, invertebrados, vertebrados.

3.2.3. Ambiente

É o conjunto de todas as condições e influências externas que afectam a vida e o desenvolvimento de um organismo. O ambiente humano é constituído por vários elementos básicos: o ar respirado, a água bebida, o alimento consumido, o clima ao redor dos corpos e o espaço disponível para movimentos. Além disso, existimos em um ambiente social e cultural, que é de grande importância para a nossa saúde física e mental. A maioria das doenças é causada ou influenciada por factores ambientais.

Factores Ambientais que podem afectar a saúde	
Factor	Exemplos
Psicológico	Estresse, desemprego, mudança de turno de trabalho, relações humanas
Biológico	Bactérias, vírus, parasitas
Físico	Clima, ruído, radiação
Acidental	Situações perigosas, velocidade, uso de drogas e bebidas alcoólicas
Químico	Tabaco, produtos químicos, poeira, irritantes da pele, aditivos alimentares

Para o HIV/SIDA, por exemplo:

- O **agente** seria o vírus da imunodeficiência humana (HIV).
- O **hospedeiro** um indivíduo sexualmente activo.
- O **ambiente**: factores biológicos, tais como presença de indivíduos infectados, portanto, capazes de transmitir o vírus; factor psicológico, o desemprego que pode levar a profissão de risco (trabalhador de sexo); factor acidental, uso de drogas e bebidas alcoólicas.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1 Epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e suas aplicações no controlo de problemas de saúde.
- 4.2 A epidemiologia descritiva tenta responder as perguntas “quem?” “O quê?” “Onde?” “E quando?” Em outras palavras caracteriza eventos de saúde em termos de tempo, lugar e pessoa.
- 4.3 A epidemiologia analítica tenta responder as perguntas “como?” e “porquê?” e caracteriza os eventos em termos de agente, hospedeiro e ambiente.
- 4.4 Numa epidemia há um número muito elevado de determinado evento num lugar e tempo definidos.
- 4.5 A morbidade mede os eventos de doença e a mortalidade mede os eventos de morte numa determinada comunidade.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	5
Tópico	Introdução a Epidemiologia e Bio-Estatística	Tipo	Teórica
Conteúdos	Conceitos Gerais de Epidemiologia e Estatística, Medidas de Tendência Central e Frequência de Doença	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre conceitos de Epidemiologia e Estatística:

1. Definir estatística e o relacionamento entre epidemiologia, estatística e saúde pública.
2. Definir e explicar a diferença entre dados estatísticos e informação.
3. Definir e diferenciar os conceitos de população, censo e amostra.
4. Descrever “amostra aleatória” e como a análise de uma amostra permite chegar a conclusões acerca de uma população.
5. Descrever o conceito de vício (amostras viciadas) na epidemiologia/estatística.

Sobre Medidas de Tendência Central e Frequência da Doença

1. Definir média, mediana e moda e interpretar esses valores.
2. Calcular média e mediana, usando “datasets” pequenos com uma calculadora e/ou Excel.
3. Definir, interpretar e calcular as seguintes medições de frequência de doença:
 - a. Rácio, proporção e taxa;
 - b. Prevalência;
 - c. Taxa de incidência (morbilidade) e taxa de mortalidade;
 - d. Taxa de letalidade de casos e os factores que a influenciam.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Introdução à Estatística, Conceitos e Relação com a Epidemiologia		
3	Amostragem		
4	Medidas de Tendência Central		
5	Indicadores de Saúde		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Bonita, R; Beaglehole, R; Kjellstrom, T; EPIDEMIOLOGIA BÁSICA; 2ª edição, OMS, 2006

Barreto, A; Gujral, L; Matos, C; MANUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA INTERPRETAÇÃO E ACÇÃO; 3ª edição, 1º volume, 2002

Levine, Stephan, Krehbiel, Berenson; ESTATÍSTICA – TEORIAS E APLICAÇÕES; 5ª edição, 2008

Varkevisser, Corlien M.; Pathmanathan, Indra; Brownlee, Ann; DDESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS EM INVESTIGAÇÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE; Volume 2 parte 11 e 2;

Barker DJP, Hall AJ. Introdução à epidemiologia. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Guanabara; 1993.

Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. Mcgraw Hill Press: 1976.

Le Chap T. Bio-estatística introductória (Introductory biostatistics). Wiley-Interscience: 2003.

Martin, BJ. Introdução a estatística médica (An introduction to medical statistics). 3rd edition. Oxford University Press: 2000.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À ESTATÍSTICA, CONCEITOS E RELAÇÃO COM A EPIDEMIOLOGIA

2.1. Estatística

É o ramo da matemática que transforma dados em informações úteis para indivíduos responsáveis pela tomada de decisão dados.

A epidemiologia usa a estatística e aplicação na análise para a interpretação de dados.

Por outro lado a saúde pública baseia-se na probabilidade de ocorrência de eventos para levar a cabo as suas acções com vista a minimiza-los.

2.2. Diferenças entre dados estatísticos e informação.

- **Dados estatísticos** – chamam-se dados ao conjunto de observações quantitativas ou qualitativas de factos ou características que ocorrem na área de saúde, num certo grupo populacional, na prestação de serviços. Os dados não têm uma referência explicativa, o que dificulta o seu uso. Por exemplo, número de casos de malária registados numa dada região durante um determinado período; o sexo é um dado qualitativo, que é importante por exemplo, para caracterizar os indivíduos afectados por uma determinada doença: dos 100 casos de lepra, 55 são do sexo feminino e 45 do sexo masculino.
- **Informação** – é o significado que se atribui à um determinado dado estatístico. Com a informação torna-se possível tomar decisões e, igualmente, avaliar as actividades em relação aos planos estabelecidos. Por exemplo, taxa de cobertura de crianças vacinadas contra o sarampo – se estiver menor de 85% dá nos uma ideia de que há o processo de vacinação não está a correr bem e há um risco de surgimento de um surto ou epidemia de sarampo nessa comunidade, sendo necessário aumentar as vacinações. Então, pode-se optar fazer uma campanha de vacinação contra o sarampo.

2.3. Conceitos de população, censo e amostra.

- **População** – refere-se a *todos os indivíduos (em saúde normalmente refere a pessoas) numa determinada área* às quais o pesquisador quer fazer estimativas ou tirar conclusões. Por exemplo, quando se pretende investigar a cobertura das vacinações em crianças dos 0 aos 11 meses na província de Maputo, a população é composta por todas as crianças que tenham idades compreendidas entre os 0 e os 11 meses e que residam nesta província.
- **Censo** – é o processo total de colecta, processamento, avaliação, análise e divulgação de dados demográficos, económicos e sociais referentes a todas as pessoas dentro de um país ou de uma área definida num momento específico. Ou, por outra, o censo é uma operação de contagem que permite conhecer o volume e as características da população num dado momento e num determinado espaço geográfico (Ana Pires de Carvalho, 2000)
- **Amostra** – é um grupo de indivíduos extraídos de uma população no qual o estudo é conduzido. A amostragem resulta da impossibilidade de se conduzir um estudo num universo tão grande (a população). A amostra deve representar o máximo possível a população de que é extraída de modo a que os resultados obtidos sejam semelhantes aos que se encontrariam se o estudo fosse conduzido em toda a população.

BLOCO 3: AMOSTRAGEM

3.1. Amostragem

É o processo através do qual se faz a selecção de uma amostra. O objectivo desse processo é obter uma estimativa não viciada (não deturpada, não defeituosa) e precisa das variáveis (características de um item ou indivíduo) que estão a ser medidas na população alvo. Podem ser usados 2 métodos, com suas respectivas subdivisões, de amostragem: o probabilístico e o não-probabilístico.

3.1.1 Amostragem não probabilística – é aquela que se utiliza quando não se conhece o universo (a população)

3.1.2 Amostragem probabilística – é aquela que se utiliza quando o universo é conhecido, tal que cada unidade seleccionada (pessoas, produtos biológicos, etc) tem uma probabilidade igual ou pelo menos conhecida de ser seleccionada para a amostra.

3.2. Amostra aleatória

É um tipo de amostragem probabilística, também conhecida por amostragem casual, randômica ou accidental. Neste tipo de amostragem todos os indivíduos têm a mesma chance de ser seleccionados e os resultados podem ser projectados para a população que se pretende estudar.

Consiste em atribuir um número único a cada membro da população a estudar e, depois, seleccionar parte desses números casualmente, de acordo com o tamanho da amostra.

Por exemplo: pretende-se seleccionar uma amostra ao acaso de 50 doentes de malária na enfermaria de medicina que tem 250 doentes de malária. Usando uma lista dos 250 doentes de malária, cada doente é atribuído um número (1 a 250) e estes números são escritos em folhinhas de papel. Todas as 250 folhinhas são colocadas numa caixa que é agitada para assegurar a escolha ao acaso (método de “lotaria ou sorteio”). Depois são retiradas da caixa 50 folhinhas e o número registado. Os doentes de malária correspondentes a estes números constituem a amostra a ser estudada.

3.3. Viés ou vícios de amostragem

É um erro sistemático nos procedimentos de amostragem que leva a uma distorção nos resultados.

Por exemplo: levou-se a cabo um estudo para determinar as necessidades em saúde de uma população rural para planificar as actividades de cuidados de saúde primários. Contudo, uma tribo nómada, que representa um terço da população total, foi deixada fora do estudo. Como resultado, o estudo não deu uma ideia das necessidades de saúde da população total.

BLOCO 4: MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL

4.1. Medidas de tendência central. São medidas numéricas por meio das quais é possível sumarizar a informação colhida antes das conclusões ou generalizações.

4.1.1. Média aritmética – num determinado conjunto de dados, em que temos n eventos (em que n é o total) e cada evento é representado por x_i , a média \bar{x} será dada pelo somatório de cada evento ($x_1+x_2+\dots$) dividido pelo total de eventos (n) ocorridos. Simbolicamente:

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

Por exemplo, idades de 7 crianças na pediatria: {8, 5, 4, 12, 15, 5, 7}, a média seria calculada da seguinte forma,

$$n = 7$$

$$\sum x = x_1 + x_2 + x_3 + x_4 + x_5 + x_6 + x_7$$

$$\sum x = 8 + 5 + 4 + 12 + 15 + 5 + 7$$

$$\sum x = 56$$

$$\bar{x} = \frac{56}{7} = 8$$

Pode-se deduzir, claramente, que a média aritmética é uma medida muito afectada por valores extremos, ou seja, valores muito altos ou muito baixos dentro do conjunto podem desviar a média.

4.1.2. Mediana – num conjunto de dados organizados em ordem crescente ou decrescente, **a mediana será o valor central** que divide o conjunto em duas metades iguais. Simbolicamente:

$$\frac{1}{2}(n + 1)$$

Isto é, particularmente, válido para os casos em que o número de eventos é ímpar. Para aqueles casos em que é par, de princípio, não há mediana, mas por convenção, é considerado o valor médio entre os dois eventos centrais.

Se fizermos uso do mesmo exemplo anterior, a mediana seria achada da seguinte forma:

Reorganizando os dados, ficaria: {4, 5, 5, 7, 8, 12, 15}, onde o valor que divide o conjunto em duas metades iguais, ou seja, com igual número de eventos e, por conseguinte a mediana, é o 7. Isto é, metade das crianças tem idade inferior a 7 anos.

Para dados pares: {4, 5, 5, **7, 8**, 11, 12, 15 }, onde o valor médio seria igual a 7+8, divididos por 2 de modo a achar o valor médio, neste caso **7,5**.

A mediana é uma medida útil nos casos em que os dados tem alguns resultados muito mais altos ou muito mais baixos que os restantes. Por este facto, a média não é uma boa medida do centro de distribuição de valores. A mediana não é influenciada pelos valores extremos.

4.1.3. Moda – por definição é o valor que se apresenta mais vezes. Se utilizarmos o mesmo exemplo acima: {8, 5, 4, 12, 15, 5, 7 }, veremos claramente que esse valor é 5, pois o 5 repete-se duas vezes e as outras idades apenas estão presentes uma vez.

BLOCO 5: INDICADORES DE SAÚDE

5.1. Indicadores de saúde

São variáveis que nos permitem medir a ocorrência de qualquer evento de saúde ou mesmo medir até que ponto estamos a atingir o que foi planeado ou estipulado como meta, ou ainda comparar a ocorrência de eventos em períodos diferentes.

Também podem ser definidos como variáveis susceptíveis à medição directa, que reflectem o estado de saúde de pessoas numa comunidade.

Os indicadores são calculados de acordo com a seguinte base:

$$\frac{\text{numerador}}{\text{denominador}} \times \text{unidade operadora}$$

Onde o numerador corresponde à contagem do evento que está a ser medido, por exemplo: número de pessoas padecendo de determinada doença;

O denominador corresponde ao tamanho da população-alvo que está sob risco de ocorrência do evento, por exemplo: número total de pessoas sob risco de contrair tal doença.

A unidade operadora pode ser 10^2 , 3 , 4 , 5 , 6 , dependendo da frequência do evento e do tamanho da população alvo e do tipo de indicador. Por exemplo, nas taxas o valor apresenta-se em percentagem, ou seja 10^2 . Nas proporções pode se utilizar qualquer delas dependendo do tamanho da população, quanto maior, maior a unidade.

Existem, basicamente, dois tipos de cálculos: aqueles em que o numerador faz parte do denominador e aqueles em que o numerador não faz parte do denominador.

Exemplos:

- 1 – para o caso em que o numerador faz parte do denominador,

$$\frac{\text{total de crianças vacinadas para sarampo}}{\text{número total de crianças dos 0 aos 11 meses de idade}} \times 1000$$

$$= \frac{15000}{35000} \times 1000$$

$$= 428$$

Foram vacinadas contra sarampo 428 para cada 1000 crianças com menos de 1 ano de idade, ou por outra, atingiu se uma taxa de cobertura de 43 por cento. Isto é uma proporção.

- 2 – para o caso em que o numerador não faz parte do denominador,

$$\frac{\text{população da comunidade}}{\text{número de técnicos de medicina}}$$

$$= \frac{64000}{4} = 16000$$

Existe 1 técnico de medicina para cada 16000 habitantes na comunidade. Isto é uma razão.

5.2. Tipos de indicadores usados em epidemiologia e saúde pública

- *Números*
- *Razões*
- *Proporções*
- *Taxas*

5.2.1. Número – é uma medição simples, sem denominador. Por exemplo: número de casos de diarreia.

5.2.2. Razão – é uma fracção na qual o numerador não é parte do denominador.

Exemplo: de um total de 55 doentes atendidos numa unidade sanitária num determinado dia, 22 são do sexo masculino e 33 do sexo feminino. Pode-se dizer que a razão dos elementos do sexo masculino em relação ao sexo feminino é de 22:33, o que equivale a 2:3.

5.2.3. Proporção – é uma expressão numérica que compara uma parte da unidade de estudo ao total, isto é o numerador é parte do denominador. Uma proporção pode ser expressa como uma FRACÇÃO ou forma DECIMAL.

No exemplo anterior teríamos: a proporção de elementos do sexo masculino é 22/55 ou 2/5 que é equivalente a 0,40. (o numerador é 22, o denominador é 55).

5.2.4. Taxa – É a quantidade ou grau de alguma coisa medida num período de tempo específico.

As taxas mais vulgarmente utilizadas no sector de saúde são:

- Taxa de natalidade = número de nados vivos por 1000 habitantes num ano
- Taxa bruta de mortalidade = número de óbitos por 1000 habitantes num ano
- Taxa de mortalidade infantil = número de crianças mortas por 1000 nados vivos
- Taxa de mortalidade materna = número de mortes maternas relacionadas coma gravidez num ano por 100.000 nados vivos no mesmo ano.

5.3. Taxa de Incidência

É calculada como a razão entre o número de casos novos de uma determinada doença ou problema de saúde, o total de pessoa-tempo gerada a partir da população de estudo acompanhada.

$$\text{Taxa de incidência} = \frac{\text{número de casos novos de determinada doença em uma dado local e período}}{\text{População do mesmo local e período}} \times 10^n$$

Exemplo: No ano de 2011, foram detectados 20.000 casos novos de malária na cidade de Tete. A cidade de Tete tem uma população de 200.000 habitantes.

A taxa de incidência é de: $20.000/200.000 \times 1000 = 200$ casos por cada 1000 habitantes.

5.4. Prevalência – É o número total de casos de uma doença, existentes num determinado local e período. Os casos correntes incluem aqueles previamente diagnosticados e que continuam doentes (com a doença) e aqueles presentemente diagnosticados no corrente ano ou na altura do estudo (**casos novos + casos antigos**).

$$\text{Taxa de Prevalência} = \frac{\text{número de casos existentes (novos + antigos) em dado local/momento/período}}{\text{População do mesmo local e período}} \times 10^n$$

Exemplo: no fim do ano de 2011 estavam em tratamento 473 casos de Lepra (200 casos novos diagnosticados e 273 casos antigos em tratamento) na província da Zambézia. A população da Zambézia é de 4.000.000 de habitantes.

A taxa de prevalência é de: $473/4.000.000 \times 10.000 = 1.2$ casos por cada 10.000 habitantes.

Interpretação	Incidência	Prevalência
Analisa	Casos novos durante um período específico (ex.: 1 mês ou 1 ano) Geralmente é apresentado pelo número de casos por período de tempo	Todos casos numa determinada população num ponto no tempo Geralmente é apresentado pelo número de casos / dividido pela população
Regista geralmente	Doenças agudas e de curta duração	Doenças crónicas e de longa duração
Serve para	Identificar variações no padrão da doença	Medir a magnitude de um problema de saúde
Exemplo	Novos casos de sarampo nos 6 primeiros meses de 2011 em Tete	% da população de Zambézia doentes com HIV/SIDA em 2009 na Zambézia

5.5. Taxa de mortalidade – é um dado demográfico do número de óbitos, geralmente por cada mil habitantes em uma dada região, em um período de tempo. A taxa de mortalidade pode ser tida como um forte indicador social, já que, quanto piores as condições de vida, maior a taxa de mortalidade e menor a esperança de vida.

5.5.1 Principais usos

- Descrição das condições de saúde de uma população
- Investigação epidemiológica
- Avaliação de intervenções saneadoras

5.5.2 Limitações

- Expressam gravidade/ refletem uma história incompleta da doença
- Danos que raramente levam ao óbito não são representados
- Os óbitos são eventos que incidem em pequena parcela da população
- As mudanças nas taxas de mortalidade são lentas

5.6. Taxa de mortalidade bruta:

$$\frac{\text{número de óbitos, numa dada área, num determinado período}}{\text{N.º de pessoas em risco de morrer durante esse período na mesma área}} \times 10^n$$

Exemplo: a população moçambicana da Zambézia foi estimada em 4.000.000 de habitantes no ano de 2007, tendo sido registado no mesmo período 20.000 óbitos. Assim a taxa de mortalidade bruta na Zambézia em 2007 foi de: $20.000/4.000.000 \times 1000 = 5$ por cada 1000 habitantes. Logo, morreram 5 pessoas em cada 1000 habitantes na Zambézia no ano de 2007.

5.7. Taxa de mortalidade específica

Estima-se da mesma forma que a taxa de mortalidade bruta, diferindo apenas no facto de poder ser em relação à uma idade ou causa (doença) específicas.

A Taxa de Mortalidade (TM) pode ser calculada no ambiente de uma unidade sanitária (US), sendo designada de taxa de mortalidade intra-hospitalar, que seria a razão entre o número de óbitos por todas doenças na referida US (ou enfermaria), e o total de altas nessa mesma US (ou enfermaria). Por exemplo: no Hospital Rural de Zumbo, em 2011, houveram 11.000 altas e 900 mortes (por diversas doenças). A taxa de mortalidade hospitalar seria de $900/11.000 \times 100 = 8.2\%$.

A TM permite comparar a eficácia, e estimar a qualidade do atendimento aos doentes entre 2 lugares ou duas épocas diferentes. Em Moçambique, na ausência de um evento particular, a TM aceitável num Hospital Rural ou Provincial deve ser $< 8\%$ na Pediatria e $< 5\%$ na Medicina.

5.8. Taxa de letalidade

é a razão entre o número de pessoas diagnosticadas por uma doença e o número de óbitos por essa mesma doença, geralmente expressa em percentagem.

$$\frac{\text{número de óbitos por uma doença, num determinado período}}{\text{número de casos dessa mesma doença no mesmo período de tempo}} \times 100$$

Por exemplo: na epidemia de cólera no distrito de Gurúè, em 2009, foram registados 2345 casos de cólera com 20 óbitos. A taxa de letalidade foi de $20/2345 \times 100 = 0.8\%$.

A Taxa de letalidade permite:

- Definir a gravidade da doença – maior taxa de letalidade pode sugerir maior gravidade da doença – e assim ajudar a definir prioridade
- Comparar a eficácia do tratamento
- Estimar a qualidade do atendimento aos doentes – se uma doença que não deveria ter uma taxa de letalidade alta apresenta taxas elevadas, pode significar problemas na qualidade do atendimento (falta de medicamentos, falta de equipamentos, entre outros problemas que requerem uma investigação)
- Comparar a taxa de letalidade entre dois ou mais lugares no mesmo período

A seguir apresenta-se os valores limites das taxas de letalidade de algumas doenças para um hospital Provincial ou Rural

Doenças	TL Pediatria (%)	TL Medicina (%)
Malária	5	1
Sarampo	10	-
Diarreia	5	0
Cólera	5	2
Pneumonia	15	10
Tétano neo-natal	60	-
Tétano	40	40
Meningite meningocócica	10	10
Outras meningites	25	10

Fonte: Manual de Vigilância Epidemiológica – Vol I, página 43, MISAU, DNS/DEE/Gabinete de Epidemiologia, 2003

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

- 6.1. A estatística transforma dados em informações úteis para a tomada de decisões. Estas decisões são tomadas quando a epidemiologia faz o uso dessa informação, analisando-a e interpretando-a.
- 6.2. População é o conjunto de indivíduos que compõem o grupo que se pretende estudar.
- 6.3. Censo é o processo total de colecta, processamento, avaliação, análise e divulgação de dados.

- 6.4.** Amostra é a porção da população que participa directamente no estudo.
- 6.5.** As medidas de tendência central são: a média, mediana e moda. A média é uma medida afectada pelos valores extremos, enquanto que a mediana é útil nos casos de resultados variáveis muito altos ou muito baixos.
- 6.6.** Na razão, o numerador não é parte do denominador, enquanto que na proporção o numerador faz parte do denominador. A taxa é a quantidade ou grau de alguma coisa medida num período de tempo específico.
- 6.7.** A taxa de incidência tem relação com novos casos de uma doença ou problema, enquanto que, a taxa de prevalência tem relação com casos existentes (novos e antigos)
- 6.8.** A taxa de mortalidade intra-hospitalar permite comparar a eficácia, e estimar a qualidade do atendimento aos doentes entre 2 lugares ou duas épocas diferentes, enquanto que a taxa de letalidade permite definir a gravidade da doença.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	6
Tópico	Introdução a Epidemiologia e Bio-Estatística	Tipo	Teórica
Conteúdos	Medidas de Tendência Central, Frequência de Doença e Demografia	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre Medições de Tendência Central, Frequência de Doença:

1. Organizar, interpretar e apresentar dados sob a forma de:
 - a. Tabelas simples;
 - b. Gráficos de barras simples;
 - c. Histogramas;
 - d. Gráficos circulares.

Sobre demografia:

1. Definir demografia, população, estimativa populacional e estrutura populacional.
2. Listar fontes comuns de dados demográficos do país.
3. Explicar a ligação entre demografia, epidemiologia e serviços de saúde.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Apresentação de Dados Epidemiológicos		
3	Introdução à Demografia		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (Referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

Araújo AR. Manual de demografia para estudante de medicina. Faculdade de Letras – CEP: 2001.

Le Chap T. Bio-estatística introductória (Introductory biostatistics). Wiley-Interscience: 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: APRESENTAÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

2.1. Apresentação de dados

Uma das formas mais efectivas e convenientes de apresentação de dados é através de tabelas e gráficos. As tabelas e os gráficos permitem agrupar um conjunto de informação e organizá-lo de modo a garantir a formulação de uma história coerente, sem precisar de detalhes adicionais, bastando para isso que sejam construídos tendo em conta todas as regras básicas para sua construção.

Vamos tratar aqui de tabelas simples, gráficos de barras simples, histogramas e gráficos circulares.

Para uma melhor compreensão do processo de construção de gráficos é indispensável algumas noção de variáveis.

Variáveis são características dos fenómenos que tomam diferentes valores e podem ser medidas. Temos vários tipos de variáveis, mas trataremos aqui de apenas dois tipos, que são:

- Variáveis quantitativas – aquelas que são apresentadas em termos numéricos. Estas, por sua vez, podem ser classificadas em:
 - Discretas – aquelas nas quais entre 2 valores não é possível haver um terceiro. Exemplo: número de filhos: 1 ou 2 filhos, não existe 1 filho e meio. Número de dentes: 20 dentes ou 32 dentes.
 - Contínuas – aquelas que podem tomar qualquer valor ao longo da sua amplitude. Por exemplo: idade: 2 anos, e 3 meses e 24 dias; hemoglobina: 11.4g/dl
- Variáveis categóricas – normalmente expressas em termos de categorias. Exemplo: sexo: masculino ou feminino; estado civil: casado, solteiro, divorciado; fumador / não fumador,

2.1.1. Tabelas simples

São uma das formas mais simples e mais usadas de representação de informação. Consistem na apresentação de determinadas variáveis organizadas em linhas e colunas, onde as linhas contêm as variáveis que se pretendem apresentar e as colunas os devidos valores. Devem conter também um título, que deve ser claro e completo, apresentando de forma resumida o conteúdo da tabela ou do gráfico. Servem também de base para a construção de gráficos.

As tabelas simples podem representar uma ou mais variáveis. Exemplo de tabela com uma única variável (idade):

Grupos de idade (anos)	Número de casos
<1	102
1 – 9	56
10 – 19	85
20 – 29	25

30 – 39	23
40 – 49	35
≥ 50	152
Total	478

Tabela 1: Casos reportados de malária por idade em Moçambique, Junho de 2008 (adaptado)

Interpretação: a partir da tabela, verifica-se que em Junho de 2008 foram reportados 478 casos de malária em Moçambique, dos quais mais de metade ocorreu em crianças menores de 1 ano e adultos com idade igual ou superior a 50 anos, isto pode ser justificado pelo facto de nos extremos de idade haver maior vulnerabilidade, devido à baixa de imunidade.

2.1.2. Gráficos de barras simples

São amplamente utilizados e servem para comparar grupos entre si, normalmente usando duas características. Os grupos são apresentados na linha horizontal (eixo x ou abcissas), na sequência que se considerar mais adequada; na linha vertical (eixo y ou ordenadas) apresentam-se as proporções correspondentes a cada grupo. As barras devem ter a mesma largura e serem separadas umas das outras. Deve-se colocar sempre a legenda nos gráficos, porque de outro modo não se consegue decifrar a informação que eles contêm.

Normalmente este tipo de gráficos é usado para descrever variáveis discretas. Exemplo:

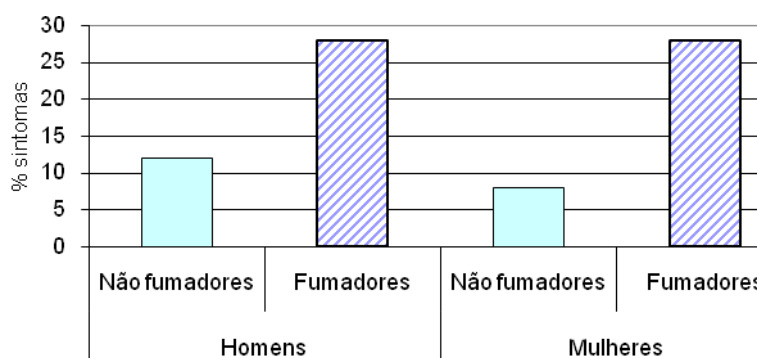


Figura 1 - Sintomas respiratórios pelo estado de fumador e sexo

- Os grupos que se comparam são de mulheres e homens fumantes e não fumantes, ou seja, estudam-se as variáveis sexo e estado de fumador.
- As características que se estudam são a proporção de sintomas de acordo com o estado de fumador ou não.

Interpretação: na Figura 1 observa-se uma maior percentagem de sintomas respiratórios em homens não fumadores comparativamente a das mulheres, enquanto entre os fumadores não há diferenças em termos de percentagem, apresentando a mesma carga de sintomas independentemente do género. Podemos concluir que:

- Os homens apresentaram mais sintomas respiratórios comparativamente às mulheres;
- Fumadores (masculinos e femininos) apresentam mais sintomas respiratórios que não fumadores.

2.1.3. Histogramas

são gráficos de distribuição de frequências de variáveis contínuas baseados em intervalos de classes.

É similar ao gráfico de barras, mas neste caso as colunas são contíguas e representam as proporções das observações em cada intervalo de classe na distribuição. A área de cada coluna é proporcional ao número de observações no respectivo intervalo. Exemplo:

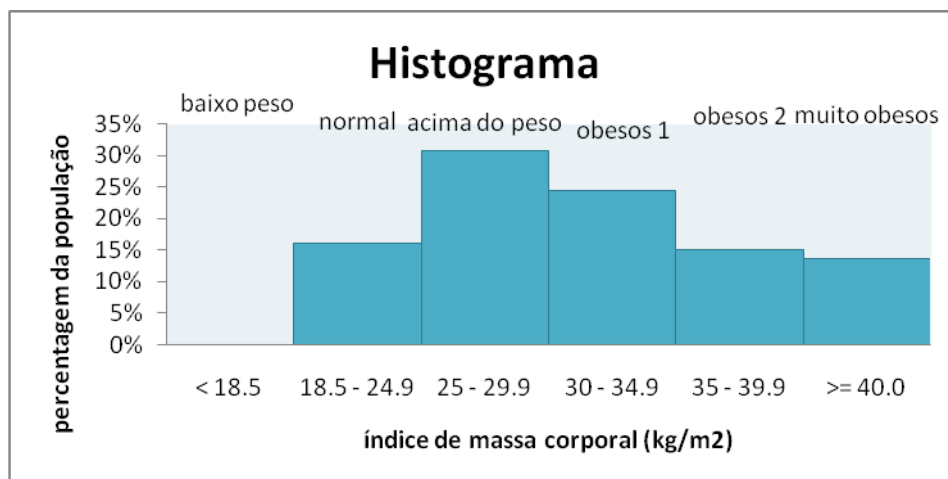


Figura 2. Distribuição do índice de massa corporal entre adultos diagnosticados diabetes em Mogovolas. (Adaptado de histograma da CDC).

2.1.4. Gráficos circulares

São utilizados para descrever apenas um grupo, mas que é dividido em várias categorias. Consiste em um círculo que é dividido de forma cuneiforme dependendo da proporção de cada categoria no grupo. O somatório do total das categorias dentro do grupo deve ser igual a 100%, o que permite uma comparação entre as diferentes categorias. Uma legenda também é necessária.

Normalmente este tipo de gráficos é usado para descrever variáveis discretas.

Exemplo:

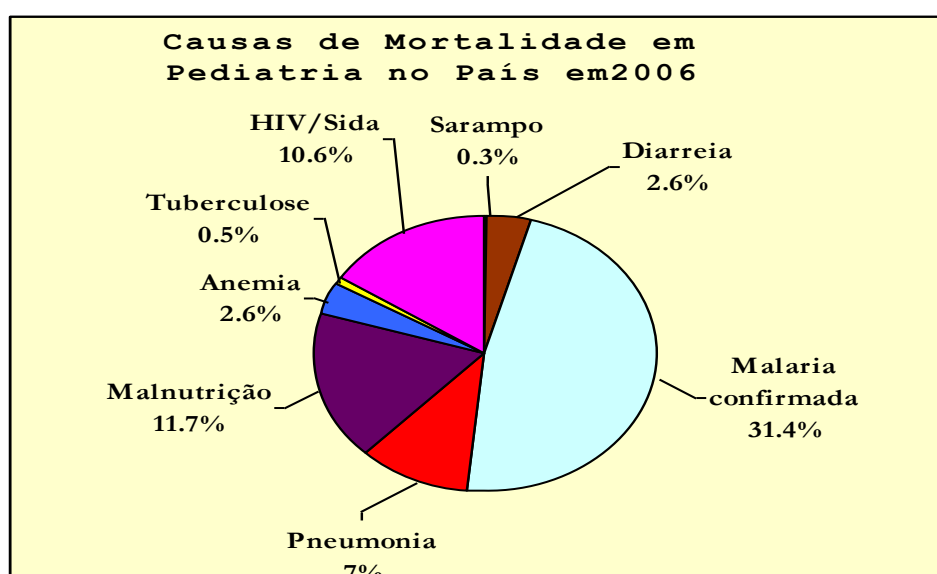


Figura 3. Causas de mortalidade em pediatria no país.

- O grupo em causa é o de crianças que morreram durante o ano de 2006 no país;
- As categorias são as diversas doenças que causaram a morte dentro do grupo.

Interpretação: em 2006 a principal causa de mortalidade infantil no país foi a malária com cerca de 1/3 (um terço) de um total de 8 doenças implicadas. Será que os programas de prevenção e controlo da malária estão a ser bem conduzidos? Os casos estão a ser mal manuseados? Os responsáveis pelas crianças levam-nas tarde às unidades sanitárias?

Verificam-se mortes por malnutrição e anemia, que podem se dever à deficiente educação sanitária às mães para o aleitamento materno aos seus filhos e utilização adequada dos recursos que têm.

Apesar dos esforços implementados, ainda ocorrem mortes por doenças preveníveis por vacina, o que mostra lacunas na estratégia de vacinação.

BLOCO 3: INTRODUÇÃO À DEMOGRAFIA

3.1. Demografia

Demografia provém da junção de “Demos” – povo/população, e “Grafia” – estudo/descrição.

Definição: É o estudo científico das populações humanas, especialmente referindo ao tamanho e densidade, fertilidade, mortalidade, crescimento, distribuição etária, migração e outras características e a interação desses característicos com condições socioeconómicas, bem como as causas e consequências das alterações desses factores.

Pode-se estudar a **componente estática** da população, que consiste em descrevê-la, conhecer seu número, sua distribuição de acordo com características como tamanho, sexo, idade, localização geográfica, raça, estado civil, grau de escolaridade, etc., num determinado momento e espaço delimitados.

Por outro lado, num mesmo espaço, mas durante um período de tempo, podemos conhecer os aspectos dinâmicos dessa população, tais como nascimentos, óbitos, movimentos migratórios, casamentos, etc., através da **componente dinâmica** da demografia.

Os indicadores demográficos dão-nos indicações sobre o estado de desenvolvimento socioeconómico da população, visto que as características desta são profundamente influenciadas pelas condições de vida (socioeconómicas e socioculturais) que, por seu lado, condicionam também o estado de Saúde da população. Em outras palavras, através da análise e interpretação dos diversos indicadores demográficos podemos compreender o estado de Saúde da população, e através deste compreensão intervir como forma de melhorar a saúde.

Alguns indicadores demográficos são simultaneamente indicadores epidemiológicos, como por exemplo:

- Taxa de mortalidade infantil;
- Esperança média de vida à nascença;
- Taxa de mortalidade específica por certas doenças, por idade, por sexo, etc.

Para o cálculo das taxas usadas em Epidemiologia e em Saúde Pública utilizam-se dados demográficos.

3.1.1. População

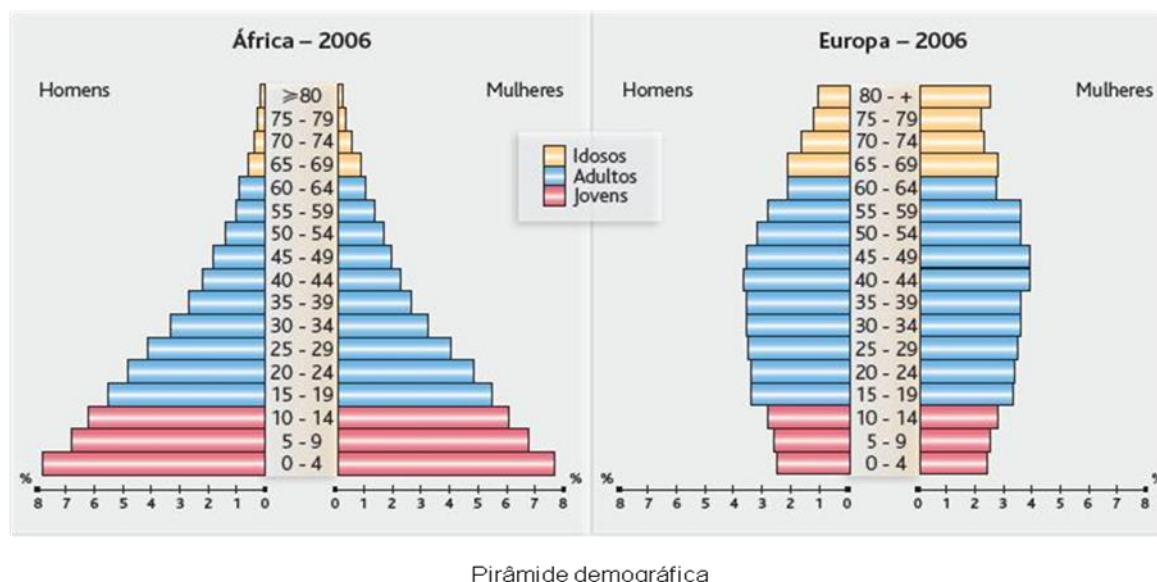
É um conjunto de indivíduos estavelmente constituídos, ligados por vínculos de reprodução e identificado por características territoriais, políticas, jurídicas, étnicas ou religiosas. (Ana P. de Carvalho,

2000). Com “estavelmente constituído” o autor provavelmente quis dizer um conjunto definido de indivíduos e que tende a ser constante.

De acordo com esta definição, para que um conjunto de indivíduos seja considerado população, deve existir uma continuidade no tempo que só é assegurada pela reprodução. Por exemplo um exército não pode ser considerado uma população.

3.1.2. Estrutura populacional

Refere-se às características que definem a população em termos de tamanho, composição (faixa etária, género), actividades socioeconómicas e outras características que distinguem umas das outras.



3.2. Principais fontes de dados demográficos

3.2.1. Censo da população

São operações globais de contagem de toda a população e de recolha de dados sobre as suas características demográficas e socioeconómicas. Realizam-se periodicamente de 5 em 5 anos ou de 10 em 10 anos e consistem em recolher dados de todos e de cada um dos habitantes;

3.2.2. Registo de acontecimentos vitais

É a melhor forma de colheita de dados demográficos. Consiste no registo sistemático dos acontecimentos vitais (nascimentos, óbitos, casamentos, divórcios, etc.), em serviços especiais chamados Registo Civil.

Pode ser completado por registos dos movimentos migratórios efectuados nos postos de fronteira, bem como por registos nas autoridades civis do local de residência, o que permite um seguimento sistemático e contínuo das alterações da situação da população.

3.2.3. Inquéritos especializados

São inquéritos realizados na base de técnicas de amostragem estatística. Neste tipo de inquérito procura-se obter uma amostra que seja representativa e os resultados são extrapolados para a população geral. Exemplo: inquérito demográfico e de saúde.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

4.1. A apresentação de dados a partir de figuras, tabelas e gráficos é uma das formas mais utilizadas e mais eficazes para uma rápida e boa interpretação da informação.

4.2. Gráficos de barras simples e gráficos circulares são utilizados para apresentar variáveis discretas.

- 4.3.** Os histogramas e tabelas de frequência são utilizados para representar variáveis contínuas.
- 4.4.** A demografia é o estudo das populações humanas.
- 4.5.** As principais fontes de informação demográfica são o censo, registos de acontecimentos vitais e inquéritos especializados.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	7
Tópico	Introdução a Epidemiologia e Bio-Estatística, Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Demografia e Introdução a Vigilância Epidemiológica	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre o conteúdo “Demografia”:

1. Definir e interpretar as taxas de natalidade, fecundidade, mortalidade e crescimento populacional.
2. Definir e interpretar as taxas de mortalidade infantil (0-1, 1-4 anos) e de mortalidade materna e sua importância como indicadores de saúde.

Sobre o conteúdo “Vigilância Epidemiológica”:

1. Definir vigilância epidemiológica e descrever em termos gerais o processo e os propósitos.
2. Descrever a diferença entre vigilância activa, passiva, e entre a vigilância de doenças de notificação obrigatória e de sentinela e listar as vantagens e desvantagens de cada uma.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Indicadores Demográficos		
3	Introdução à Vigilância Epidemiológica		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Araújo AR. Manual de demografia para estudante de medicina. Faculdade de Letras – CEP: 2001.

Barreto A, Gujral L, Matos CS; MISAU. Manual de vigilância epidemiológica para o nível distrital 2002.

MISAU, LISTA DE INDICADORES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO MOÇAMBICANA, 2009

Portal educação e sites associados; CURSO DE EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA, módulo II

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

2.1. Indicadores

Como já foi referido em aulas anteriores, números absolutos, sobretudo em países em vias de desenvolvimento, como o nosso, em que não há uma boa cobertura populacional em termos de registos e arquivo de dados vitais, são muitas vezes incompletos e perdem utilidade em termos de fornecimento de informação relevante para a tomada de decisões. Assim, a melhor forma de fazer face a este problema é recorrer ao uso de taxas, que podem ser calculadas a partir de informação de inquéritos ou outras fontes e têm a vantagem de permitir comparações entre diferentes populações ou em diferentes momentos na mesma população.

2.1.1. Taxa de natalidade (TN)

É a frequência dos nascimentos (nascidos vivos) ocorridos durante um determinado período, numa dada população. Calcula-se dividindo o número total de nascimentos pela população estimada no ponto médio do período considerado, multiplicado por mil habitantes.

$$TN = \frac{\text{total de nascimentos}}{\text{população total no ponto médio do período considerado}} \times 1000$$

Por exemplo: no distrito de Nicosadala, no ano de 2007 foi estimada uma população de 240.000 habitantes, e registou-se um total de 3000 nascimentos. A taxa de natalidade em 2007 foi de $3000/240.000 \times 1000 = 12,5$; 13 nascimentos por cada 1000 habitantes.

2.1.2. Taxa de fecundidade (TF)

É a frequência de nascimentos (nascidos vivos) referidos às mulheres em idade fértil, ou seja o número de crianças nascidas durante um ano pelo total de mulheres em idade fértil (dos 15 aos 49 anos) no ponto médio desse ano.

$$TF = \frac{\text{total de nascimentos}}{\text{mulheres dos 15 – 49 anos no ponto médio do período considerado}} \times 1000$$

Exemplo: na província de Nampula, no ano de 2011, registou-se 167.912 nascidos vivos, enquanto que as mulheres entre 15 e 49 anos eram estimadas em 2.495.900. assim, a taxa de fecundidade no ano de 2011 foi $167.912/2.495.900 \times 100 = 67,3$ nascidos vivos por 1000 mulheres de 15 a 49 anos. Logo, em 2011, nasceram 67 crianças a cada 1000 mulheres de 15 a 49 anos de idade.

2.1.3. Taxa de mortalidade (TM)

É a frequência de óbitos ocorridos durante um determinado período (geralmente um ano), numa determinada população. Pode ser referida à população total, por isso designada bruta; ou a sub-populações com características específicas, mortalidade específica (vide aula 5, ponto 5.6).

$$TM = \frac{\text{total de óbitos}}{\text{população total no ponto médio do período considerado}} \times 1000$$

2.1.4. Crescimento populacional

Refere-se à mudança que ocorre na população ao longo do tempo, que pode ser quantificada em termos de número de indivíduos da população por unidade de tempo. Normalmente é expresso em taxa e depende basicamente de quatro (4) factores: taxa de natalidade, taxa de mortalidade, imigrações e emigrações.

Por outras palavras, o crescimento populacional pode ser natural, quando resulta da diferença entre as taxas de nascimento e de mortalidade ou total ou real quando ao saldo anterior juntamos o saldo resultante das imigrações e emigrações dos indivíduos.

Calcula-se da seguinte forma:

$$CP = \frac{p_1 - p_0}{p_0} \times 100$$

Onde:

- CP – crescimento populacional
- P_1 - população no fim do período determinado
- P_0 - população no início do referido período

Exemplo: a população de Moçambique em 1997 foi de 16.099.246 (censo 1997). 10 anos mais tarde, de acordo com o censo de 2007, a população de Moçambique foi de 20.579.265. o crescimento populacional foi de $(20.579.265 - 16.099.246) / 16.099.246 \times 100 = 27,8\%$. Um crescimento populacional de 27,8% em 10 anos.

Se tivermos acesso aos dados referentes à qualquer dos acontecimentos de forma desagregada, podemos saber exactamente o factor que influencia qualquer que seja a tendência da mudança na população, ou seja, se se deve à alterações na natalidade, mortalidade ou nos movimentos migratórios dos indivíduos.

2.2. Indicadores de saúde

2.2.1. Taxa de mortalidade infantil (TMI)

É o número de óbitos de crianças de menos de um ano por mil nascidos-vivos num ano.

É um indicador demográfico e é considerado como um dos melhores indicadores globais do estado de Saúde duma comunidade porque dá informações sobre o estado de Saúde do grupo etário respectivo e também reflecte o quão organizado se encontra o sistema de saúde da referida área e as condições em que a população vive.

$$TMI = \frac{\text{Número total de óbitos de crianças} < 1 \text{ ano}}{\text{Número de nascidos vivos no período}} \times 10^3$$

Exemplo: em Gondola, do total de 4000 nascidos vivos em 2009, registou-se 20 óbitos de menores de 1 ano. Assim, a Taxa de mortalidade infantil foi de $20/4000 \times 1000 = 5$ óbitos de menores de 1 ano, por cada 1000 nascidos vivos.

2.2.2. Taxa de mortalidade de crianças de 1 a 4 anos (mortalidade juvenil)

É a razão entre o número de óbitos de crianças com idade compreendida entre 1 e 4 anos, geralmente durante um ano, e o número médio de crianças do mesmo grupo etário durante esse mesmo ano, por cada mil crianças.

Este indicador reflecte as principais condições ambientais que afectam a Saúde das crianças, tais como nutrição, saneamento básico, doenças transmissíveis da infância acidentes atingindo as crianças, etc.. Também fornece informações relativamente fiéis sobre as condições de vida e o estado de desenvolvimento socioeconómico da referida comunidade.

$$\text{TMIJ} = \frac{\text{Número de óbitos de crianças de 1 a 4 anos, no período}}{\text{Número médio de crianças entre 1 a 4 anos, no mesmo período}} \times 10^3$$

Exemplo: no distrito de Zumbo, no ano de 2010, registou-se 45 óbitos de crianças dos 1 aos 4 anos. Estima-se que nesse ano, hajam 45.000 crianças na mesma faixa etária. Assim, a TMIJ foi de $45/45.000 \times 1000 = 1$ óbito de crianças dos 1 aos 4 anos, por cada 1000 crianças na mesma faixa etária.

2.2.3. Taxa de mortalidade materna

Refere-se à relação entre o número de óbitos maternos, num determinado período (geralmente de um ano) e o número de nados-vivos, no mesmo período. A taxa de mortalidade materna exprime-se em relação a 1.000, 10.000 ou 100.000 nados-vivos de acordo com a frequência da morte.

Óbito materno define-se como óbito de uma mulher durante a gravidez, parto ou nos 42 dias seguintes ao fim da gravidez (puerpério), independentemente da duração da gravidez e localização, por qualquer causa relativa ou agravada pela gravidez, por seu tratamento ou pelo parto. São excluídas as causas provocadas por acidentes (externos).

A mortalidade materna dá informação acerca das condições oferecidas pelo sistema de saúde durante a gravidez e parto, reflectindo as condições sócio-económicas; as condições de Saúde na gravidez e no parto; e a disponibilidade de utilização de cuidados de Saúde, incluindo cuidados pré-natais e peri-parto.

$\text{TMM} = \frac{\text{total de óbitos maternos no período em consideração}}{\text{total de nados vivos durante o período considerado}} \times 10^n$

total de nados vivos durante o período considerado

Por exemplo: na província de Nampula, no ano de 2011, registaram-se durante a gravidez 10 óbitos, durante o parto 40 óbitos, e no período pós-parto 10 óbitos, de um total de 90.000 nascidos vivos. Assim, a taxa de mortalidade materna foi de $(10+40+10)/90.000 \times 100.000 = 66.6$ mortes maternas por cada 100 mil nados vivos. Ou seja, por cada 100.000 nados vivos ocorreram 67 óbitos maternos (gravidez, parto e puerpério).

BLOCO 3: INTRODUÇÃO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

3.1. Vigilância Epidemiológica (VE)

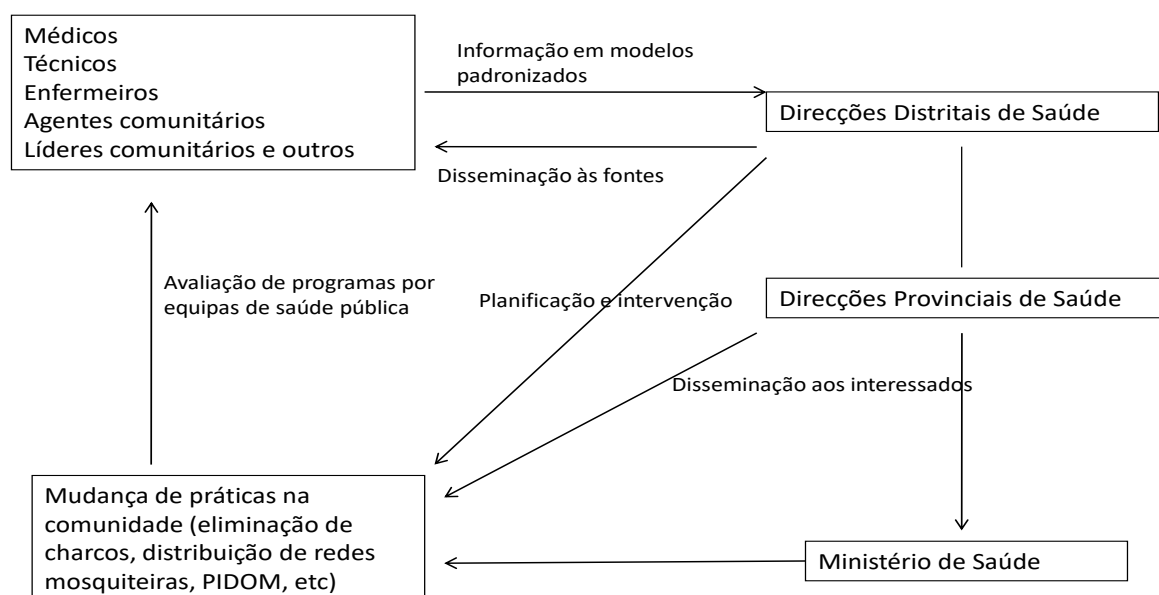
É o processo contínuo de recolha sistemática, análise e interpretação de informação do sistema de saúde que é essencial para a planificação, implementação e avaliação da prática de saúde pública, intimamente integrado com a disseminação atempada dos resultados aos diversos interessados. (segundo o CDC – centro para o controlo de doenças)

Em outras palavras, a VE permite determinar:

- **Que** doenças existem
- **Quais** são as doenças prioritárias
- **Quem** é afectado (sexo, grupo etário, profissão, etc)
- **Onde** estão as pessoas afectadas (lugar)
- **Quando** é que foram afectadas (tempo)

De modo a poder definir estratégias para prevenir e/ou controlar as doenças implicadas.

O sistema de vigilância epidemiológica envolve um circuito de informação que começa com a geração da informação pelo pessoal de saúde, ou seja, agentes comunitários, enfermeiros, técnicos clínicos e de laboratório, médicos através de modelos padronizados. Esta informação é compilada e enviada aos órgãos responsáveis para a sua análise e estes, por sua vez, enviam os resultados às diversas fontes e às entidades responsáveis pelo sistema de saúde, sejam direcções de saúde ou outros órgãos responsáveis pela planificação. Estes últimos traçam os planos de intervenção de acordo com as necessidades (resultados obtidos dos dados fornecidos) e garantem que essas intervenções sejam levadas a cabo. Após a sua implementação uma equipa de saúde pública deve fazer uma avaliação das intervenções e enviar relatórios aos interessados. Veja a figura que esquematiza o fluxo da informação dentro do sistema de vigilância epidemiológica:



Exemplo: Para a malária: semanalmente todas as unidades de saúde devem enviar o número de casos e óbitos de malária às respectivas direcções de saúde, ou seja, os centros e postos de saúde às direcções distritais; os hospitais rurais e distritais às direcções provinciais, etc. (departamento de planificação e cooperação). Estas, por sua vez, enviam os dados das diferentes unidades compilados aos níveis mais diferenciados até chegarem ao nível central (MISAU). Este analisa os dados e chega a conclusões, que são as mesmas que deve enviar aos interessados. Por exemplo, caso se verifique um aumento fora do esperado pode-se chegar à conclusão de que há uma epidemia nalguma região e daí canalizar a informação à direcção de modo a que esta tome as medidas necessárias ou reforce as decisões prontamente tomadas (se o caso for grave o suficiente para não esperar ordens superiores).

NB. A análise desta informação deve iniciar ao nível da US e do distrito, e não esperar pela análise pela DPS ou MISAU!

3.2. Propósitos

O sistema de vigilância epidemiológica permite aquisição de informação para, com base nela, levar a cabo acções com vista a melhorar a saúde das comunidades, assim, tem como propósitos:

- Avaliar o estado de saúde das populações
- Identificar prioridades de acção em saúde pública
- Guiar acções de saúde pública
- Avaliar programas de prevenção
- Monitorar populações expostas ou tratadas para determinada doença
- Estimular a investigação de casos e/ou surtos

3.3. Tipos de vigilância

Existem dois tipos de vigilância epidemiológica, passiva e activa. Destes há vários subtipos que são adoptados pelos países de acordo com realidades de cada um. No nosso caso, como subtipos da passiva, usamos a vigilância de doenças de notificação obrigatória e também a vigilância posto sentinela.

3.3.1. Vigilância passiva

É aquela em que a informação é levada a partir da informação gerada regularmente nas unidades sanitárias pelos clínicos, técnicos de laboratório e outros provedores de saúde.

Por exemplo: casos de malária reportados pelas unidades sanitárias que chegam ao Ministério através do circuito normal, isto é, desde o paciente que se dirige à unidade sanitária até à geração dos relatórios e sua análise.

- Tem a vantagem de permitir um controlo permanente das mudanças no estado de saúde das comunidades;
- Não envolve custos adicionais ao sistema de saúde;
- É institucional;
- Garante a continuidade.

Mas, depende do acesso da população à unidade sanitária, ou seja enquanto as pessoas não se dirigirem às unidades sanitárias não há informação acerca da existência de alguma doença que mereça mais atenção, o que faz com que haja um atraso na sua detecção com todas as consequências prováveis:

- Pode haver ambiguidade na classificação dos casos;
- Pode perder muitos casos (sub-notificação dos casos realmente existentes na comunidade).

3.3.2. Vigilância activa

É a recolha ou procura de casos ou casos suspeitos, e não apenas esperar que os casos se apresentem na unidade sanitária. É muito frequente o seu uso quando ocorre um surto, e uma equipa da saúde vai a comunidade a busca de casos.

- Tem a vantagem de investigar e confirmar surtos, evitando o seu alastramento atempadamente;
- Permite uma investigação de casos que permite completar adequadamente o quadro (muito sensível);
- Disponibiliza informação mais fiável;
- Garante uniformidade na classificação dos casos;
- Flexível;

- Oportunidade do pessoal de saúde para aprender e melhorar a forma como utiliza a informação e elaboram os relatórios.

A grande desvantagem deste método é o seu elevado custo, devido a necessidade de recursos humanos, materiais e financeiros.

3.4 Sub-tipos de vigilância passiva em Moçambique

3.4.1 Vigilância de doenças de notificação obrigatória – neste subtipo participam todas as unidades sanitárias do país e a informação deve ser enviada semanalmente através do chamado BES (Boletim Epidemiológico Semanal). Algumas doenças deste grupo requerem intervenção imediata e, para tal, devem ser reportadas pela via mais rápida (sms, telefone, etc), por exemplo a cólera, mas mesmo após esta notificação rápida, devem constar do BES.

Para além das vantagens já referidas do sistema, este sub-sistema garante uma vigilância permanente do tipo de doenças que engloba, com consequente intervenção atempada; Cobre todos os locais com unidades sanitárias.

A principal desvantagem é que pode levantar falsos alertas e pode ter uma sobre notificação ou mesmo sub-notificação de casos, devido aos constrangimentos dos meios diagnósticos ou se não houver suspeita.

3.4.2 Vigilância de postos sentinela: neste subtipo participam apenas as Unidades Sanitárias consideradas Postos Sentinela, que, normalmente, são os hospitais provinciais e centrais, podendo haver outros níveis de hospitais e centros de saúde seleccionados para o efeito, pois estes notificam doenças que requerem pessoal mais qualificado e meios de diagnósticos mais diferenciados.

- Tem a vantagem de garantir uma maior sensibilidade, ou seja qualidade de diagnóstico.
- Como desvantagens, tem uma cobertura limitada;
- Requer pessoal devidamente treinado e equipamento e materiais específicos, o que o torna mais caro

Por exemplo: em Moçambique a prevalência do HIV e Sífilis estão sendo alvo de vigilância epidemiológica por postos sentinelas.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1. Indicadores são utilizados para medir o estado de saúde das populações.
- 4.2. Alguns indicadores demográficos úteis são: a taxa de natalidade, taxa de fecundidade, taxa de mortalidade e crescimento populacional.
- 4.3. As taxas de mortalidade infantil e materna ajudam-nos a determinar o grau de organização do sistema de saúde, bem como as condições a que a população está sujeita.
- 4.4. Os dados demográficos servem de base para o cálculo de indicadores epidemiológicos.
- 4.5. A Vigilância Epidemiológica (VE) fornece-nos informação para acção.
- 4.6. Um dos grandes propósitos da VE é garantir que a saúde das comunidades esteja constantemente sob atenção e garante pronta reacção, quando necessário.
- 4.7. Na vigilância passiva os pacientes dirigem-se ao sistema de saúde (unidades sanitárias) e são notificados os casos.
- 4.8. Na vigilância activa o sistema de saúde (uma equipa de profissionais de saúde) vai até aos pacientes (na comunidade, em busca de casos).

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	8
Tópico	Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Introdução à Vigilância Epidemiológica (cont.) e Vigilância Epidemiológica no País e o Sistema de Informação de Saúde (SIS)	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar e descrever os passos/componentes de um Sistema de Vigilância Epidemiológica.
2. Listar os componentes do Sistema de Vigilância Epidemiológica do país:
 - a. Notificação de Epidemias;
 - b. Vigilância Nutricional;
3. Para cada um dos componentes apresentados acima:
 - a. Listar as doenças incluídas e a periodicidade de notificação de cada uma;
 - b. Listar a definição de casos;
 - c. Indicar se for vigilância de sentinela ou de todas as unidades sanitárias (US).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Introdução à vigilância epidemiológica (cont.)		
3	Vigilância Nutricional		
4	Vigilância de Epidemias		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (Referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

Barreto A, Gujral L, Matos CS, (2002) Manual de vigilância epidemiológica para o nível distrital. Vols I e II. MISAU

MISAU, MANUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA CÓLERA E DE OUTRAS DIARREIAS
AGUDAS, 2009

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGIA (CONT)

2.1 Passos de um sistema de vigilância

Os passos de um sistema de VE incluem as seguintes actividades:

- 2.1.1 Registo** – consiste em anotar num impresso um caso diagnosticado, uma actividade realizada ou um recurso recebido. Por exemplo: o clínico escreve (regista) no seu livro de consulta um caso diagnosticado de malária.
- 2.1.2 Recolha** – é o acto de transferência dos dados dos livros de registo ou das fichas diárias para as fichas de resumo (diárias, semanais, mensais ou anuais), de modo a permitir a organização dos dados em grandes categorias.
- 2.1.3 Elaboração** – é o agrupamento dos dados para transformá-los em informação. Um dado considerado isoladamente não permite a sua interpretação e, portanto, não é útil para a tomada de decisões. Exemplo: o responsável de vigilância epidemiológica soma os casos de malária da US e por grupo etário e associa com a população estimada na área de saúde para calcular a taxa de incidência da malária.
- 2.1.4 Apresentação** – consiste na organização da informação em tabelas e gráficos, o que facilita a sua análise e compreensão.
- 2.1.5 Interpretação** – é a tentativa de encontrar explicações para um determinado acontecimento e suas causas. Saber interpretar é a condição indispensável para poder escolher medidas correctivas adequadas e evitar tomadas de decisões precipitadas.
- 2.1.6 Envio** – consiste na entrega dos impressos de resumo ao nível superior, devendo seguir o percurso estabelecido e respeitar os prazos de entrega. Por exemplo: na 3ª feira de cada semana, o Boletim Epidemiológico Semanal (BES) da US correspondente à semana epidemiológica anterior, deve ser enviada. O resumo de Lepra deve ser enviado trimestralmente.
- 2.1.7 Recepção** – é o acto de receber, numa instituição do SNS, os impressos enviados pelo nível inferior.
- 2.1.8 Controlo de qualidade** – para cada uma das 7 actividades precedentes, o controlo de qualidade deve ser feito, ou seja, deve-se verificar se os dados estão completos, se são oportunos, atempadas e confiáveis.
- 2.1.9 Retroinformação** – consiste em devolver aos níveis inferiores (MISAU-DPS; DPS-SDSMAS; SDSMAS-US) informação interpretada e com comentários. Exemplo: A DPS deve enviar mensalmente a todos SDSMAS um resumo mensal do BES provincial que inclui dados de todos os distritos com recomendações de como proceder para cada caso particular julgado conveniente.

O sistema de vigilância epidemiológica no país tem dois componentes: vigilância nutricional e vigilância de epidemias. Ambos serão tratados nos blocos subsequentes.

BLOCO 3: VIGILÂNCIA NUTRICIONAL

3.1 Vigilância Nutricional

O sistema de vigilância nutricional apresenta os seguintes 4 componentes:

3.1.1 Vigilância do crescimento

Está incorporada nos serviços de saúde e trabalha, essencialmente, com variáveis antropométricas (peso ao nascer, peso/idade, peso/altura, altura/idade, perímetro braquial), possibilitando acompanhar, a nível de indivíduos e comunidades, o crescimento físico das crianças (dos 0 aos 59 meses) e dos factores patológicos e ambientais que interferem no processo.

As mães recebem o cartão de identificação da criança á sua nascença, onde são anotados todos os registos relacionados com a saúde da criança incluído o controle de crescimento em forma de curva tendo como base as variáveis antropométricas peso/idade.

3.1.2 Vigilância da segurança alimentar

É um instrumento informativo sobre a disponibilidade, acesso físico e acesso económico aos alimentos básicos, para o caso de Moçambique o milho, a mapira, a mandioca, a batata-doce, etc.

3.1.3 Sistema de alerta rápido

É um sistema destinado a registar ou prever crises alimentares agudas, resultantes de acontecimentos climáticos (secas, cheias, pragas, etc.) ou sociais (conflitos armados). O sistema permanece em contacto com instituições e serviços nacionais ou internacionais de atendimento de emergência.

3.1.4 Vigilância das medidas de ajuste económico

Foi criado com o objectivo de alertar os governos para a adopção de medidas de ajustes estruturais da economia, face às possíveis implicações adversas em relação à área de alimentação e nutrição.

Fazem parte deste sistema de vigilância, no nosso país, a malnutrição grave, ou seja, o marasmo e o kwashiorkor. Normalmente são notificados mensalmente através dos resumos mensais de internamentos, em todas as unidades com internamento

- **Marasmo**

É definido como peso muito inferior ao peso esperado para a idade actual da criança, que pode ser visto através de linhas especificadas no Cartão de Saúde da criança, com emagrecimento acentuado visível. A criança marasmática apresenta-se com saliências ósseas, aspecto envelhecido, pele enrugada e poucos movimentos, incluindo choro muito fraco e não brinca.

- **Kwashiorkor**

É definido como peso inferior à curva normal (abaixo do percentil 50) no Cartão de Saúde, com edemas.

Nota: estas doenças por carências nutricionais, serão abordadas com mais detalhe, nas aulas da disciplina de pediatria.

BLOCO 4: VIGILÂNCIA DE EPIDEMIAS

4.1 Notificação de Epidemias

A notificação de epidemias no país segue um padrão único, variando de doença para doença a periodicidade e o modelo de formulários utilizados. De modo geral para que uma epidemia seja notificada devem ser observados os seguintes passos:

4.1.1 Suspeita – que pode ser feita pelos clínicos ou membros da comunidade perante observação de tendência de aumento ou aparecimento de doença rara. Exemplo: aumento de casos de diarreia na comunidade, com vários internamentos faz-nos pensar num surto de doenças diarreicas (será cólera? Será disenteria? Será outra diarreia infecciosa?)

- 4.1.2 Confirmação** – que é feita através da revisão da definição de caso com posterior confirmação laboratorial, se necessário e possível. Por exemplo: revê-se a definição de cólera, disenteria, e colhe-se amostras de fezes para saber que agente infeccioso está envolvido. No caso de cólera, confirma-se a presença do vibrião colérico.
- 4.1.3 Análise** – que consiste basicamente na procura de respostas às perguntas: quem? Onde? E quando? De modo a permitir um maior controle através de busca activa. É também nesta fase que se tenta caracterizar a epidemia em termos de fonte de infecção, formas de transmissão e curso.
- 4.1.4 Busca activa** – que consiste na procura de prováveis contactos e outros casos que possam estar escondidos dentro da comunidade, de modo a garantir que não haja difusão da epidemia.

O passo a seguir, caso se confirme, é a **notificação** que pode ser por preenchimento de formulários apropriados, via de rádio, telefónica, Fax ou correio electrónico.

As seguintes doenças causam epidemias no nosso país: malária, doenças diarreicas (incluindo a cólera e disenteria), meningite, sarampo e paralisia flácida aguda/poliomielite.

Todas devem ser notificadas semanalmente através do BES, mas para alguns casos há mais particularidades, que são tratadas quando se trata de cada doença, exemplo cólera.

1. Malária

É definido como caso suspeito de malária e notificado como tal, qualquer pessoa com febre, cefaleias, dor no corpo, arrepios de frio, tremores e por vezes vômitos e deve-se, sempre que possível, confirmar laboratorialmente a existência do parasita da malária.

Todo o síndrome febril tratado com anti-malárico deve ser notificado como caso de malária.

A malária é uma doença cuja notificação é feita semanalmente através do Boletim Epidemiológico Semanal (BES). Esta notificação é efectuada em todas as unidades sanitárias de forma passiva.

Os casos de malária internados (geralmente nas enfermarias de pediatria e medicina) são notificados mensalmente ao nível dos Hospitais Rurais e nos Centros de Saúde. Os Hospitais Provinciais também devem reportar os casos internados de malária de forma independente ao programa da vigilância epidemiológica e ao da Malária ao nível da Província e deste para o Programa Nacional de Controlo da Malária no MISAU. Os casos de malária vistos nas consultas médicas e de triagem e nos serviços de urgência são reportados no BES.

2. Doenças Diarreicas

São incluídas neste ponto a diarreia propriamente dita, a cólera e a disenteria.

As diarreias devem ser distinguidas por faixa etária: os casos e óbitos dos 0-4 anos, ou seja, o grupo etário de maior incidência de diarreias da infância, dos 5-14 anos, que inclui a idade escolar e os maiores de 15 anos, durante o registo para facilitar a detecção de surtos, pois um aumento súbito de casos nos grupos etários dos adultos é uma situação que leva a suspeitar a existência de epidemias.

a. Diarreia

É definida como a eliminação de fezes mais líquidas que o normal e com uma frequência superior a 3 vezes por dia. Na prática, são notificados como diarreia todos os casos de diarreia mencionados pelo paciente (ou pela mãe, no caso duma criança). São doenças de notificação semanal através do BES, em todas unidades sanitárias e de forma passiva.

b. Cólera

É definido como suspeito qualquer paciente com idade igual ou superior a 2 anos, com início súbito de diarreia aguda, dor abdominal, fezes líquidas profusas (tipo água de arroz e por vezes com cheiro a peixe), ocasionalmente com vômitos e desidratação rápida. Qualquer óbito por diarreia com as características acima mencionadas deve levantar a suspeita de cólera.

Deve ser notificada, em todas unidades sanitárias, caso haja confirmação laboratorial da existência do vibrião numa amostra de fezes de um doente suspeito com diarreia. A notificação passa a ser diária (pela via rápida), e posteriormente no BES.

Notas:

- A detecção de um caso com confirmação laboratorial em determinada zona leva-a a ser considerada afectada.
- Em caso de epidemia: caso suspeito - fezes líquidas profusas, com ou sem vômitos em qualquer paciente com idade igual ou superior a 2 anos, e este deve ser notificado.
- A morte pode ocorrer em poucas horas.

3. Disenteria

É definida como diarreia aquosa com sangue visível nas fezes. A sua notificação é semanal através do BES, sendo efectuada em todas as unidades sanitárias.

4. Meningite

Neste ponto devem ser incluídas a meningite meningocócica e outras formas de meningite.

3.1 Meningite meningocócica

É definida como qualquer pessoa com início súbito de febre ($>38,5^{\circ}\text{C}$ rectal ou 38°C axilar) e um dos seguintes sinais: rigidez da nuca, alteração da consciência, ou outro qualquer sinal meníngeo.

Sempre que houver suspeita de meningite deve ser feita uma punção lombar e se o LCR (líquido cefalorraquidiano) for purulento devem ser considerados todos os casos como meningite meningocócica. A notificação é semanal através do BES e em caso de epidemias, é diária pela via rápida.

3.2 Meningite tuberculosa

Síndrome meníngeo com suspeita clínica de TB ou com comprovação bacteriológica. É de notificação semanal, porém as unidades sanitárias de nível superior a 1 (Hospitais rurais, distritais, provinciais e centrais) o fazem mensalmente.

3.3 Outras formas de meningite

A definição de caso inclui todas as síndromes meníngeas (febre alta, cefaleias, vômitos e rigidez da nuca) com meningite bacteriana ou sem (neste caso com meningite viral) LCR purulento ou bioquímica do LCR modificada, e que não são considerados como meningocócicos.

Nota: nos hospitais de 3º e 4º níveis (Hospitais Provinciais e Centrais) a doença deve ser notificada através dos boletins epidemiológicos dos postos sentinela (BE-PS).

5. Sarampo

É definido como qualquer indivíduo, em especial crianças, que apresente febre e erupção (exantema) maculo-papular (não vesicular), com tosse, coriza (corrimento nasal) ou conjuntivite (vermelhidão nos olhos). A presença de manchas de Koplik é um sinal chave de sarampo.

O sarampo deve ser notificado semanalmente através do BES, e distinguindo-se os grupos etários dos 0 aos 9 meses (sarampo pré-vacinal), dentro do grupo alvo de vacinação (9 a 23 meses) e de 24 meses e mais.

No grupo alvo (9 a 23 meses) é necessário registar se a criança foi ou não vacinada. Se o estado vacinal da criança for desconhecido, ela deve ser considerada como **não vacinada**.

Todo caso de exantema febril deve ser notificado como sarampo e posterior colheita de amostra de sangue para a sua confirmação laboratorial.

6. Paralisia Flácida Aguda (PFA)

Deve ser considerado todo doente com idade inferior a 15 anos que apresente uma paralisia flácida aguda de um ou mais membros. Independentemente da causa suspeita, deve-se sempre colher duas amostras de fezes para confirmação ou exclusão laboratorial. Esta colheita de amostras de fezes deve ser efectuada dentro dos primeiros 15 dias. A sua notificação é semanal, através do BES.

7. Poliomielite (pólio)

É definido como pólio todo o caso de PFA que apresente pelo menos uma das seguintes características:

- Sequelas físicas aos 60 dias de vida
- Vírus da Pólio isolado nas fezes
- Óbito, sobretudo se tiver ocorrido nos primeiros 10 dias após o início da paralisia ou se a criança tiver tido deficiência respiratória
- Quando há perda de seguimento de um caso de PFA

Nota: a confirmação de um caso significa presença de epidemia, e sua notificação neste caso, passa a ser diária, pela via rápida.

Faz parte das doenças em eliminação no país.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** A vigilância epidemiológica é feita em 9 fases que vão desde a recolha de informação até à análise e devolução dos resultados às fontes (retro-informação).
- 5.2** Grande parte de doenças que causam epidemias no país são de notificação obrigatória (em todas unidades sanitárias) através do BES e incluem a malária, as diarreias (incluindo a cólera e disenteria), a PFA / poliomielite, meningite, o sarampo. Em caso de epidemias, a notificação é feita diariamente através da via rápida, mas sempre devem constar do BES.
- 5.3** A vigilância nutricional só engloba doenças de aporte deficiente de nutrientes no nosso país, aquelas que causam mal nutrição por deficiente ingestão.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	9
Tópico	Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Vigilância Epidemiológica no País e Sistema de Informação de Saúde (SIS)	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar os componentes do Sistema de Vigilância Epidemiológica do país:
 - a. Vigilância de Doenças de Notificação Obrigatória;
 - b. Vigilância de Doenças de Erradicação/Eliminação;
 - c. Vigilância de Outras Doenças do Sistema Nacional de Saúde:
 - HIV (incluindo TARV, ATS, PTV, Cuidados Domiciliários), Lepra, TB, ITS.
2. Para cada um dos componentes apresentados acima:
 - a. Listar as doenças incluídas e a periodicidade de notificação de cada uma;
 - b. Listar a definição de casos;
 - c. Indicar se for vigilância de sentinela ou de todas as unidades sanitárias (US).
3. Descrever o protocolo de registo de novos casos na US.
4. Resumir e explicar os dados apresentados nos boletins estatísticos semanais, mensais e trimestrais.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	VE no País e SIS (Continuação)		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Barreto A, Gujral L, Matos CS; MISAU. Manual de vigilância epidemiológica para o nível distrital 2002.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar conhecimentos.

BLOCO 2: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO PAÍS E SIS (CONTINUAÇÃO)

2.1. Vigilância de doenças de notificação obrigatória.

O sistema de vigilância destas doenças segue exactamente o processo normal de notificação das doenças do sistema em vigor no país.

Na aula 8, foram abordadas o sarampo, PFA/Pólio, malária, diarreia, cólera, disenteria e meningite. Nesta aula serão abordadas o tétano, a raiva, a peste, a tripanossomíase e tosse convulsa.

2.1.1. Tétano

Tétano é uma doença infecciosa grave que frequentemente leva a morte. É causada pela toxina de uma bactéria chamada *clostridium tetani*.

- **Tétano neonatal**

Considera-se como tendo tétano neonatal qualquer recém-nascido que mame e chore normalmente até ao 2º dia de vida, mas que entre o 3º e o 28º dia apresente dificuldades em chorar e mamar normalmente associados a rigidez e/ou espasmos musculares, e frequentemente, morte.

- **Tétano adulto**

A definição inclui qualquer pessoa com graves espasmos (contrações) musculares e “riso sardónico” e dificuldade em abrir a boca (trismus). Frequentemente é precedido por uma ferida.

O tétano é de notificação semanal através do BES em todas unidades sanitárias.

2.1.2. Raiva

É definido como caso de raiva, quando após a presença de mordedura de um animal, geralmente cão ou macaco e mais raramente humana, com irritação no local da ferida o indivíduo apresenta um estado de ansiedade, mal-estar geral, febre e cefaleia, seguido de excitabilidade, hidrofobia (medo de água).

Nota: a doença tem a duração média de 2 a 6 dias, dependendo da localização da ferida, levando invariavelmente à morte por paralisia respiratória. Todos casos de mordedura animal são notificados como raiva semanal através do BES em todas unidades sanitárias.

2.1.3. Tosse convulsa

É definida como tosse há pelo menos duas semanas e caracterizada por pelo menos um dos seguintes sinais: salva de tosse, inspiração em guincho ou vômito a seguir à tosse sem outra causa aparente

Nota: crianças com menos de 6 meses de idade, adolescentes e adultos podem ter tosse convulsa sem o guincho característico, levando a que a doença seja confundida com uma pneumonia. Não faz parte da lista de doenças que consta do BES mas continua a ser de notificação obrigatória.

2.1.4. Peste

Apresenta duas variantes:

- **Peste bubónica**

Definida como febre alta e estado geral alterado, adenite dolorosa (bubão), geralmente axilar, cervical ou inguinal.

- **Peste pneumónica**

Definida como tosse com hemoptise (sangue na expectoração), dor torácica e dificuldade respiratória.

A sua notificação é semanal através do BES em todas unidades sanitárias.

2.1.5. Tripanossomíase (doença do sono)

É definida como qualquer síndrome febril com sintomas gerais (linfadenopatia, anemia, exantema, edemas) ou sinais neurológicos (sonolência, tremores musculares) com a presença do parasita (*trypanossoma brucei rhodesiense*) no sangue ou líquido cefalorraquidiano. A sua notificação só é feita após confirmação laboratorial. Actualmente já não faz parte da lista de doenças que constam do BES por causa da sua raridade mas continua ser uma doença de notificação obrigatória. É uma doença alvo de erradicação.

2.2. Vigilância de outras doenças do Sistema Nacional de Saúde.

Fazem parte deste ponto as chamadas doenças de notificação separada, que inclui a lepra, a tuberculose, o SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida) e as ITSs (infecções de transmissão sexual).

2.2.1. Lepra

Presença de pelo menos um (1) dos seguintes sinais/sintomas clínicos:

- Lesões cutâneas (mancha clara ou nódulo) com perda de sensibilidade
- Nervos periféricos engrossados
- Presença de Bacilos de Hansen nas lesões cutâneas

Faz parte das doenças em eliminação no país. A eliminação se declara quando existem < 1 caso em cada 10.000 habitantes.

A notificação dos casos de lepra é feita por todas as Unidades Sanitárias que fazem tratamento com a terapêutica de multidrogas. A informação é compilada ao nível do distrito pelo responsável distrital de Lepra que envia trimestralmente para o nível provincial. Por sua vez, o nível provincial, compila e envia, trimestralmente, para o nível central (MISAU).

2.2.2. Tuberculose

É classificada em pulmonar e extrapulmonar.

- **TB Pulmonar**

Definida como presença de Bacilo de Koch na microscopia directa da expectoração (afecção pulmonar) de um doente com sintomatologia pulmonar.

- **TB Pulmonar com baciloscopia negativa**

É definida como todo doente com sintomatologia pulmonar e ausência de Bacilo de Koch na microscopia directa de expectoração e que receba tratamento antituberculoso.

- **TB extrapulmonar**

Definição: todos os outros pacientes com TB localizada fora dos pulmões e com tratamento antituberculoso.

A notificação de casos de tuberculose é trimestral e pode ser feito a partir de todas as unidades de nível primário. A informação é compilada ao nível do distrito pelo responsável distrital de tuberculose que envia trimestralmente para o nível provincial. Por sua vez, o nível provincial, compila e envia, trimestralmente, para o nível central (MISAU).

2.2.3. HIV

Deve ser notificado como caso de HIV e SIDA todo indivíduo com teste HIV positivo.

O registo é efectuado aos nível das unidades de aconselhamento e testagem em saúde (UATS), local onde se faz o teste de HIV, e em todos outros locais que ofereçam o teste de HIV. A informação é compilada mensalmente.

Periodicamente, faz-se a vigilância epidemiológica da prevalência do HIV no país através de postos sentinelas. Em 2009, realizou-se o primeiro inquérito nacional (INSIDA 2009) que mostrou uma prevalência nacional de 11.5%

2.2.4. ITS

Qualquer uma das seguintes situações é abordada como uma infecção de transmissão sexual:

- **Corrimento uretral** – presença de secreção ao nível da uretra anterior, muitas vezes acompanhada de disúria (dor ao urinar) ou de sensação de queimadura (ardor) ao nível do meato.
- **Corrimento vaginal** – aumento ou não do volume da secreção vaginal, acompanhada de cheiro e de mudança de cor, resultante de uma infecção vaginal ou cervical.
- **Úlceras genitais** – perda de continuidade do revestimento cutâneo produzindo uma ou várias lesões ulcerativas ao nível dos órgãos genitais. Frequentemente acompanhado de uma adenopatia inguinal.

As ITSs são notificadas mensalmente através de dois subsistemas, um para os níveis de atenção primária e secundária através de uma abordagem sindrómica, ou seja, conjunto de sinais e sintomas e outro para os níveis terciário e quaternário, com base numa abordagem etiológica, ou seja, provável causa da infecção.

2.3. Boletins Estatísticos Semanais, Mensais e Trimestrais.

2.3.1. BES (Boletim Epidemiológico Semanal)

É o instrumento que é utilizado para fazer a notificação das doenças de notificação obrigatória. Todas as unidades sanitárias do país devem preencher este modelo e resulta da compilação de todos os casos novos e óbitos das referidas doenças a partir das diferentes portas de entrada de pacientes de cada unidade sanitária.

Aquelas doenças que apresentam características especiais de acordo com a idade ou outro ítem devem obedecer a regra de preenchimento conforme recomendado, por exemplo para o sarampo deve ser indicada a idade exacta com que o paciente se apresenta, etc.

Se o resultado da doença for um óbito, o caso deve ser registado no mesmo dia, mesmo que tenha sido registado anteriormente, como caso novo.

Depois do controlo de qualidade e respectivas correcções, deve-se completar o preenchimento do BES, que engloba o nome da US, do Distrito, datas da semana no canto superior direito e o número da semana epidemiológica que permite identificar o BES.

Na parte posterior, deve-se escrever qualquer observação de interesse epidemiológico a transmitir ao nível superior.

O BES é semanal, e deve ser preenchido e enviado de acordo com as normas de semana epidemiológica da OMS, isto é, de domingo a sábado de cada semana.

Cada US deve ter um responsável do BES que garante:

- A correcta notificação dos casos
- O preenchimento das fichas de registo ou folhas de contagem
- Colecta da informação (em cada segunda-feira) e compilação (soma de casos e óbitos por cada doença)
- Garante o controlo de qualidade do BES
- Garante o envio semanal às 3as feiras

2.3.2. Boletim Estatístico Mensal e Trimestral (BEM, BET)

Estes contêm os resumos (ou compilações) dos boletins semanais. Com estes instrumentos é possível ter uma visão acerca das tendências das doenças notificadas pelo BES e verificar a ocorrência de prováveis anomalias de modo a propor as devidas correcções. É também nestes boletins onde são registados os casos das doenças que são notificadas mensalmente e trimestralmente, de acordo com a sua frequência.

2.3.3 Notificação de casos

Os casos de doenças devem sempre ser notificados através de modelos próprios. No entanto, surgem situações particulares de transferência de doentes dentro da US ou para outra US.

Na transferência dentro da mesma US: o último serviço onde o doente foi atendido, é o responsável pela sua notificação. Exemplo: uma criança com diarreia e desidratação grave é visto na consulta externa de pediatria (serviço 1) do Hospital Rural de Alto-Molócuè, mas é internada na Pediatria (serviço 2) do mesmo Hospital. É a Pediatria (serviço 2) que deve notificar o caso.

Transferência para outra US: deve ser notificado na US que está a transferir e registar que já foi notificado. Antes de transferir o doente para outra US, deve ser sempre registado na guia de transferência **“já notificado”**. Se a US que recebe verificar que a **guia tem a frase “já notificado”, então não notifica o caso**. Se a US que recebe verificar que a **guia não tem a frase “já notificado” deverá notificá-lo**.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1. As doenças de notificação obrigatória são doenças infecciosas que fazem parte dos problemas de saúde ou que têm um curso grave.
- 3.2. A maioria das doenças de notificação obrigatória devem ser notificadas semanalmente (através do BES – sarampo, tétano, raiva, PFA, malária, diarreia, cólera, disenteria, peste e meningite).
- 3.3. A lepra e a tuberculose são notificadas trimestralmente
- 3.4. As outras doenças de notificação paralela são notificadas mensalmente (HIV e ITS).

- 3.5.** O boletim epidemiológico semanal é o formulário para as doenças de notificação obrigatória
- 3.6.** As regras de notificação de casos devem ser sempre observadas e seguidas rigorosamente para se evitar duplicações ou ausências de notificações de casos.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	10
Tópico	Introdução à Epidemiologia e Bio-Estatística	Tipo	Laboratório de Informática
Conteúdos	Medidas de Tendência Central e Frequência de Doença	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Calcular média, mediana e moda usando «datasets» pequenos com uma calculadora e/ou excel
2. Definir, interpretar e calcular as seguintes medições de frequência de doença: Rácio, Proporção e Taxa; Prevalência; Taxa de incidência (morbilidade) e taxa de mortalidade; Taxa de letalidade de casos e os factores que a influenciam.
3. Organizar e interpretar e apresentar dados sob forma de: Tabelas simples, Gráficos de barra simples; Histogramas; Gráficos circulares.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		00:05
2	Resolução dos Exercícios		00:60
3	Correcção dos Exercícios		00:55

Material e Equipamento:

- Folhas de papel A4;
- Esferográfica e/ou lápis e borracha;
- Máquina calculadora.

Preparação:

- Preparar a aula de estatística.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA**5 min**

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação dos equipamentos e materiais

BLOCO 2: RESOLUÇÃO DOS EXERCÍCIOS**60 min**

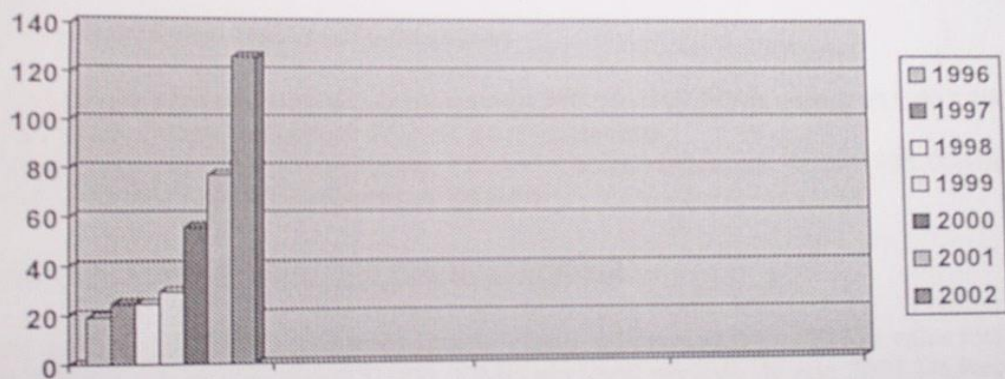
- 2.1. A Tabela que se segue apresenta os dados de atendimento diário dum serviço de Aconselhamento Testagem em Saúde (ATS) registados no mês de Novembro 2004. O ATS abre todos dias para atendimento de seus clientes, fechando ao meio dia nos sábados e domingos.

Tabela 1. Dados de movimento diário dum ATS registados no mês de Novembro 2004

Dia	Número de Clientes	Dia	Número de Clientes	Dia	Número de Clientes
1 domingo	24	11 quarta	50	21 sábado	47
2 segunda	75	12 quinta	80	22 domingo	35
3 terça	100	13 sexta	96	23 segunda	84
4 quarta	112	14 sábado	58	24 terça	90
5 quinta	77	15 domingo	22	25 quarta	87
6 sexta	74	16 segunda	98	26 quinta	91
7 sábado	50	17 terça	76	27 sexta	86
8 domingo	38	18 quarta	82	28 sábado	49
9 segunda	103	19 quinta	69	29 domingo	30
10 terça	110	20 sexta	79	30 segunda	94

- 2.1.1. Calcule a média, mediana e a moda para o atendimento diário, durante o mês de Novembro de 2004. Comente.
- 2.2. Se um inquérito mostra que em Janeiro 2004, haviam 250 crianças menores de 5 anos com teste positivo de HIV, no distrito de Morrumbala num universo de 10,000 crianças menores de 5 anos, qual é o peso percentual de HIV neste grupo? Como chamaria este indicador? Interprete o resultado obtido.
- 2.3. Se 2,300 novos casos de tuberculose foram reportados durante o ano de 2004 numa população de 400,000 pessoas, calcule o peso percentual da doença. Como chamaria este indicador? Interprete o resultado obtido.
- 2.4. O gráfico e a tabela apresentados a seguir foram elaborados em diversas direcções de saúde. Os mesmos são considerados pouco úteis para a finalidade que foram feitos. Ajude a encontrar pelo menos dois erros em cada um.

Gráfico 3.-Demonstração da evolução de fundos disponíveis de 1996 a 2002



1)

VACINA	AÑO	Grupo alvo	META	Realizadas	Tx cobert (%)	Tx cum (%)	Ind. Cresc (%)
BCG	1997	11195	8550	7668	68	90	<3
	1998	7197	7661	7553	104.9	105	«1.4
ANTI-SARAMPO	1997	10355	5860	4771	46	82	<11
	1998	6658	6650	5658	84.9	85	18.6
DTP + Anti-pólio	1997	10355	7110	6864	66	97	<6
	1998	6658	6600	13874	104.1	105.1	1
DTP + Anti-pólio	1997	10403	5840	5663	54	97	<6
	1998	6658	6650	12438	93.4	93.5	9.8
VAT - 1ª dose	1997	14068	8786	7028	50	80	<20
	1998	8997	5500	6989	77.6	127	<0.5
Grávidas	1997	14068	7030	6224	44	89	2
	1998	8997	6800	5743	63.8	84.4	<3.2
VAT - 1ª dose	1997	63792	6770	4625	7	68	<30
	1998	41025	6000	5381	13.1	89.6	18.3
MIF	1997	63792	5620	2753	4	49	<22
	1998	41025	6500	3240	7.8	50	17.6
VAT - 1ª dose	1997			4532			<13
	1998			5828			28
Estudantes	1997			4405			6
	1998			5075			15.2
Outras vacinação	1998			28045			
Total vacinações				99824			

2)

2.5. A chefe provincial do programa de SMI de Sofala, localizada numa zona de alta prevalência de HIV, tem se queixado que nos últimos dois anos o nº de óbitos de crianças menores de 1 ano aumentou significativamente. Os dados de todos recém-nascidos foram meticulosamente registados e agregados para os distritos da província nos anos 2003 e 2004, e constam da Tabela que se segue. Assim, pretende-se:

- 2.5.1** Efectuar um gráfico comparativo dos óbitos de crianças menores de 1 ano que foram registados em cada distrito entre 2003 e o correspondente de 2004.
- 2.5.2** Determinar e calcular o respectivo indicador nos anos 2003 e 2004 e fazer um gráfico comparativo.
- 2.5.3** Interpretar e tirar conclusões.

Tabela 2: Relação entre Nados Mortos e Vivos nas Maternidades dos Distritos da Província de Sofala , no período de 2003 e 2004

Distritos	2003		2004	
	Óbitos < 1 ano	Nados Vivos	Óbitos < 1 ano	Nados Vivos
A	3	211	8	184
B	5	433	7	417
C	14	981	15	899
D	11	736	9	748
E	9	441	6	419
F	8	877	15	657
G	5	399	11	339
H	34	1489	20	1500
I	83	1606	68	1688
J	12	894	5	863
K	5	389	6	385
L	28	1099	21	1143
M	19	1464	11	1411
N	0	360	2	336
Hospital Provincial	44	887	40	952

Fonte: NEP (Núcleo de Estatística Provincial) de Sofala.

2.6 A seguir se apresenta os registos da enfermaria de medicina do Hospital Rural de Milange, no ano de 2009. Indique que indicadores se usa e calcule os respectivos indicadores.

Doenças	Altas	Óbitos
Malária	563	6
Pneumonia	126	5
Tuberculose	45	7
Total	734	18

2.7 Na mesma enfermaria do exercício anterior, os casos de malária por sexo foram de 300 do sexo masculino e 263 do sexo feminino. Calcule a razão e proporção de casos de malária do sexo masculino.

BLOCO 3: CORRECÇÃO DOS EXERCÍCIOS

55 min

3.1. Média, mediana e a moda para o atendimento diário:

Média	72.2	O ATS recebeu em média 72 clientes/dia no mês de Novembro
Moda	50	50 atendimentos em ATS foi a moda
Mediana	78	No mês de Novembro, em menos da metade dos dias, o ATS atendeu 78 clientes por dia

3.2. Chamaria de taxa de prevalência. A Taxa de prevalência de HIV em menores de 5 anos = $250/10,000 \times 100 = 2.5\%$. Em cada 1000 crianças menores de cinco anos do distrito de Morrumbala, 25 são portadoras do HIV. É uma taxa elevadíssima para este grupo etário.

3.3. Chamaria de taxa de incidência. Taxa de incidência de tuberculose = $2300/400,000 \times 100.000 = 575/100,000$ habitantes. Em cada 100,000 pessoas, existem 575 casos novos de tuberculose.

3.4. Em (1) a escala é errada

Tipo de gráfico errado

Eixo y e x não identificado

Em (2) sem fonte de dados

Sem título

Grande emaranhado de dados para ilustrar numa só tabela

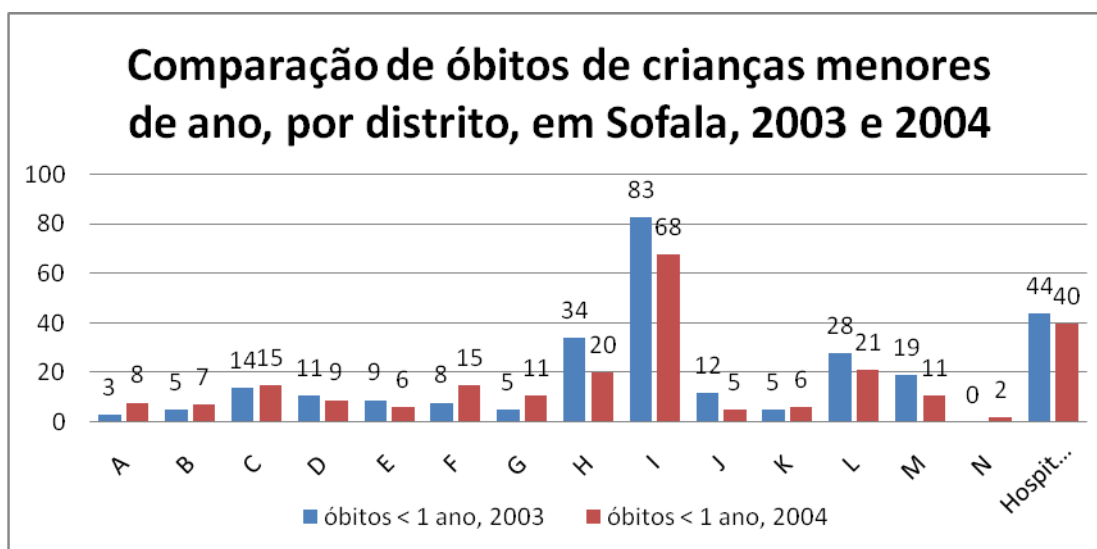
Sem fonte de dados

Abreviações dificultam a compreensão dos indicadores apresentados

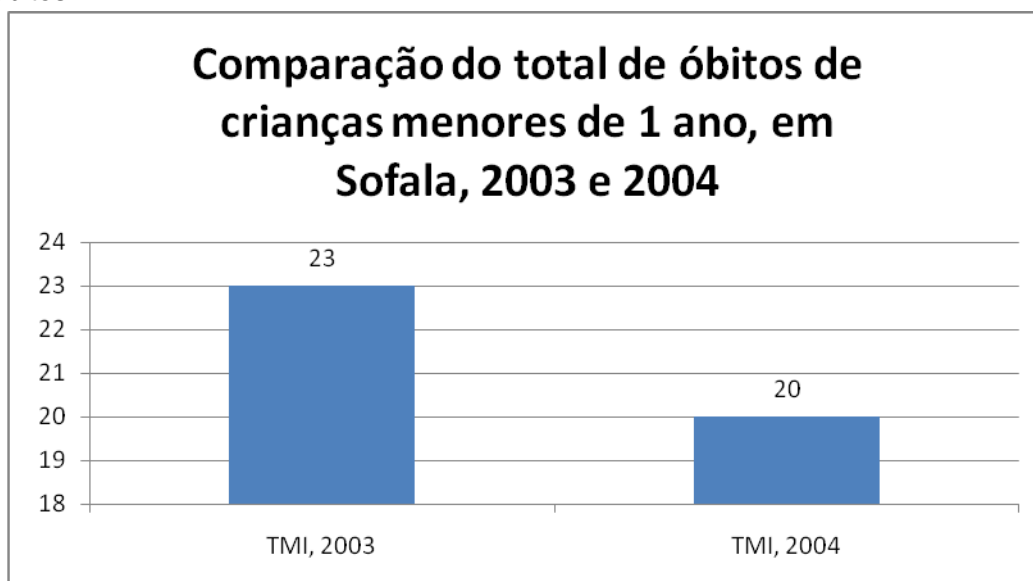
(ex: Tx cum = taxa cumulativa ou índice de cumprimento?) .

3.5. Província de Sofala

3.5.1. Óbitos de crianças menores de 1 ano:



Total de óbitos



Pode-se notar que o número total de óbitos, na verdade, não sofreu aumento, mas sim redução de 280 em 2003 para 244 em 2004. Logo, a preocupação da chefe provincial de SMI, sobre o aumento de óbitos de crianças menores de 1 ano, não é verídica.

3.5.2. O indicador a ser calculado será a Taxa de mortalidade infantil:

Necessário efectuar o somatório de óbitos de crianças menores de 1 ano em 2003 e 2004, e o somatório dos nascidos vivos no mesmo período. Assim teremos:

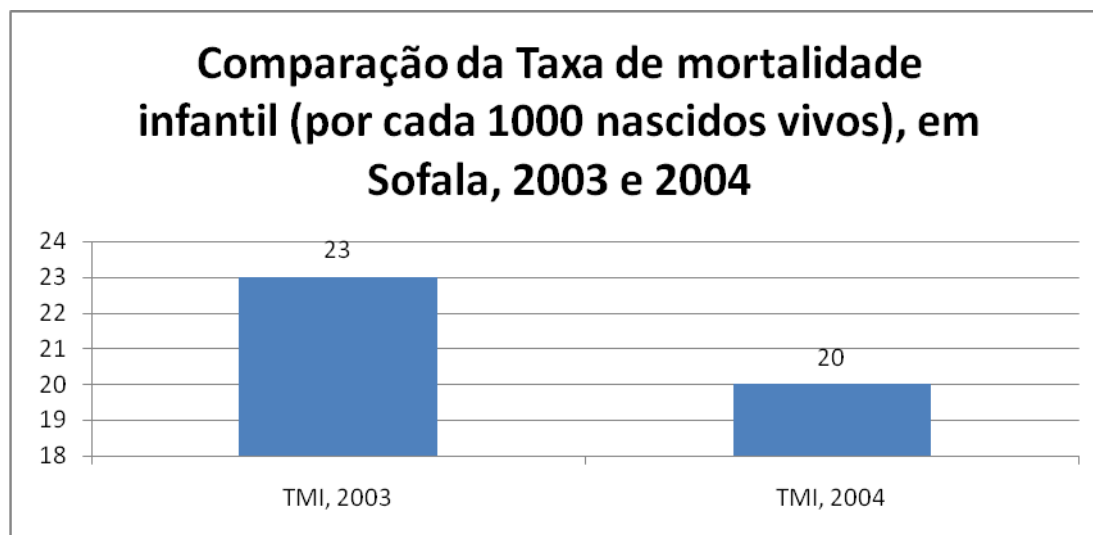
Total de óbitos de crianças menores de 1 ano, em 2003 = 280

Total de nascidos vivos em 2003 = 12.266

Total de óbitos de crianças menores de 1 ano, em 2004 = 244

Total de nascidos vivos em 2004 = 11.941

Assim, A taxa de mortalidade infantil em 2003 foi de $280/12.266 \times 1000 = 22,8$ (≈ 23) óbitos de crianças menores de 1 ano por cada 1000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil em 2004 foi de $244/11.941 \times 1000 = 20,4$ (≈ 20) óbitos de crianças menores de 1 ano por cada 1000 nascidos vivos.



Assim, quer o número total de óbitos de crianças menores de 1 ano, quer a taxa de mortalidade infantil, não está a aumentar, mas sim, a reduzir!

3.6 Enfermaria de Medicina do Hospital Rural de Milange

3.6.1 Os indicadores a serem usados são: taxa de letalidade e taxa de mortalidade da enfermaria de medicina

A taxa de letalidade por malária foi de $6/563 \times 100 = 1,1\%$

A taxa de letalidade por pneumonia foi de $5/126 \times 100 = 4\%$

A taxa de letalidade por tuberculose foi de $7/45 \times 100 = 15,6\%$

A taxa de mortalidade da enfermaria de medicina foi de $18/734 \times 100 = 2,5\%$

3.7 Cálculo da razão e proporção de casos de malária

A razão de casos de malária do sexo masculino em relação ao sexo feminino foi de 300:263, o que equivale a 3:2.

A proporção de casos de malária do sexo masculino foi de $300/563$ ou $3/5$ que é equivalente a 0.5.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	11
Tópico	Epidemiologia e Bioestatística	Tipo	Laboratório de Informática
Conteúdos	Práticas de Elaboração de Estatísticas	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Elaborar estatísticas e representar graficamente os dados de Vigilância Epidemiológica do país, usando Excel, e/ou calculadoras e papel.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		00:05
2	Resolução de Exercícios		00:60
3	Correcção dos Exercícios		00:55

Material e Equipamento:

- Computadores;
- Folha de papel A4;
- Esferográfica e/ou lápis e borracha;
- Papel milimétrico (caso não haja disponibilidade de computadores).

Estas aulas devem ser conduzidas sempre que possível numa sala com computadores e programa informático Excel. Se a IdF não dispõem desta sala, é importante que o Docente entre em contacto com o Hospital de Referência averiguando se possui capacidade para tal.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA**5 min**

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação dos equipamentos e materiais.

BLOCO 2: RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIOS**60 min**

2.1. Controlo de Crescimento - O Centro de Saúde Magolo, tal como todas as unidades sanitárias primárias, tem oferecido os cuidados primários para a promoção de saúde da criança, onde o controlo de crescimento em crianças menores de 5 anos através da pesagem da criança e comparação ao(s) peso(s) precedente(s) é realizado rotineiramente. Assim, o controlo de crescimento é agrupado em duas categorias **Bom** (aumento regular do peso em relação ao precedente) e **Mau** (não aumento ou diminuição de peso). Os dados apresentados na Tabela 1 são referentes ao mês de Junho 2005.

- 2.1.1. Determine as proporções de cada item (Bom e Mau)
- 2.1.2. Construa o gráfico e tire conclusões.
- 2.1.3. Qual a percentagem de crianças com mau crescimento?

Tabela 1. Controlo de crescimento em crianças 0-2 anos, Junho 2003, CS Magolo.

Crescimento	Frequência	Proporções
Bom	170	
Mau	101	
Total		100%

2.2. Saúde de zonas rurais: Fez-se a seguinte pergunta ao pessoal de saúde de 148 instituições de saúde de zonas rurais:

"Quantas vezes tiveram falta de medicamentos para o tratamento da malária nos últimos seis meses?". As respostas obtidas foram agrupadas da seguinte forma: "nunca", "raramente", "ocasionalmente" e "frequentemente".

Tabela 2. Falta de medicamentos para o tratamento de malária nas zonas rurais.

Respostas Obtidas	Número de Observações
0 Vezes (Nunca)	47
1 ou 2 vezes (Raramente)	71
3 a 5 vezes (Ocasionalmente)	24
Mais de 5 vezes (Frequentemente)	6
TOTAL	148

- 2.2.1. Que tipo de gráfico(s) pode(m) ser usado para a representação dos dados?
- 2.2.2. Faça a representação gráfica.

2.3. Cólera no distrito de Mecanhelas: Estes são os números diários de casos de cólera enviados pelos Centros de Saúde do distrito de Mecanhelas (dados inventados) e pretende-se resumi-los Interpretar os.

Tabela 3. Resumos diários e semanais de casos de cólera no Distrito de Mecanhelas

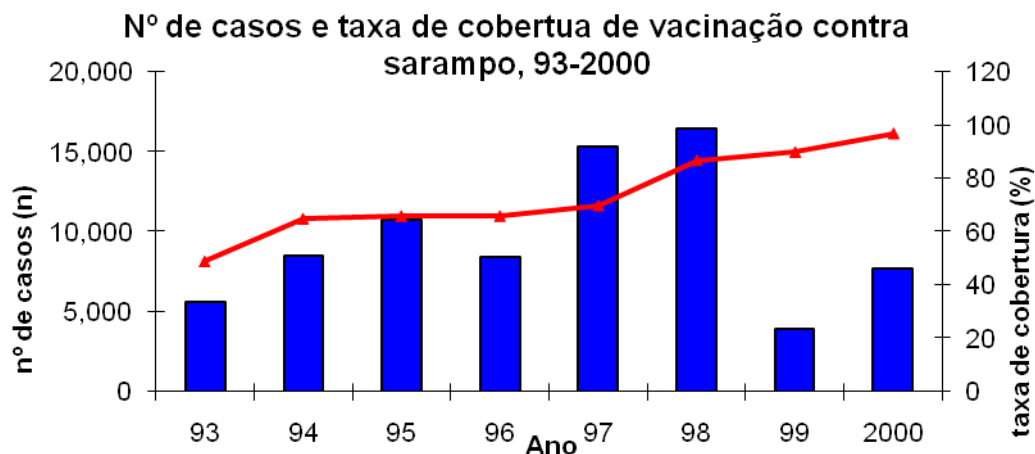
Dia 1	9 casos	Semana 1 - 88 casos
Dia 2	12	
Dia 3	11	
Dia 4	13	
Dia 5	14	
Dia 6	13	
Dia 7	16	
Dia 8	16 casos	Semana 2 - 131 casos
Dia 9	16	
Dia 10	18	
Dia 11	19	
Dia 12	16	
Dia 13	21	
Dia 14	25	
Dia 15	28	Semana 3 - 168 casos
Dia 16	28	
Dia 17	28	
Dia 18	32	
Dia 19	21	
Dia 20	19	
Dia 21	12	

2.3.1. Faça a representação gráfica.

2.3.2. O que se pode observar nos 21 resumos diários?

2.4. VE (Vigilância Epidemiológica) do sarampo:

Gráfico 1. Número de casos e taxa de cobertura de vacinação contra sarampo.



Fonte: *BES*.

Com base no gráfico:

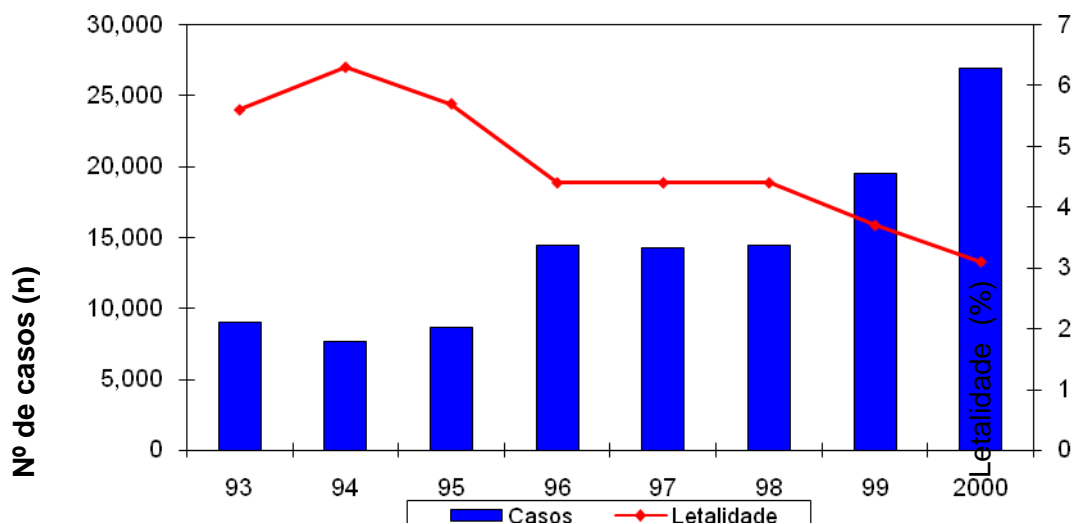
2.4.1 Analise e interprete o gráfico.

2.5. Vigilância Epidemiológica da Malária

2.5.1 Analise o gráfico em relação ao número de casos e tendência da taxa de letalidade

2.5.2 Qual foi a taxa de letalidade no ano de 2000

Gráfico 2. Casos e letalidade por malária nas Pediatrias dos Hospitais Rurais, 1993 - 2000



Fonte: *SIS DO4*

2.5.3 Enumere algumas medidas de prevenção ao nível comunitário e individual para controlar/minimizar a situação.

3.1. Controlo de Crescimento

É importante primeiro completar a tabela

Crescimento	Frequência	Proporções
Bom	170	63%
Mau	101	37%
Total	271	100%

Em cada 100 crianças que se apresentaram no CS de Magolo em 2005, 37 tinham mau crescimento. A percentagem de crianças com mau crescimento é de 37%

3.2. Saúde de Zonas Rurais

3.2.1. Podem ser usados gráfico de barras ou gráfico de sectores circulares.

3.2.2. Gráfico de barras:

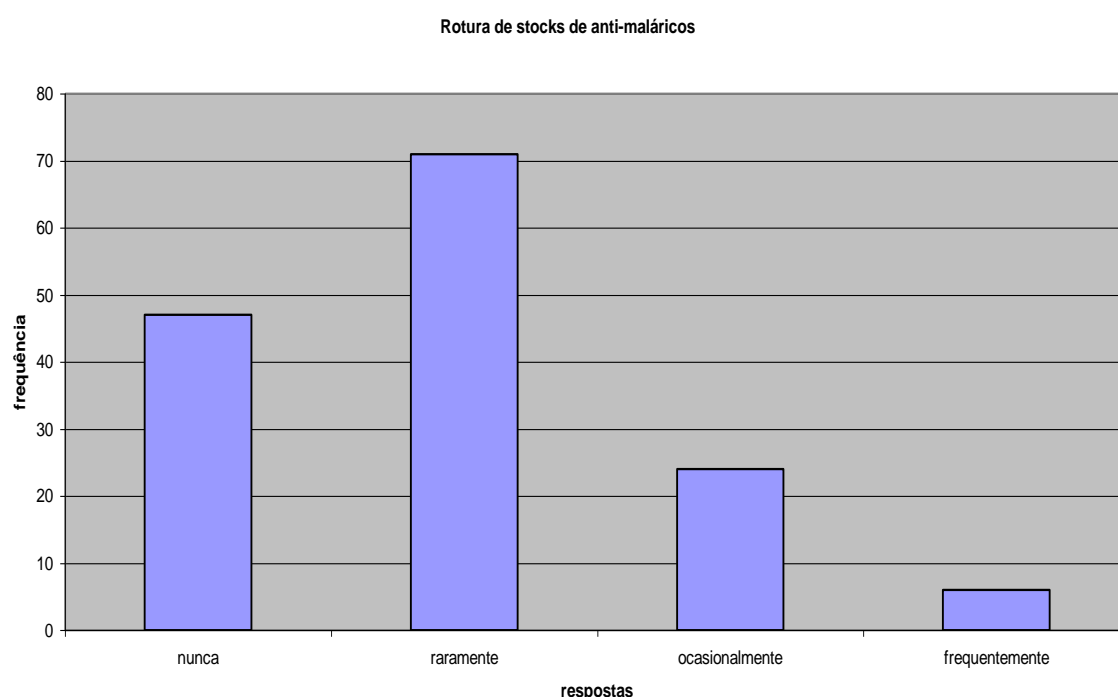
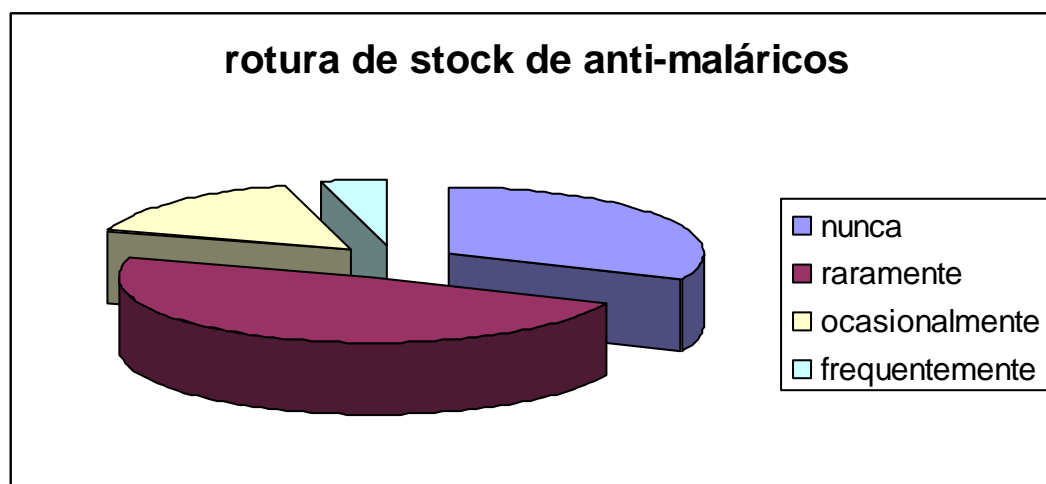
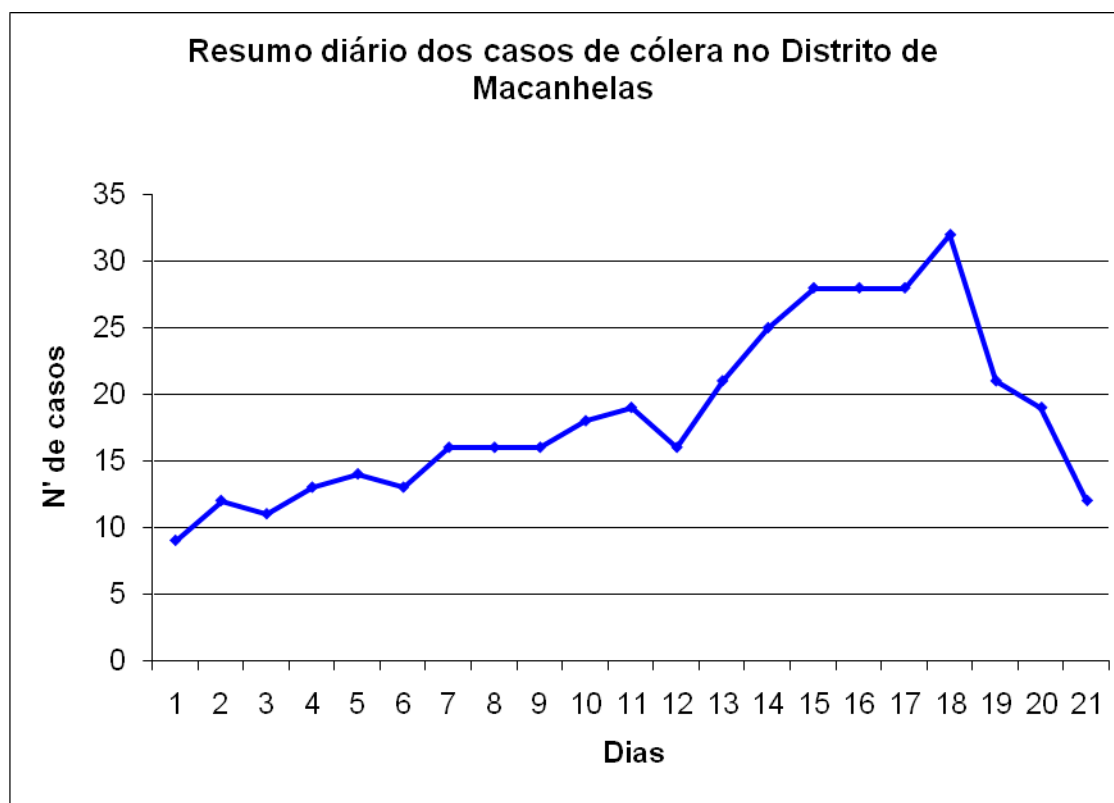


Gráfico de sectores circulares:



3.3. Cólera no distrito de Macanhelas.

3.3.1. Representação gráfica:



3.3.2 Os resumos diários mostram um aumento relativamente consistente de casos de cólera do dia 1 até ao dia 18, seguida por uma redução relativamente rápida de casos após o dia 18.

3.4. Vigilância Epidemiológica do Sarampo:

3.4.1 De 93 a 98 registou-se um aumento de casos de sarampo, provavelmente associada a uma baixa cobertura vacinal (< 80%), situação esta que se inverteu com a redução dos casos com coberturas vacinais acima de 80%. No entanto, o aumento de casos em 2000, com cobertura vacinal próximo de 100%, levanta dúvidas sobre a fiabilidade destas coberturas? Será que os cálculos da cobertura estão correctos? Será que a população alvo de sarampo está subestimada? Que factores estão por detrás deste aumento de casos com boa cobertura vacinal?

3.5. Vigilância Epidemiológica da Malária:

3.5.1 É notório um aumento progressivo do número de casos, com a linha endémica a elevar-se de 3 em 3 anos, com o maior número de casos a registar-se em 2000. A taxa de letalidade tem uma tendência decrescente nos primeiros anos, estabilizando-se durante os anos de 96 a 98. Nos últimos 2 anos esta volta a decrescer.

3.5.2 A taxa de letalidade no ano de 2000 foi de 3%

3.5.3 As medidas são as seguintes:

- Educação sanitária: saneamento do meio, eliminando os potenciais habitats (criadouros de mosquito) – eliminação de charcos, água estagnada, entre outras
- Uso de repelentes
- Controlo vectorial:

- Uso de redes mosquiteiras impregnadas com insecticida de longa duração (REMILD ou REMITIL)
- Pulverizações intra-domiciliárias
- Tratamento preventivo intermitente (TIP) na mulher grávida – uso de medicamento para prevenir a malária e seus efeitos na mulher grávida.
- Diagnóstico precoce e tratamento efectivo de casos de malária tanto no serviço nacional de saúde quanto na comunidade
 - Introdução de testes rápidos de diagnóstico

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	12
Tópico	Vigilância Epidemiológica	Tipo	Laboratório de Informática
Conteúdos	Fichas de Notificação de Doenças	Duração	3 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar e preencher as fichas de notificação de doenças.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Normas de Preenchimento do BES		
3	Normas de Preenchimento do BE-PS		
4	Normas de Preenchimento de Resumos de Internamento e Sistemas Paralelos de Vigilância Epidemiológica		
5	Lista de Anexos		

Material e Equipamento:

- Modelos dos formulários incluídos em anexo.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação dos equipamentos e materiais.

BLOCO 2: NORMAS DE PREENCHIMENTO DO BES

A descrição do sistema, sua importância, as doenças que são notificadas através dele bem como outras particularidades já foram referidas na aula teórica.

Cabe agora lembrar que BES é o sistema de notificação de doenças infecciosas e que deve ser utilizado por todas as unidades sanitárias do país. As doenças abrangidas por este sistema são chamadas de doenças de notificação obrigatória (DNO) e o formulário deve ser preenchido todas as semanas, de acordo com as normas que serão aqui tratadas.

A partir dos BESs são feitos resumos mensais, trimestrais e anuais das mesmas doenças.

Cada nível de diferenciação do sistema nacional de saúde vai fazendo a compilação dos BESs até chegar ao nível central, ou seja: os distritos juntam os BESs das suas USs e enviam às respectivas direcções provinciais e deste para o nível central.

2.1. Normas de preenchimento do BES:

2.1.1. Depois do registo das doenças nos livros de consultas de triagem ou de internamento, a primeira etapa é o preenchimento diário da **folha de contagem (Anexo 1)**. Esta actividade deve ser realizada por cada clínico que faz a consulta ou triagem ou pelos enfermeiros responsáveis por estes serviços.

2.1.2. Apenas devem ser notificados os **casos novos (c)** e os **óbitos (o)**.

2.1.3. Não devem fazer parte os doentes que vão às unidades sanitária para uma segunda consulta, ou seja, para uma consulta de seguimento.

2.1.4. Algumas doenças devem obedecer a certos critérios, como são:

- O sarampo deve ser notificado, diferenciando os grupos etários: **(a)** antes dos 9 meses (**sarampo pré-vacinal**), **(b)** dentro do grupo alvo de vacinação (9 a 23 meses) e **(c)** 24 meses e mais. No grupo alvo (9 a 23 meses) é necessário registar se a criança foi ou não vacinada. Quando não se sabe, deve ser considerada não vacinada.
- Os clínicos devem escrever no livro de registo a idade real das crianças dos 0 aos 4 anos, sendo em meses para as menores de 2 anos e depois disso em anos.
- O registo do tétano, também deve ser diferenciado em casos de: **(a)** recém-nascido (0-28 dias) e **(b)** outras idades.
- As diarreias devem distinguir os casos dos: **(a)** 0-4 anos, ou seja, o grupo etário de maior incidência de diarreias da infância, **(b)** 5-14 anos, que inclui a idade escolar e **(c)** maiores de 15 anos.

2.1.5. Se o resultado final do caso for a **morte do doente**, o **óbito** deve ser registado no próprio dia, mesmo que este caso já tenha sido notificado em semanas anteriores.

2.1.6. Transferência dentro da mesma US: o último serviço onde o doente foi atendido, é o responsável pela sua notificação.

2.1.7. No BES só são notificados os casos verdadeiros de PFA.

- 2.1.8.** Somam-se os casos e os óbitos nas diferentes folhas de contagem e preenchem-se os quadros correspondentes no BES da US - modelo SIS-CO3 (**Anexo 1**).
- 2.1.9.** Deve haver um responsável pelo preenchimento do BES e este deve se certificar de rever todos os dados do BES após o preenchimento.
- 2.1.10.** Depois do controle de qualidade e respectivas correções, deve-se completar o preenchimento do BES, que engloba o nome da US, do Distrito, datas da semana no canto superior direito, e **(iv)** o número da semana epidemiológica que permite identificar o BES.
- 2.1.11.** O envio deve ser feito à terça-feira. Como se pode ver, o impresso mod. SIS-CO3 tem dois BES na mesma folha. Assim, o primeiro deve ser enviado para o nível superior e o segundo arquivado como cópia, numa pasta na US.

Tabela 1. Escalões de Envio do BES

Postos de Saúde		
Centros de Saúde	⇒	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social/Direcção de Saúde da Cidade (Capitais Provinciais).
Hospitais Rurais		
<i>Hospitais Provinciais</i>	⇒	Direcção Provincial de Saúde/ Direcção de Saúde da Cidade (C. de Maputo)
<i>Hospitais Centrais</i>		
Cidade do Maputo, todas as Unidades Sanitárias de nível primário	⇒	<i>HG do qual depende a US</i>
<i>Hospital Central do Maputo</i>	⇒	Direcção de Saúde da Cidade (Centro de Profilaxia e Exames Médicos).

O BES deve ser imediatamente enviado ao escalão superior.

Por motivos logísticos, poderá não haver meios para enviar o BES para a sede distrital ou outro nível. Neste caso, o BES deve ser guardado e enviado na primeira oportunidade (exemplo: durante levantamento de medicamentos, salários, etc). **É importante que o BES seja enviado, mesmo com atraso.**

O BES da US deve ser **enviado Terça-feira** e, até **Sábado** deve dar entrada no nível ao qual se destina, por exemplo Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS). No respectivo nível, a sua **entrada** deve ser registada na folha de controle do BES colocando-se um **(X)** no quadro correspondendo à US e à semana epidemiológica.

O envio do BES ao Gabinete de Epidemiologia (MISAU) também deve ser feito à **terça-feira**; esta tarefa é de responsabilidade do Médico-Chefe **ou** do Chefe de Repartição de Saúde da Comunidade **ou** do responsável da Vigilância Epidemiológica.

Para os casos em que há atraso da entrega dos BESs, no lugar do **X** deve ser posto o número de semanas de atraso do envio. Exemplos no **Anexo 1**.

2.2. Retro-informação

Uma **cópia** dos Boletins (Mensais, Trimestrais e Anuais) deve ser enviada a cada um dos **Distritos** como **retro-informação**. Mas a retro-informação é mais que o simples regresso dos dados compilados ao nível precedente, por exemplo do nível provincial ao Distrital.

É importante que os Boletins sejam acompanhados de comentários sobre a situação epidemiológica da Província. Cópias da análise epidemiológica feita na DPS devem ser transmitidas aos Distritos, nem que seja um resumo de apenas uma ou duas páginas.

BLOCO 3: NORMAS DE PREENCHIMENTO DO BE-PS

- 3.1. O Boletim Epidemiológico das unidades sanitárias - postos sentinelas** é o instrumento de notificação que se usa para as doenças que fazem parte deste subsistema. Neste subsistema, participam apenas as Unidades Sanitárias consideradas Postos Sentinela, que normalmente notificam doenças que requerem pessoal mais qualificado e meios auxiliares de diagnóstico mais diferenciados. No nosso país essas unidades são os hospitais provinciais e centrais.
- 3.2.** As doenças a **notificar obrigatoriamente** pelos Postos Sentinela são: Difteria, Hepatite Infecciosa, Meningites, Mal de Pott, Tuberculose extra-Pulmonar, Tracoma, Febre Tifóide, Trauma e Hipertensão/Diabetes.
- 3.3.** Para além destas, inclui aquelas consideradas pela Organização Mundial de Saúde como sendo objecto de **vigilância internacional**, que são: Febre Recorrente, Tifo Epidémico, Brucelose e Febres Hemorrágicas (incluindo a Febre Amarela).
- 3.4.** Para além das doenças citadas, as unidades sanitárias podem notificar outras que considerarem importantes. O instrumento utilizado é o **MOD-SNS-EPID-71 (Anexo 2)** e deve ter uma periodicidade mensal.
- 3.5. Preenchimento:** não há uma regra especial para o seu preenchimento. Deve ser nomeado um médico ou outro profissional competente responsável pela recolha de dados e preenchimento.

BLOCO 4: NORMAS PARA O PREENCHIMENTO DE RESUMOS DE INTERNAMENTO E SISTEMAS PARALELOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Todos os outros casos são notificados através de resumos mensais de internamentos e outros específicos para as diferentes patologias e com periodicidades distintas. Trataremos aqui uma parte dos modelos, porque parte deles são preenchidos da mesma forma, apenas com diferenças em relação à periodicidade e o local onde devem ser preenchidos.

4.1. Resumos mensais de internamentos para Hospitais Gerais, Distritais e Rurais

4.1.1. Recolha e preenchimento nos Hospitais Gerais (HG), Hospitais Rurais (HR) e Hospitais Distritais (HD)

O preenchimento do resumo de internamento no MOD.SIS-DO4 (**Anexo 3**) deve ser feito pelo responsável da estatística do HD, HG ou HR, nomeado pelo Director do Hospital. Idealmente, é a mesma pessoa que também é responsável pelo BES e de toda a estatística do Hospital.

Este impresso é utilizado para recolher mensalmente os dados dos Livros de Registos de Internamento da Pediatria, Medicina, Cirurgia e outras enfermarias, excluindo a maternidade.

O impresso está dividido em quatro partes:

- **Parte superior:** refere-se ao **movimento** de internamento nas enfermarias de pediatria, medicina, cirurgia e outras (excluindo a Maternidade) – letra "**A**".
- **Parte central:** refere-se aos indicadores de mortalidade geral da US e das enfermarias de pediatria, medicina e cirurgia.
- **Parte inferior:** refere-se às tabelas à esquerda e no centro, ao número de **casos** e de **óbitos** para algumas doenças diagnosticadas na pediatria e na medicina – letra "**B**".
- **Parte inferior direita:** refere-se ao número de algumas **intervenções de grande cirurgia** pré-definidas e ao seu total – letra "**C**".

4.1.2. Modelo em anexo. (Anexo 3)

Para o preenchimento do formulário, as etapas a seguir são:

- Em primeiro lugar, preenche-se a parte superior, à direita: Província, Distrito, mês e ano.
- Tabela A: **movimento de internamento**
 - Na coluna (1): "Hospital Distrital, Geral ou Rural": preenche-se com o nome do referido Hospital.
 - Nas colunas (2), (3) e (4): "PEDIATRIA", "MEDICINA", "CIRURGIA": preenchem-se os espaços relativos à enfermaria de Pediatria, Medicina e Cirurgia, com os seguintes dados:
 - **Altas:** corresponde ao número total de doentes que tiveram alta em cada uma das enfermarias, durante o mês. É necessário incluir todos os doentes, mesmo aqueles que abandonaram, foram transferidos e/ou morreram. Devem também ser incluídos os doentes admitidos no mês anterior, mas que tiveram alta no mês corrente
 - **Óbitos:** corresponde ao total de falecimentos em cada enfermaria durante o mês em curso.
 - **Total de dias de internamento (dias de camas ocupadas):** corresponde à **soma** total dos dias de internamento de cada doente da enfermaria, durante o mês em curso, ou seja, aos dias em que as camas dum serviço estiveram ocupadas durante o período em análise.
 - A coluna (5) "**OUTRAS**" refere-se a outro tipo de camas que **não** estejam incluídas na pediatria, medicina, cirurgia e maternidade; por exemplo, as camas de isolamento.
 - Na coluna (6) "**total de transferências para outra US**": escreve-se o número total de doentes transferidos para outra Unidade Sanitária durante o mês ou o período em análise.
- Parte central (por baixo da tabela A), calcule:
 - Taxa de Mortalidade Geral, com ajuda da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de mortalidade geral} = \frac{\text{Total de óbitos na US}}{\text{Total de altas da US}} \times 100$$

Para o cálculo deste indicador devem ser **excluídos as altas e os óbitos da maternidade**.

- Taxa de Mortalidade por enfermaria (Pediatria, Medicina e Cirurgia), através da seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de mortalidade} = \frac{\text{Total de óbitos numa enfermaria}}{\text{Total de altas na mesma enfermaria}} \times 100$$

(numa enfermaria)

- Tabela B "**causas de internamento e óbito na pediatria e na medicina**":

Como os diagnósticos já estão listados na ficha, preenche-se apenas o número de altas e o número de óbitos determinados pelas doenças descritas entre os doentes que tiveram alta durante o mês, isto é:

- Recolhe-se do Livro de Registo de Internamento da Pediatria os casos (considerando apenas o **diagnóstico de alta**) e os **óbitos** determinados por diarreia, sarampo, malária, pneumonia, malnutrição, anemia e tuberculose;
- Recolhe-se do Livro de Registo de Internamento da Medicina os **casos** e os **óbitos** determinados por diarreia, tuberculose, malária, pneumonia e anemia; se não houver nenhum caso duma determinada doença, deve-se colocar um traço horizontal (-) no espaço correspondente.

Em relação aos espaços em aberto, ou seja, com diagnósticos a serem definidos:

- Preenchem-se as principais causas de óbitos entre os doentes que tiveram alta durante o mês, isto é, recolhe-se do Livro de Internamento da Pediatria e da Medicina as 3 principais causas de óbitos e notifica-se;
- Em seguida, preenche-se o número de altas relativas a essas causas de óbito.
- Posteriormente, calcula-se a Taxa de Letalidade por cada doença, existente na tabela, na coluna correspondente.
- A fórmula para o cálculo da taxa de letalidade é a seguinte:

$$\text{Taxa de letalidade} = \frac{\text{Nº de óbitos por uma determinada doença}}{\text{Nº de altas da mesma doença}} \times 100$$

- Tabela C: "**intervenções de grande cirurgia**"

Para preencher a tabela C é necessário recolher do Livro de Registo de Cirurgia o número de intervenções e os óbitos associados: **(i)** herniorrafia inguinal electiva, **(ii)** herniorrafia inguinal de urgência, **(iii)** laparotomia, cesariana electiva, **(iv)** cesariana de urgência, **(v)** histerectomia e **(vi)** laqueação.

- Na coluna das taxas de letalidade, escreva as taxas para cada uma das intervenções cirúrgicas. A fórmula é a seguinte:

$\text{Taxa de letalidade} = \frac{\text{Nº de óbitos por uma determinada intervenção}}{\text{Nº de intervenções do mesmo tipo}} \times 100$
--

- Na última linha da tabela, escreva o total de intervenções de grande cirurgia ocorridas durante o mês.

4.1.3. Resumos mensais de internamentos para centros e postos de saúde com internamento. A forma de preenchimento segue os mesmos passos que o modelo anterior, não há necessidade de repetir os passos em detalhe. O modelo que se utiliza é **SIS-DO3 (Anexo 3)**.

4.1.4. Boletins epidemiológicos dos sistemas paralelos de notificação. Fazem parte deste sistema a lepra, a tuberculose, o SIDA e as ITSs. Para cada uma há vários modelos diferentes para preencher de acordo com o local e a periodicidade de notificação. Assim, temos:

PARA LEPROSA – a notificação é trimestral, através do modelo PNCL (ELAL, **Anexo 5 e 6**), ao nível das unidades sanitárias que fazem tratamento com múltiplas drogas. O modelo, que será apresentado em anexo, contempla uma parte para o tratamento. A notificação dos casos da Lepra é trimestral, semestral e anual.

- **Normas para o preenchimento:**

- Preenche-se o cabeçalho (parte de cima): Unidade Sanitária, Distrito, Província.
- **LEMBRE-SE** que têm de ser incluídos nesta notificação somente os **doentes activos**, segundo o Manual da Lepra: Casos de lepra = doentes que apresentam sinais clínicos da doença e que requerem quimioterapia.
- **Não são incluídos os doentes com sequelas causadas pela lepra no passado.**
- **COLUNA 1:** preenche-se o número de doentes em tratamento antileprotico no início do trimestre, subdivididos **(i)** em terapêutica de multidrogas (TMD) para paucibacilares (PB) e **(ii)** TMD para multibacilares (MB).
 - Note que estes números são os mesmos que devem constar na coluna 4 do trimestre anterior.
- **COLUNA 2A (novos casos):** coloca-se a soma dos novos casos descobertos e que foram submetidos ao tratamento durante o trimestre, subdivididos pelo tipo de tratamento aplicado.
- **COLUNA 2B (Recaídas):** colocam-se os casos que completaram o tratamento com TMD e, tenham recebido oficialmente alta, mas que estão afectados por um síndrome activo e voltam à US para receber tratamento.
- **COLUNA 2C (transferidos):** coloca-se os doentes transferidos de outro serviço onde já estavam em tratamento.
- **COLUNA 2D (reentrados):** coloca-se doentes **(a)** anteriormente declarados fora de controlo por terem abandonado o tratamento e regressam à US, **(b)** antigos que iniciam o

TMD, **(c)** que mudaram de tratamento, **(d)** que se apresentam sem guia de transferência ou **(e)** cujo processo individual tenha sido extraviado.

- **COLUNA 3A (alta de tratamento):** enumera-se os doentes que tiveram alta de tratamento e que foram mantidos em observação.
- **COLUNA 3B (abandonos):** coloca-se os doentes que se ausentaram por uma das seguintes razões: **(a)** deixaram definitivamente a zona, sem solicitar a sua transferência, **(b)** extravio de informação respectiva ou **(c)** sem nenhuma frequência.
- **COLUNA 3C (falecidos):** enumera-se os doentes falecidos durante o trimestre.
- **COLUNA 3D (transferidos):** enumera-se os doentes transferidos para outra Unidade Sanitária, com guia de transferência.
- **COLUNA 3E (outros):** são todos os outros casos: **(a)** registo em duplicado, **(b)** diagnóstico sem confirmação, **(c)** mudança de tratamento.
- **COLUNA 4 (em tratamento no fim do trimestre):** coloca-se os doentes que permanecem em tratamento até final do trimestre.

Tem que corresponder às colunas:

$$1 + 2A + 2B + 2C + 2D - 3A - 3B - 3C - 3D - 3E.$$

Relativamente aos novos doentes, deve-se completar as colunas 5A e 5B.

- **COLUNA 5A:** enumera-se os novos doentes que apresentam deformidades do grau 2 (ver manual da Lepra).
- **COLUNA 5B:** enumera-se os novos doentes de idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

PARA TUBERCULOSE – a notificação é feita trimestralmente tanto pelas unidades assim como ao nível provincial. O modelo que se utiliza é **Mod. PNCTL 7 (Anexo 4)**. Os dados são obtidos dos livros de registo de todas as unidades sanitárias. Trimestralmente o supervisor distrital da TB recolhe os registos das diferentes unidades. A ficha serve para os novos casos e os retratamentos.

Preenchimento:

- No **canto superior esquerdo**, deve-se indicar o nome da US que notifica, o distrito a que pertence e o nome do supervisor distrital que recolhe a informação.
- No **canto superior direito**, deve registar o número total de casos do trimestre, ou seja, o número de casos novos e de retratamento.
- A **parte central** diz respeito à notificação dos casos de tuberculose **(a)** segundo o resultado da baciloscopia, **(b)** da localização da lesão e **(c)** dos casos considerados como sendo recaídas.
- Para os casos de tuberculose com **baciloscopia negativa**, considera-se aquele cuja baciloscopia foi de facto negativa e inclui as **crianças** que normalmente são diagnosticadas tuberculose clinicamente ou radiologicamente sem o exame da baciloscopia (porque a maior parte delas não expectoram).
- O registo dos **casos extra pulmonares** inclui todas as formas extra pulmonares tanto em adultos como em crianças.

- Note que para estas situações (casos novos BK positivos, BK negativos, TB extra pulmonar), o registo deve incluir somente 2 grupos etários: < **de 15** e **≥ de 15 anos**.
- Em relação aos doentes com **recaídas** a notificação **abrange apenas os casos que se apresentam com baciloscopia positiva** e regista-se somente o número total de recaídas.
- Para os casos considerados como **falência terapêutica** incluem-se todos aqueles que com baciloscopia positiva no mês zero, iniciaram o tratamento com EHRZ mas ao **5º mês ou mais**, a **baciloscopia continua positiva**.
- Casos de Tuberculose são notificados como abandono, se faltarem ou não aparecem na Unidade Sanitária para dar continuidade ao seu tratamento por um período igual ou superior a dois (2) ou mais meses. Estes doentes quando retornam á US, são feitos a baciloscopia para a monitorização de tratamento e são submetidos ao regime de retratamento.
- Quanto aos doentes transferidos, devem ser divididos em 2 grupos:
 - Doentes que vieram de outras US
 - Doentes que continuaram a ser seguidos noutras US; para estes casos também só devem ser registados os totais de casos, independentemente da idade e do sexo.

PARA AS ITSS – a notificação é mensal e apresenta diferenças entre os níveis: primário e secundário; terciário e quaternário. Todas as fichas encontram-se no **Anexo 7**.

Sub-sistema de Notificação Mensal das ITS para os níveis Primário e Secundário (Postos e Centros de Saúde e Hospitais Rurais) através da abordagem sindrómica.

Sub-sistema de Notificação Mensal das ITS para os níveis Terciário e Quaternário (Hospitais Provinciais e Centrais) através da abordagem etiológica.

Sub-sistema de Notificação Mensal das ITS para os níveis Primário e Secundário. O sub-sistema compreende:

- O livro de registo das ITS para a abordagem sindrómica
- Ficha de Notificação Mensal dos casos de ITS no sector de atendimento:
 - Consulta de SMI (**Ficha I**)
 - Triagem (**Ficha II**)
- Ficha Resumo de Notificação Mensal dos casos de ITS para a Unidade Sanitária (**Ficha III**)
- Ficha Resumo de Notificação Mensal dos casos de ITS para o nível Distrital (**Ficha IV**)
- Ficha Resumo de Notificação Mensal dos casos de ITS para o nível Provincial (**Ficha V**)

Sub-sistema de Notificação Mensal das ITS para os níveis Terciário e Quaternário

O sub-sistema compreende:

- O livro de registo das ITS para abordagem etiológica
- Ficha Resumo de Notificação Mensal dos casos de ITS para o Hospital Provincial e Central (**Ficha VI**)

Para o nível Central deve ser enviado mensalmente, um relatório com análise narrativa dos seguintes indicadores:

- Taxas de Incidência dos corrimentos uretrais por Distrito/Província
- Percentagens de contactos controlados por Distrito/Província
- Taxas de Incidência por grupos de idade por Distrito/Província
- Frequência das ITS por sexo por Distrito/Província (abordagem etiológica e sindrómica)
- Frequência de Grávidas com RPR positivo por Distrito/Província
- Frequência de Grávidas com RPR positivo tratadas por Distrito/Província

PARA SIDA – este modelo será abordado na disciplina de Avaliação e Manejo dos Doentes com HIV e SIDA, do 3º Semestre.

BLOCO 5: LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Contagem (MOD.SIS-CO2 e MOD.SIS-CO3)

Anexo 2: Registo de outras Doenças (SNS-EPID-71)

Anexo 3: Resumo de Internamento (MOD.SIS-DO4 e MOD.SIS-DO3)

Anexo 4: Notificação Trimestral de casos Novos e Retratamento de Tuberculose (PNCTL 7)

Anexo 5: Notificação Trimestral dos Doentes de Lepra por Unidades Sanitárias

Anexo 6: Notificação Trimestral dos Doentes de Lepra e Mapa Trimestral de Medicamentos

Anexo 7: Registo dos casos de DTS

Anexo 1

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Mod. SIS-C02

FICHA DE CONTAGEM DE NOVOS CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA (SEMANAL)

SEMANA: ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____

IDADE	DIARREIA	
	C	O
0 - 4 ANOS		
5 - 14 ANOS		
15 ANOS E MAIS		

C = Casos

O = Óbitos

IDADE	SARAMPO	
	C	O
menos de 9 MESES		
0 - 23 MESES (VAC.)		
0 - 23 MESES (NÃO VAC.)		
24 MESES E MAIS		

TÉTANO			
RECÉM NASCIDOS		OUTRAS IDADES	
C	O	C	O

TOSSE CONVULSA	
C	O

POLIOMIELITE	
C	O

RAIVA	
C	O

DISENTERIA	
C	O

CÓLERA	
C	O

POLIOMIELITE	
C	O

PESTE	
C	O

Anexo 1

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Mod. SIS-C03

DISTRITO _____

UNIDADE SANITÁRIA _____

SEMANA ____/____ A ____/____

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL	Nº
--------------------------------	----

SARAMPO 055								TÉTANO 037		136		045		051	
Menos de 9 meses		9-23 meses				24 meses e mais		Recém nascidos	Outras idades	Meningites		PFA/ POLIO		RAIVA	
		Não vacinados		Vacinados						0-15 anos	Mais de 15 anos				
C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O

DIARREIAS 099						009, 2		001		MALÁRIA 084						020	
0-4 anos		5-14 anos		15 e mais		DESINTERIA		CÓLERA		0-4		5-14		15 e mais		PESTE	
C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O

C = Casos
O = Óbitos
.....= Sem informação
- =Sem casos

Anexo 2

Exemplo do modelo - SNS-EPID-71

DOENÇAS		TOTAL		TOTAL DESDE O INÍCIO DO ANO	
		C	O	C	O
POLIOMIELITE		-	-	-	-
DIFTERIA		-	-	-	-
HAPATITE INFECCIOSA		-	-	-	-
MENINGITE	MENINGOCÓCICA	1	1	21	2
	OUTRAS FORMAS	-	-	-	-
TUBERCULOSE EXTRA PULMONAR	MAL DE POTT	3	-	30	8
	OUTRAS FORMAS	2	-	2	-
TRACOMA		48	-	348	-
FEBRE TIFOÍDE		-	-	2	-

POSTO SENTINELA - MÊS DE OUTUBRO 1992; C - casos; O - óbitos.

Anexo 3

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
MOD. SIS-D04

PROVÍNCIA _____ DISTRITO _____
PERÍODO _____ ANO _____

RESUMO DE INTERNAMENTOS PARA HOSPITAIS RURAIS/GERAIS/DISTRITAIS

MOVIMENTO DE INTERNAMENTO

(1) HOSPITAL RURAL/GERAL/ DISTRITAL	(2) PEDIATRIA			(3) MEDICINA			(4) CIRURGIA			(5) OUTRA (EXCL. MAT.)			(6) TOTAL DE TRANS. PARA OUTRA U.S.
	ALTAS	ÓBITOS	TOTAL DIAS DE INTER- NAMENTO	ALTAS	ÓBITOS	TOTAL DIAS DE INTER- NAMENTO	ALTAS	ÓBITOS	TOTAL DIAS DE INTERNA- MENTO	ALTAS	ÓBITOS	TOTAL DIAS DE INTERNAM ENTO	

(7) Taxa de Mortalidade = $\frac{\text{Total Óbitos}}{\text{Total Altas}}$ x 100 =

%

Geral Intrahospitalar

(8) Taxa de Mortalidade = $\frac{\text{Total Óbitos}}{\text{Total Altas}}$ x 100 =

%

Pediatria

(9) Taxa de Mortalidade = $\frac{\text{Total Óbitos}}{\text{Total Altas}}$ x 100 =

Medicina

(10) Taxa de Mortalidade = $\frac{\text{Total Óbitos}}{\text{Total Altas}}$ x 100 =

%

Cirurgia

B) CAUSAS DE INTERNAMENTO E ÓBITO
PEDIATRIA

CAUSA	ALTAS	ÓBITOS	TAXA DE LETALIDADE
Diarreia			
Sarampo			
Malária Confirmada			
Pneumonia			
Malnutrição			
Anemia			
Tuberculose			

MEDICINA

CAUSA	ALTAS	ÓBITOS	TAXA DE LETALIDADE
Diarreia			
Tuberculose			
Malária Confirmada			
Anemia			

C) INTERVENÇÃO DE
GRANDE CIRURGIA

INTERVENÇÕES	Nº DE INTERVENÇÕES	ÓBITOS	TAXA DE LETALIDADE
Herniografia Inguin. Eletiva			
Herniorrafia Inguin. Urgência			
Laparotomia Cesariana Eletiva			
Cesariana Urgência			
Histectomia			
Laqueação			
TOTAL INTERVENÇÕES DE GRANDE CIRURGIA			

Anexo 3

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Mod. SIS-D03

DISTRITO: _____
U.S.: _____
MÊS: _____ ANO: _____

RESUMO MENSAL DE INTERNAMENTOS PARA CENTROS E POSTOS DE SAÚDE

A - MOVIMENTO DE INTERNAMENTO

(1) UNIDADE SANITÁRIA	(2) PEDIATRIA			(3) OUTRAS		
	ALTAS	ÓBITOS	TOTAL DIAS DE INTERNA- MENTOS	ALTAS	ÓBITOS	TOTAL DIAS DE INTERNA- MENTOS
TOTAL						

(4) Taxa de Mortalidade = $\frac{\text{Total óbitos}}{\text{Geral Intra-Hosp} \times \text{Total Altas}} \times 100 =$

%

x 100 =

B. CAUSAS DE INTERNAMENTO E ÓBITOS

(5) CAUSAS	(6) ALTAS	(7) ÓBITOS	(8) TAXAS DE LETALIDADE
Diarreia			
Sarampo			
Malária			
Pneumonia			
Malnutrição			
Anemia			
Tuberculose			

Taxa de letalidade = Nº de óbitos por uma

determinada doença x 100

Nº de altas da mesma doença

Anexo 4

PNCTL 7 A		Notificação Trimestral de Caos Novos e Retratamentos de Turberculose																						
		Resumo Provincial _____										Nome do SPE _____												
		Casos registados durante o <input type="text"/> trimestre do Ano <input type="text"/>										Data da Preparação desta Notificação: <input type="text"/>												
CASOS NOTIFICADOS		DISTRITO																				TOTAL PROVINCIAL		
			Casos novos	< 15 a																				
			BK POSITIVO	= 15 A																				
				Subtotal																				
			BK NEGATIVO	< 15 a																				
				= 15 A																				
			TEP	< 15 a																				
				= 15 A																				
			Recaídas BK positivo																					
			Falência Terapêutica																					
Tra. Após Aband. BK+																								
Total Geral																								
Obs:																								

Anexo 4

REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE							
MINISTÉRIO DA SAÚDE		DA TUBERCULOSE E LEPRO	PNCTL 7						
Notificação trimestral de casos novos e retratamento de Tuberculose		Casos registados durante o <div></div> trimestre do ano <div></div>							
NOME DA UNIDADE SANITÁRIA: _____		DATA DA PREPARAÇÃO DESTA NOTIFICAÇÃO: ____ / ____ / ____							
DISTRITO: _____									
NOME DO RDE DO PNCTL: _____									
TUBERCULOSE PULMONAR									
CASOS NOVOS COM BACILOSCOPIA POSITIVA		<table><tr><td><15 ANOS</td><td>>15 ANOS</td><td>TOTAL</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		<15 ANOS	>15 ANOS	TOTAL			
<15 ANOS	>15 ANOS	TOTAL							
CASOS NOVOS COM BACILOSCOPIA NEGATIVA		<table><tr><td><15 ANOS</td><td>>15 ANOS</td><td>TOTAL</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		<15 ANOS	>15 ANOS	TOTAL			
<15 ANOS	>15 ANOS	TOTAL							
Estão incluídas neste tabela os casos novos de crianças e adultos com Baciloscopia negativa e casos de crianças que não fizeram Baciloscopia. (Todos os adultos devem fazer Baciloscopia)									
CASOS NOVOS EXTRA-PULMONAR		<table><tr><td><15 ANOS</td><td>>15 ANOS</td><td>TOTAL</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		<15 ANOS	>15 ANOS	TOTAL			
<15 ANOS	>15 ANOS	TOTAL							
Estão incluídas todas as formas Extra-pulmonar de crianças e adultos registados.									
RECAÍDAS COM BACILOSCOPIA POSITIVA		<table><tr><td>TOTAL</td></tr><tr><td></td></tr></table>		TOTAL					
TOTAL									
Estão incluídos apenas os casos de recaídas com Baciloscopia Positiva.									
FALÊNCIA TERAPÊUTICA		<table><tr><td>TOTAL</td></tr><tr><td></td></tr></table>		TOTAL					
TOTAL									
Casos que iniciaram o tratamento EHRZ com Baciloscopia Positiva ao zero mês e registaram novamente BK+ no 5º mês ou mais tarde.									
TRATAMENTOS APÓS ABANDONO COM BACILOSCOPIA POSITIVA		<table><tr><td>TOTAL</td></tr><tr><td></td></tr></table>		TOTAL					
TOTAL									
Estão incluídos todos casos de (TRA) apenas com Baciloscopia Positiva.									
DOENTE TRANSFERIDO		<table><tr><td>TOTAL</td></tr><tr><td></td></tr></table>		TOTAL					
TOTAL									
Doente que foi transferido dum Distrito ou área de saúde para outra.		ENTRADOS							
		SAÍDOS							
1º Trimestre Janeiro, Fevereiro, Março									
2º Trimestre Abril, Maio, Junho									
3º Trimestre Julho, Agosto, Setembro									
4º Trimestre Setembro, Outubro, Novembro									

Anexo 5



REPÚBLICA DE
MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ESTRATÉGIA DE LUTA ANTILEPRA

ELAL

PROVÍNCIA DE _____ DISTRITO DE _____
UNIDADE SANITÁRIA _____

NOTIFICAÇÃO TRIMESTRAL DOS DOENTES DE LEPRO POR UNIDADES SANITÁRIAS

_____ TRIMESTRE DE _____

Em tratamento no início do semestre		2 ENTRADOS				3 SAÍDOS					4	5 NOVOS	
		A	B	C	D	A	B	C	D	E	PERM	A	B
		Novos casos	Recal- dos	Transfe- ridos	Reen- trados	Alta Trata- mento	Abando- nos	Faleci- dos	Transfe- ridos	Outros	Permane- cem em tra- tamento no fim do semestre	DEFORMI- DADE GRU Máx. 2	0-14 ANOS
TMD	PB												
	MB												
TOTAL													

MEDICAMENTOS

	Nº de comprimidos ou carteiras que permanecem no stock no fim do trimestre	Data de expiração	Quantidade requisitada para o trimestre a seguir
CLOFAZIMINA 100 mg			
CARTEIRAS PREDNISOLONA			
PREDNISOLONA 5 mg			
CARTEIRAS PB - ADULTOS			
CARTEIRAS PB – CRIANÇAS			
CARTEIRAS MB – CRIANÇAS			

Data de preparação desta informação _____ / _____ / _____

Assinatura _____

Anexo 6



REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ELAL

ESTRATÉGIA DE
LUTA ANTILEPRA

PROVÍNCIA DE _____

NOTIFICAÇÃO TRIMESTRAL DOS DOENTES DE LEPRO
E MAPA TRIMESTRAL DE MEDICAMENTOS

	EXISTENTE NO INÍCIO DO TRIMESTRE	RECEBIDO DURANTE O TRIMESTRE	TOTAL DISPONÍVEL	DISTRIBUIDO DURANTE O TRIMESTRE	SALDO NO FIM DO TRIMESTRE	PRAZO DE VALIDADE	Nº DE DISTRITOS QUE TIVERAM RUPTURA DE STOCK	ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES PARA O TRIMESTRE SEGUINTE
RIFAMPICINA 300 mg								
CLOFAZIMINA 100 mg								
DAPSONA 100mg								
PREDNISOLONA 5 mg								
PREDNISOLONA 5 mg								
CARTEIRAS PB - ADULTOS								
CARTEIRAS PB - CRIANÇAS								
CARTEIRAS MB - CRIANÇAS								

(DATA DE PREPARAÇÃO DESTA INFORMAÇÃO)

ASSINATURA

Anexo 6ESTRATÉGIA DE LUTA
ANTILEPRA**ELAL**

Província de _____

NOTIFICAÇÃO ANUAL DOS DOENTES DE LEPRO

Ano de _____

TOTAIS

POPULAÇÃO	População	
TOTAL GERAL INICIO	TOTAL GERAL doentes em tratamento NO INICIO do ano -total coluna 1 PB - total coluna 1 MB	
TOTAL TMD INICIO	TOTAL DOENTES EM TRATAMENTO TMD (=Total da coluna 1PB - total coluna 1MB)	
TOTAL NOVOS	TOTAL NOVOS CASOS (Total coluna 2A PB + total coluna 1 MB)	
TOTAL TMD ENTRADOS	TOTAL DOENTES ENTRADOS EM TMD (=Total da coluna 2A + 2B - 2C + 2D das paginas PB e MB)	
TOTAL TMD ALTA	TOTAL DOENTES TMD EM ALTA DE TRATAMENTO (=Total da coluna 3A PB + total da coluna 3A MB)	
TOTAL TMD ABANDONOS	TOTAL DE ABANDONOS DA TMD (=Total da coluna 3B PB + total da coluna 3B MB)	
TOTAL TMD SAÍDOS	TOTAL DOENTES TMD SAÍDOS (=Total das colunas 3A + 3B + 3C + 3D + 3E das paginas PB e MB)	
TOTAL GERAL FIM	TOTAL DOENTES em tratamento NO FIM do ano (Total da coluna 4PB + total coluna 4MB)	
TOTAL TMD FIM	TOTAL DOENTES EM TMD NO FIM do ano (=Total da coluna 4PB + total da 4MB)	
TOTAL DEFORMADOS	NOVOS DOENTES COM DEFORMIDADES de grau 2 (=Total da coluna 5A PB + total coluna 5A MB)	
TOTAL 0-14	NOVOS DOENTES de 0-14 ANOS (=Total da coluna 5B PB + total da coluna 5B MB)	

INDICADORES

TAXA DE DETECÇÃO	(TOTAL NOVOS; POPULAÇÃO) x 100.000	
TAXA DE PREVALÊNCIA	(TOTAL GERAL FIM; POPULAÇÃO) x 1.000	
% DE CASOS EM TMD	(TOTAL TMD FIM; TOTAL GERAL FIM) x 100	
% NOVOS COM DEFORMAÇÕES	(TOTAL DEFORM; TOTAL NOVOS) x 100	
% NOVOS DE 0-14	(TOTAL 0-14; TOTAL NOVOS) x 100	
% CASOS TDM EM ALTA	(TOTAL TMD ALTA; TOTAL TMD SAÍDOS) x 100	
% DE ABANDONO DA TDM	TOTAL TMD ABAND.; (TOTAL TMD INICIO + TOTAL TMD ENTR.) x 100	

(Lugar)

(Data)

(Assinatura)

5 NOVOS																																
A	DEFORMIDADE GRAU 2																															
B	0-4 ANOS																															

REGISTO DIÁRIO DOS CASOS DE DTS ATENDIDOS NAS CONSULTAS DE TRIAGEM . MEDICINA E SMI - ABORDAGEM SINDROMICA -

[illegible]

DNS-DEE-PNC DTS/SIDA
FICHA I - RESUMO DE NOTIFICAÇÃO MENSAL DE CASOS DTS
PARA AS CONSULTAS DE SMI

Unidade Sanitária : _____ Distrito : _____
 Província : _____ Mês : _____ Ano : _____

Grupo etário	Leucorreias	Úlceras genitais	TOTAL
	Feminino	Feminino	
< 15 anos			
15 - 19 anos			
≥ 20 anos			
TOTAL			

Número de Contactos atendidos nas Consultas	
TOTAL DE MULHERES ATENDIDAS NA CONSULTA DE SMI (Pré - Natal e Planeamento Familiar)	

Nas Consultas pré-natais	Número
Grávidas atendidas na 1ª consulta	
Grávidas com resultados do RPR (Positivos e Negativos)	
Grávidas com RPR positivo	

Número de novos casos de Conjuntivite do RN	
Número de novos casos de Sífilis Congénita	

Anexo 7

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DNS-DEE-PNC DTS/SIDA

**FICHA II - RESUMO DE NOTIFICAÇÃO MENSAL DE CASOS DTS
PARA A TRIAGEM DE MEDICINA E CONSULTAS MÉDICAS**

Unidade Sanitária : _____ Distrito : _____
Província : _____ Mês : _____ Ano : _____

Grupo etário	Corrimentos Uretrais	Leucorreias	Úlceras genitais		TOTAL
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
< 15 anos					
15 - 19 anos					
≥ 20 anos					
TOTAL					

Número de Contactos atendidos nas Consultas	
TOTAL DE ADULTOS ATENDIDOS NAS CONSULTAS	

Nome do funcionário que preencheu a ficha : _____

Responsabilidade: _____

Data de preenchimento : __/__/__

Dia Mês Ano

Anexo 7**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DNS-DEE-PNC DTS/SIDA****FICHA III - RESUMO DE NOTIFICAÇÃO MENSAL DE CASOS DTS
PARA A UNIDADE SANITÁRIA**

Unidade Sanitária: _____ Distrito: _____
Província: _____ Mês: _____

Cobertura de Informação colhida:

Fichas de Consulta de:	Com Informação		Completa	
	Sim	Ano	Sim	Ano
TRIAGEM				
SMI(Pré-Natal e Planeamento Familiar)				

Somatório dos dados das Fichas Resumo das Consultas de Triagem e SMI e Medicina:

Grupo etário	Corrimentos Uretrais	Leucorreias	Úlceras genitais		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
< 15 anos					
15 - 19 anos					
= 20 anos					
TOTAL					

Anexo 7

Somatório das Fichas Resumo das Consultas de Triagem, SMI e Medicina:

Números de Contactos nas Consultas de Triagem (a)	
Números de Contactos nas Consultas de SMI (b)	
Total de Contactos atendidos nas Consultas (a+b)	
Numero de Adultos atendidos nas Consultas de Triagem (c)	
Numero de Mulheres atendidas nas Consultas de SMI (pré-natal e Planeamento Familiar) (d)	
Total de Pessoas atendidos nas Consultas (c+d)	

Nas Consultas pré-natais	Numero
Gravidas atendidas na 1a consulta	
Gravidas com resultados do RPR (Positivos e Negativos)	
Gravidas com RPR positivo	

Número de novos casos de Conjuntivite do RN	
Número de novos casos de Sífilis Congénita	

Nome do funcionário que preencheu a ficha: _____

Responsabilidade: _____

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____
Dia Mês Ano

Anexo 7

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DNS-DEE-PNC DTS/SIDA

FICHA IV - RESUMO DE NOTIFICAÇÃO MENSAL DE CASOS DTS
PARA O NÍVEL DISTRITAL

Distrito: _____ Província: _____ Mês: _____

Cobertura de Informação colhida:

[illegible]

Somatório dos dados das Fichas Resumo das Consultas de Triagem, Medicina e SMI dos Postos e Centros de Saúde e Hospitais Rurais:

Grupo etário	Corrimentos Uretrais	Leucorreias	Úlceras genitais		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
< 15 anos					
15 - 19 anos					
= 20 anos					
TOTAL					

Anexo 7

Somatório dos dados das Fichas Resumo das Consultas de Triagem, Medicina e SMI das Unidades Sanitárias :

Número de Contactos nas Consulta de Triagem (a)	
Número de Contactos nas Consulta de SMI (b)	
Total de Contactos atendidos nas Consultas (a+b)	
Número de Adultos atendidos nas Consultas Triagem (c)	
Número de Mulheres atendidas nas Consultas de SMI (Pré-Natal e Planeamento Familiar) (d)	
Total de Pessoas atendidas nas Consultas (c+d)	

Nas Consultas pré-natais	Número
Grávidas atendidas na 1ª consulta	
Grávidas com resultados do RPR (Positivos e Negativos)	
Grávidas com RPR positivo	

Número de novos casos de Conjuntivite do RN	
Número de novos casos de Sífilis Congénita	

Nome do funcionário que preencheu a ficha : _____

Responsabilidade: _____

Data de preenchimento : ____/____/____
Dia Mês Ano

Anexo 7

FICHA V - RESUMO DE NOTIFICAÇÃO MENSAL PARA O NÍVEL PROVINCIAL

Província: _____ Mês: _____

Cobertura de Informação colhida:

[illegible]

Somatório dos dados dos Distritos:

Grupo etário	Corrimentos Uretrais	Leucorreias	Úlceras genitais		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
< 15 anos					
15 - 19 anos					
= 20 anos					
TOTAL					

Anexo 7

Somatório dos dados dos Distritos:

Números de Contactos nas Consultas de Triagem (a)	
Números de Contactos nas Consultas de SMI (b)	
Total de Contactos atendidos nas Consultas (a+b)	
Numero de Adultos atendidos nas Consultas de Triagem (c)	
Numero de Mulheres atendidas nas Consultas de SMI (pré-natal e Planeamento Familiar) (d)	
Total de Pessoas atendidas nas Consultas (c+d)	

Nas Consultas pré-natais	Numero
Gravidas atendidas na 1a consulta	
Gravidas com resultados do RPR (Positivos e Negativos)	
Gravidas com RPR positivo	

Número de novos casos de Conjuntivite do RN	
Número de novos casos de Sífilis Congénita	

Nome do funcionário que preencheu a ficha: _____

Responsabilidade: _____

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____
Dia Mês Ano

Anexo 7

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DNS-DEE-PNC DTS / SIDA

Ficha VI - Resumo de Notificação Mensal para o Hospital Provincial/Central

HOSPITAL: _____ Província: _____ Mês: _____ Ano: _____

SINDROME/DOENÇA			1a Visita			2a Visita		
			< 15 anos	15-19 anos	= 20 anos	< 15 anos	15-19 anos	= 20 anos
1. CORRIMENTO URETRAL	Gonorreia							
	U.N.G.							
	Sem Diagnostico Laboratorial							
	TOTAL							
2. LEUCORREIA	Tricomoniase							
	Candidiase							
	Clamidiase							
	Gonorreia							
	Sem Diagnostico Laboratorial							
	TOTAL							
3. Doença Inflamatória Pélvica								
4. Escroto Inchado								
5. Conjuntivite do RN								
6. Sífilis Congénita								
7. ULCERAS GENITAIS	Sífilis	H						
		M						
	Herpes Genital	H						
		M						
	Cancroide	H						
		M						
	Outras Causas	H						
		M						
	TOTAL	H						
		M						

Anexo 7

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DNS-DEE-PNC DTS / SIDA

Ficha VI - Resumo de Notificação Mensal para o Hospital Provincial/Central

HOSPITAL: _____ Província: _____ Mês: _____ Ano: _____

CONTINUAÇÃO

SINDROME/DOENÇA		1a Visita			2a Visita		
		< 15 anos	15-19 anos	= 20 anos	< 15 anos	15-19 anos	= 20 anos
8. BUBÃO OU LGV	H						
	M						
9. CONDILOMA ACUMINADO	H						
	M						
10. Balanite							
11. OUTRAS DTS	H						
	M						

12. Doentes examinados: Homens _____
Mulheres _____
TOTAL _____

13. Controle de Contactos: Homens _____
Mulheres _____
TOTAL _____

14. Total de casos de Reinfecção: _____
(1a consulta)

Nome do funcionário que preencheu a ficha: _____

Responsabilidade: _____

Data de preenchimento: ____ / ____ / ____
Dia Mês Ano

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	13
Tópico	Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Deteção e Gestão de Surtos no Distrito: 1ª Parte	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir surto e epidemia.
2. Descrever como os surtos podem ser detectados (ou quando se deve suspeitar de um surto).
3. Descrever e executar os passos da investigação e do controlo de um surto:
 - a. Explicar como verificar a existência de um surto;
 - b. Descrever o processo de notificação da doença;
 - c. Descrever o processo de notificação às autoridades locais, incluindo a pessoa que deve ser notificada e a informação a ser transmitida;
 - d. Procurar casos e fazer um registo de doentes.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Investigação e Manejo de Surtos - Generalidades		
3	Quando Devemos Suspeitar de um Surto? Os Primeiros Passos quando Há Suspeita de um Surto.		
4	Investigação de um Surto (ou de uma Epidemia)		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

- Ficha de Investigação de Caso de Sarampo;
- Formatos dos relatórios de investigação de surtos/epidemias.

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:**Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):**

Barreto A, Gujral L, Matos CS; MISAU. Manual de vigilância epidemiológica, Vol. I –

Interpretação e acção. 3ª edição. Gabinete de Epidemiologia; 2003.

Barreto A, Gujral L, Matos CS; MISAU. Manual de tratamento e prevenção da disenteria epidêmica causada por SdI. 2ª edição. Gabinete de Epidemiologia; 2004.

Gregg, MB (editor). Epidemiologia no campo (Field epidemiology). 2 Edição. Oxford University Press; 2002.

Koepsell TD, Weiss NS. Métodos epidemiológicos: estudando a ocorrência de doenças (Epidemiologic methods: studying the occurrence of illness). Oxford University Press; 2003.

Last JM. Dicionário de epidemiologia (Dictionary of epidemiology). 4 Edição. Oxford University Press; 2001.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INVESTIGAÇÃO E MANEJO DE SURTOS - GENERALIDADES

Às vezes ocorre um aumento inesperado de uma doença num determinado local ou distrito aonde o clínico trabalha. Também pode ocorrer dentro da unidade sanitária ou dentro duma outra instituição como numa escola, quartel ou cadeia. Quando isto acontece fala-se de um surto.

2.1. Epidemia

É a ocorrência em uma comunidade ou região de casos de natureza semelhante, claramente excessiva em relação ao esperado. . Uma epidemia envolve grande número de pessoas afectadas ou extensas áreas geográficas (cidade, distrito, província, país, região). Um exemplo duma epidemia foi a Gripe Aviária A H1N1 que afectou México, os E.U., e finalmente o mundo.

2.2. Surto

É definido como um aumento localizado de casos duma determinada doença em relação ao número esperado numa área limitada. Tipicamente um surto é limitado a um bairro, vila aldeia, instituição (como escola, unidade sanitária etc.) Em outras palavras, um surto é uma pequena epidemia restrita a uma área limitada.

As definições dum surto e duma epidemia são muito parecidas, mas muitos epidemiologistas preferem a palavra surto para evitar provocar pânico na população.

O número de casos que determina um surto ou epidemia varia dependendo da doença/agente, do tipo e tamanho da população em risco, existência prévia da doença na população e o tempo e o local da ocorrência. A indicação é relativa ao esperado.

Por exemplo: Um único caso ou 2 casos duma doença que não existe normalmente na população; 1 único caso de ébola seria considerado um surto com necessidade de investigação. O mesmo é aplicável para 1 caso de meningite meningocócica.

Por outro lado, oscilações endémicas (oscilações da incidência duma doença endémica previstas – exemplo: aumentos e reduções ligados a épocas) geralmente não são consideradas surtos. Exemplo: Um aumento de malária em Nampula no tempo chuvoso é uma situação esperada e normalmente não será considerado um surto.

2.3. Porquê investigar surtos?

A investigação de surtos pode ter vários motivos:

- Identificar o patógeno e a sua fonte/meio de transmissão para:
 - Limitar o alcance, a propagação ou a severidade do problema de saúde. Os efeitos podem ser limitados ou reduzidos através de intervenções como tratamento rápido de casos, métodos de prevenção de transmissão, profilaxia, remoção duma fonte de infecção e outros.
 - Prevenir futuros surtos.
- Identificar novos meios de transmissão;
- Identificar novos patógenos ou patógenos que normalmente não existem num determinado local;

- Monitorar o sucesso de programas de prevenção de doenças;
- Formar investigadores de surtos.

2.4. Responsabilidades do TM na suspeita e investigação de surtos

Fornecedores de serviços curativos como os TM muitas vezes são a primeira linha na suspeita e na confirmação da ocorrência de surtos. Frequentemente lidam com a investigação inicial do surto, e sempre são agentes fundamentais na implementação de medidas de controlo de surtos.

BLOCO 3: QUANDO DEVEMOS SUSPEITAR DE UM SURTO? OS PRIMEIROS PASSOS QUANDO HÁ SUSPEITA DE UM SURTO

3.1. Existem várias situações que devem chamar nossa atenção para uma possível ocorrência de um surto. Os mais frequentes incluem:

- Quando há um rumor ou um informe (p.ex. do chefe da zona, dos trabalhadores de saúde da zona) que há muitos óbitos ou doentes numa determinada zona/bairro/aldeia.
- Quando os números de uma doença conhecida começam a aumentar mais do que o esperado. Para detectar isso é preciso preencher atempadamente os BES (Boletins Epidemiológicos Semanais) e analisar regularmente (todas as semanas).
- Quando há muitos casos duma doença endémica numa época inesperada (p.ex. muitos casos ou óbitos de malária em Chimoio no tempo frio).
- Quando todos os casos duma doença ou determinadas apresentações clínicas aparecem numa área geográfica limitada (todas no mesmo bairro, mesma zona, no mesmo local de trabalho, na mesma escola, na mesma igreja, etc.).
- Sempre que aparece um caso de uma doença endémica que normalmente ocorre em surtos como:
 - Cólera (diarreia com apresentação típica de cólera ou diarreia com óbito ou desidratação grave num adulto);
 - Sarampo (3 casos confirmados ou 5 casos suspeitos em 30 dias);
 - Meningite meningocócica.
- Sempre que aparece um caso com apresentação (sinais e sintomas) de doenças raras com alta fatalidade:
 - Febres hemorrágicas (p.ex. Ébola, Febre Amarela, Marburg);
 - Dengue;
 - Peste bubónica.
- Sempre quando aparece um caso com apresentação (sinais e sintomas) de uma doença de erradicação: Paralisia flácida aguda (PFA), Poliomielite, Lepra.
- Quando uma doença conhecida aparece em formas anormais:
 - Graves, ou seja, quando facilmente leva à gravidade e ou à morte;
 - Afectando uma idade que normalmente não afecta.
- Sempre quando aparece uma doença que é raramente encontrada na região ou com apresentação desconhecida.

3.2. O que fazer quando suspeitar de um surto?

3.2.1. Informar ao clínico sênior do distrito. Se o clínico mais sênior do distrito for você, ou se estiver ausente, deve informar ao médico chefe da província imediatamente por telefone ou SMS.

O informe deve se basear nas perguntas de epidemiologia descritiva (o quê? Quem? Quando? Onde?) e se possível, da epidemiologia analítica (Como? Porquê?) e inclui os seguintes aspectos:

- O que lhe fez suspeitar da ocorrência do surto;
- A doença se for conhecida, (e também se o diagnóstico for suspeito ou confirmado);
- Se não conhece a doença descrever a apresentação clínica (sinais sintomas);
- O número de pessoas afectadas (e qualquer distinção se for possível nessa fase);
- Deve informar imediatamente mesmo se não tiver toda a informação disponível.

Confirmar se devem investigar o surto ou executar medidas de controlo e prevenção imediatamente ou esperar pela equipa do nível provincial ou central (o que dependeria de vários factores incluindo o motivo de suspeita e o provável patógeno envolvido).

3.2.2. Juntar a equipa para iniciar o processo de conferir a existência do surto e preparar para o trabalho de investigação do surto. No mínimo a equipa inicial deve incluir: Um clínico (TM ou Médico), um técnico/agente de medicina preventiva, um técnico de laboratório. Para além desses membros chaves a equipa deve incluir um motorista, uma secretária (ou pessoa que pode ajudar com o preenchimento de formulários e arquivamento dos dados).

3.2.3. Preparação para o trabalho de campo. Os aspectos que devem ser incluídos são:

- Informar as autoridades locais e aos quadros de saúde locais sobre a proposta de investigação;
- Orientação / Formação rápida do pessoal que se vai deslocar ao local, que inclui os aspectos teóricos ligados ao problema de que se suspeita;
- Deve-se consultar uma pessoa com mais experiência para obtenção de informação importante a ter em conta no local;
- Verificação de todo o material e dos suprimentos que devem ser levados ao local;
- Preparação da equipa do laboratório de modo a garantir que todo o material necessário seja levado, incluindo os meios apropriados para o transporte e armazenamento de amostras;
- Preparação e aprovação dos meios para deslocação e permanência no local (inclui acomodação, alimentação e comunicação);
- Deve-se deslocar ao local com indicações claras do papel de cada membro da equipa para garantir um trabalho rápido e de qualidade.

3.2.4. Se o agente envolvido (a causa da doença) no provável surto for conhecido, medidas de controlo e mitigação do efeito já devem ser iniciados (isto dependerá da doença).

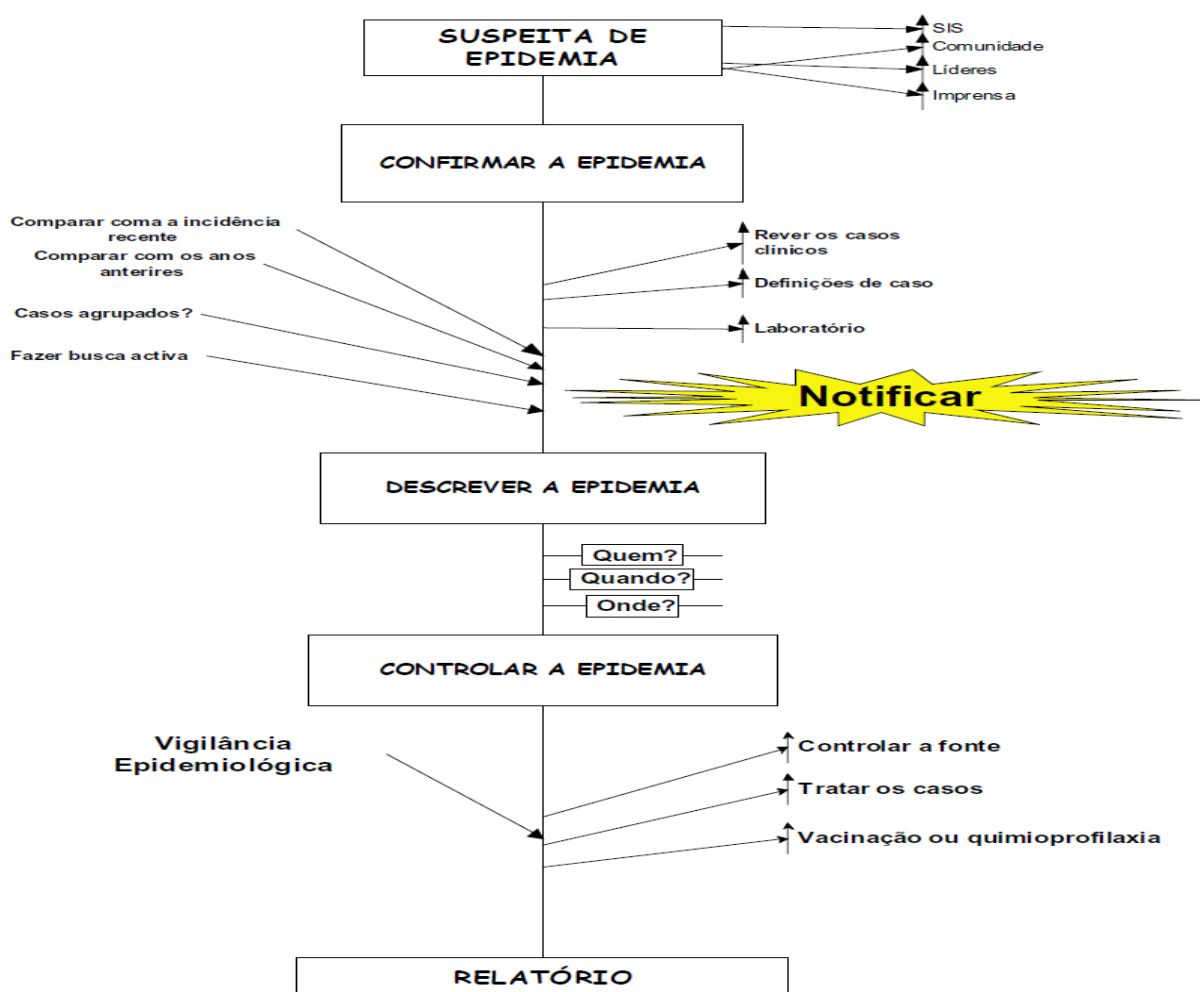
BLOCO 4: INVESTIGAÇÃO DE UM SURTO (OU DE UMA EPIDEMIA)

A investigação dum surto é um trabalho muito intensivo e irá deslocar pessoas das outras responsabilidades que têm. Geralmente é impossível que a equipa envolvida na investigação do surto continue com as suas tarefas ou responsabilidades habituais durante a investigação do surto. Por isso, é importante analisar se há necessidade de fazer a investigação. Para além disso sempre é importante

solicitar apoio do nível provincial se o surto for: duma doença rara, desconhecida, ou com efeitos anormais. Nesses casos, as investigações são muito mais complexas e podem ter riscos adicionais para os investigadores ou para o país.

Em geral, a investigação dum surto compõe os seguintes passos:

- 1 Confirmar a existência do surto;
- 2 Confirmar o diagnóstico;
- 3 Definir um caso;
- 4 Contar casos (busca activa de casos);
- 5 Analisar a informação orientada por pessoa (Quem?), lugar (Onde?) e tempo (Quando?);
- 6 Identificar quem está em risco de adoecer;
- 7 Elaborar uma hipótese acerca da fonte de infecção (Como foram expostos ao patógeno);
- 8 Comparar as hipóteses com factos ou características do surto;
- 9 Solicitar uma equipa especializada para fazer um estudo mais aprofundado (se for necessário);
- 10 Executar medidas de controlo e prevenção;
- 11 Elaborar um relatório.



Fonte: Manual de vigilância epidemiológica I, MISAU 2002

Figura 1. Etapas da investigação e controlo de uma epidemia.

4.1. Confirmar a existência do surto

Antes de gastar tempo e recurso numa investigação complicada, é importante confirmar de que um surto está de facto a ocorrer; e que a incidência de uma doença aumentou em relação a esperada, e que não é uma oscilação endémica esperada, que o aumento do número de casos não é devido a presença de novos clínicos ou de novos meios diagnósticos, etc. Para confirmar a existência de um surto, devem ser tomados em consideração os seguintes passos:

- Os números de casos reportados ou encontrados devem ser comparados com os BES's das semanas anteriores e para a mesma época nos anos anteriores para confirmar de que estão realmente mais elevados.
- Deve consultar os outros clínicos que trabalham na US da zona onde o possível surto está a decorrer (normalmente os clínicos afectos numa determinada US por alguns anos têm noção do número real de casos se está a aumentar ou se é normal -- pode perguntar acerca de sinais e sintomas em vez de nomear a doença suspeita – p.ex. casos de diarreia aguda no lugar de casos de cólera).
- Precisa verificar se há novos clínicos a trabalhar na US ou novos meios diagnósticos disponíveis (um novo teste diagnóstico pode dar impressão que uma doença endémica está a aumentar simplesmente por ter melhorado a capacidade de detecção). Um novo clínico pode fazer erros de diagnóstico. Geralmente, se todos os diagnósticos de patologia do surto vieram de um único clínico da zona, é mais provável que não haja surto mas simplesmente erros de diagnóstico.

4.2. Confirmar o diagnóstico

Para que se confirme a existência da doença em causa, deve ser feita uma revisão dos casos identificados que consiste em:

- Repetir a história clínica (anamnese e exame físico com alguns dos casos identificados e fazer um diagnóstico clínico);
- Fazer testes de laboratório, sempre que for possível;
- Se não for possível fazer os testes diagnósticos no local do surto, recolher material para exame laboratorial e procurar todas as evidências possíveis, como os prováveis «culpados», sejam agentes patógenos, agentes químicos, ou micróbios, etc;
- Rever a história clínica dos pacientes implicados, de modo a determinar se a definição de caso se enquadra na sua história actual;
- Colheita e transporte de amostras para análise laboratorial.

As amostras que não podem ser analisadas dentro de uma hora após a sua colheita devem ser conservadas num meio de transporte apropriado e refrigeradas imediatamente, se possível.

Cerca de 10 a 15% dos casos previamente identificados até 10-20 doentes deverão ser seleccionados para as amostras, em cada área a ser investigada. Os doentes seleccionados deverão corresponder com os seguintes requisitos:

- Menos de 4 dias de evolução da doença, ou outro período dependendo da doença;
- Não ter recebido tratamento;
- Dar o seu consentimento para a colheita da amostra.

A quantidade de amostra colhida e a técnica vão depender da doença em causa.

Cada amostra colhida deve ter a sua Ficha de Registo para o envio ao Laboratório e o tubo (recipiente) deve ser correctamente identificado.

É importante salientar que cada amostra deve vir acompanhada pelo seu respectivo Impresso de Pedido de Exame Laboratorial com a identificação do doente, nomeadamente: Nome, Idade, Informação clínica, Exame para o pedido da amostra e Data e hora da colheita da mostra.

As amostras devem ser conservadas e transportadas seguindo as normas e protocolos de transporte de amostras biológicas, incluindo refrigeração (4°C). Se não chegarem ao laboratório 2 dias após a sua colheita, devem ser congeladas (-20° C), embora isso possa levar a morte de alguns microorganismos.

«Enquanto Os Resultados Não Chegam Do Laboratório a Investigação Do Surto Não Deve Parar»

4.3. Definir um caso

O próximo passo é de definir o que será considerado um “caso” para a duração da investigação. Surtos são dinâmicos e quanto mais rápido forem investigados mais rapidamente serão implementadas as medidas para o controlo do surto (tratamento e prevenção) e será minimizado o impacto e o custo de controlo do surto. Por razões de urgência, custo e tempo necessário para ter as confirmações, acesso a meios diagnósticos, distância, entre outros constrangimentos, nem sempre é prático analisar o surto com base em casos confirmados.

Por isso é preciso determinar uma definição dum “caso” que seja prático para aplicar e suficientemente sensível e específico para poder fazer a análise. Deve-se ter em conta que a maioria dos casos será identificada com base nessa definição mas que também pode captar alguns casos falsos.

Pode ser um conjunto de sinais e sintomas relativamente típicos dos casos confirmados ou da doença (se for conhecida). Por exemplo, durante um surto de cólera qualquer adulto com diarreia grave e desidratação aguda deve ser considerado cólera.

Pode-se recorrer aos testes simples e rápidos para a definição de casos.

Após ter escolhido uma definição de caso essa definição deve ser aplicada de forma padronizada e objectiva para o surto em investigação para evitar inconsistências no diagnóstico dos casos por clínicos diferentes.

Para certas doenças que frequentemente surgem em surtos, existem definições de casos já pré-definidos para fins de investigação de surtos.

Definições de Casos

Meningite meningocócica:

- Paciente ≥ 1 ano com início súbito de febre ($>38,5^{\circ}\text{C}$ rectal) ou (38°C axilar) e um dos seguintes sinais: rigidez da nuca, alteração da consciência, ou qualquer outro sinal meníngeo.
- Criança menor de 1 ano que apresente abaulamento de fontanela ou convulsões ou pelo menos dois destes sintomas: vômitos, sonolência, irritabilidade aumentada”

Cólera:

Após confirmação laboratorial da existência do vibrião numa amostra de fezes de um doente suspeito com diarreia:

- Paciente com idade ≥ 2 anos, com início súbito de diarreia aguda, dor abdominal, fezes líquidas profusas (tipo água de arroz e por vezes com cheiro a peixe), ocasionalmente com vômitos e desidratação rápida.

A partir da altura que há um caso de Cólera positivo, confirmado pelo Laboratório, considera-se que o distrito está perante um surto, pelo que:

- Todos os casos de diarreia grave, profusa, de início súbito, acompanhada ou não de vômitos, sem febre e com sinais de desidratação (principalmente se moderada ou grave) deve-se suspeitar de Cólera.
- Os óbitos por diarreia grave em adultos com as características anteriormente descritas, por não serem comuns também devem ser notificados como Cólera.

Sarampo:

“Todo o doente com rash máculo – papular e febre, acompanhado por um ou mais sintomas como, tosse, coriza (corrimento nasal) ou conjuntivite ou qualquer pessoa com doença eruptiva, em que o clínico suspeite de sarampo”.

PFA:

Deve ser considerado suspeito, todo o doente com menos de 15 anos apresentando PFA, ou qualquer pessoa de qualquer idade com doença parálitica, em quem o clínico suspeite poliomielite.

4.4. Contar Casos

Depois de se ter definido o caso é preciso contar os casos identificados e recolher informações relevantes de cada um.

A contagem de casos normalmente envolve a procura ou “busca” de casos em vez de apenas esperar até que cheguem a unidade sanitária. Esse processo é chamado de “busca activa”.

Existem várias estratégias para a busca activa que podem ser implementadas e que dependem de recursos disponíveis, a natureza da doença, e o contexto ambiental do surto.

Algumas estratégias para a busca activa de casos podem ser:

- Uma publicidade na rádio/jornais pedindo que qualquer pessoa com determinados sinais/sintomas compareça à US;
- Procura de todas as pessoas que participaram num determinado evento (um casamento por exemplo);
- Procura de todos os funcionários duma empresa, alunos duma escola etc.;
- Uma orientação para todos os funcionários das US periféricas para ficarem atentos e solicitar informações adicionais de pacientes com determinados sinais e sintomas;

- Equipas móveis a recensear todas as casas numa área geográfica;
- Equipas móveis para procurar contactos de casos já identificados;
- Encontros com os líderes comunitários para a identificação dos casos.

4.5. Que informação precisa colher

Os dados devem ser colhidos através de um questionário que será administrado aos doentes que se encontram internados, ou na comunidade. O questionário deve colher a seguinte informação:

- Nome;
- Idade;
- Sexo;
- Residência;
- Profissão;
- O local de trabalho/estudo;
- Data e hora do início da doença (ou das sintomas);
- Prognóstico (tempo de cura, morte, outros efeitos).

Nota: se houver óbitos é importante recolher toda a informação disponível junto aos familiares ou clínicos que prestaram cuidados ao paciente.

Para além das informações colhidas através do questionário, deve procurar informação específica sobre a possível via de transmissão dependendo do provável modo de transmissão do patógeno. Por exemplo:

- Se for uma doença conhecida e transmitida principalmente pela água e comida (p.ex. a cólera), faça perguntas acerca do tipo de comida ou bebida que o doente consumiu, bem como fontes de água ou comida (p.ex. o talho onde comprou a sua carne, a barraca onde estava a beber e comer, o furo onde tira água, etc.) e a que hora consumiu os alimentos, entre outros aspectos.
- Se for uma doença transmitida directamente por contacto de pessoa para pessoa (p.ex. a meningite) procure informações acerca da natureza, frequência, e duração dos contactos entre pessoas.
- Se for uma doença desconhecida é necessário fazer uma mistura de perguntas ligadas a possíveis fontes de exposição ou factores de risco.

Toda essa informação deve ser reportada/anotada numa “Listagem dos Casos”. Essa Listagem deve incluir todos os casos encontrados até a altura de elaboração do relatório.

Nome	Idade	Sexo	Residência	Profissão	Local de trabalho/estudo	Início dos sintomas		Prognóstico	Exp 1*	Exp 2	Exp 3
						Data	Hora				

**Exp - aqui refira a possíveis vias de transmissão*

4.6. Notificação

Depois de recolher e registar os dados, uma notificação precisa ser dada. Geralmente, a notificação é feita de duas formas: oralmente para as autoridades locais e através de relatórios escritos.

Notificação oral – é feita à pessoa que autorizou a investigação (médico chefe ou pessoa indicada) e às autoridades de saúde locais e ao pessoal responsável pela implementação de medidas de prevenção e controlo de doenças.

Consiste em dar informação clara sobre os procedimentos feitos, os resultados da investigação e as medidas que devem ser tomadas de modo a minimizar o impacto do problema. Deve ser dada informação adicional sempre que necessário.

Certas doenças (sarampo, meningite, cólera e PFA/Polio) precisam ser notificados por “via rápida”. Essa notificação por “via rápida” (telefone, fax, e-mail) é usada sempre que a US detecta um caso suspeito de uma das doenças acima listados e visa a sua comunicação imediata os SDSMAS e à DPS.

Relatórios escritos – Os relatórios devem ser elaborados depois da análise dos dados e devem obedecer aos formatos existentes no MISAU. O relatório deve conter o propósito da investigação claramente definido, os resultados devidamente interpretados e as possíveis recomendações. Os relatórios podem servir de referência para situações futuras similares.

MODELO DE RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE UM SURTO

Distrito: _____ Província: _____ Data ____/____/____.

I. Introdução:

1a) Doença: _____

1b) Tipo de doença: ☐ Não inumoprevenível ☐ Inumoprevenível,

Taxas de cobertura vacinal (se for aplicável): por inquérito - ____ %;

Administrativa - Província ____ %; Distrito ____ %; Área de Saúde ____ %

1c) Local de detecção da doença: _____

2. Metodologia usada:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Análise das histórias clínicas | <input type="checkbox"/> Entrevista aos casos |
| <input type="checkbox"/> Entrevistas na comunidade | <input type="checkbox"/> Listagem de casos |
| <input type="checkbox"/> Entrevista a trabalhadores da saúde | <input type="checkbox"/> Gráfico linear |
| <input type="checkbox"/> Colheitas de amostras | <input type="checkbox"/> Mapeamento |

3. Resultados:

1º Caso: Início da doença ____/____/____ Idade _____ Sexo _____

Residência: _____

Profissão _____ Local de trabalho _____

Estado vacinal (se for aplicável) _____

Observações _____

Tendência do Surto:

Grupos etários mais afectados _____

Sexo _____ Locais _____

Resultado Laboratorial _____

Desde o início da epidemia até ao momento da investigação, nº total de casos _____

nº total de óbitos _____ Observações: _____

Auto-avaliação da rapidez e qualidade da detecção, investigação e resposta ao surto:

<u>Deteção da epidemia:</u>	
Intervalo entre o início do 1º caso ____/____/____ (Data 1)	____ (meta: <3 dias)
e a chegada do 1º caso à US ____/____/____ (Data 2)	≠ dias
Intervalo entre o 1º caso de entrada na US ____/____/____ (Data 1)	____ (meta: 52 dias)
e a notificação ao SDSMAS ____/____/____ (Data 2)	≠ dias
<u>Investigação da Epidemia:</u>	
Listagem de casos completa ____ (Sim/Não); Colheita de amostras (se aplicável)? ____ (Sim/Não)	
Intervalo entre a chegada do caso ao SDSMAS ____/____/____ (Data 1)	____ (meta: 52 dias)
e a investigação do surto ____/____/____ (Data 2)	≠ dias (desde o desenvolvimento do caso)
Intervalo entre a colheita de amostras ____/____/____ (Data 1)	____ (meta: 5 1 dia)
e o envio ao Laboratório ____/____/____ (Data 2)	≠ dias
Intervalo entre o envio de amostras ao Laboratório ____/____/____ (Data 1)	____
e a recepção dos resultados do SDSMAS ____/____/____ (Data 2)	≠ dias
(meta: 3-7 dias, dependendo do tipo de teste)	
<u>Resposta à Epidemia e Avaliação:</u>	
Intervalo entre a notificação da epidemia ao SDSMAS ____/____/____ (Data 1)	____ (meta: 52 dias)
e a implementação de acções ____/____/____ (Data 2)	≠ dias
A comissão de gestão da epidemia reuniu? ____ (Sim/Não)	
Retroinformação: US ____ (Sim/Não)	Comunidade? ____ (Sim/Não)
<u>Principais acções já desenvolvidas:</u>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<u>Principais recomendações:</u>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<u>Em anexo:</u>	
<input type="checkbox"/> Mapeamento dos casos	<input type="checkbox"/> Fichas de investigação dos casos
<input type="checkbox"/> Listagem dos casos	<input type="checkbox"/> Gráfico linear
Elaborado por (nomes e cargos) _____ Data ____/____/____	
Observações:	

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5.1. Uma **epidemia** é o aumento de casos de uma determinada doença em relação ao número esperado, e um **surto** é uma epidemia localizada.

5.2. A investigação de surtos é importante para permitir que comunidades e trabalhadores de saúde possam limitar o alcance, a propagação ou a severidade do problema de saúde investigando medidas de prevenção e tratamento de casos.

5.3. Alguns acontecimentos devem levar a um trabalhador de saúde a suspeitar de um surto. Os mais comuns são:

- Um rumor ou um informe
- Números de uma doença conhecida que começam a aumentar;
- Muitos casos duma doença numa época inesperada;
- Um caso duma doença que normalmente ocorre em surtos;
- Um caso com apresentação de doenças raras com alta fatalidade;
- Um caso de uma doença de erradicação;
- Uma doença conhecida que aparece em formas anormais;
- Uma doença que é raramente encontrada na região ou com apresentação desconhecida.

5.4. Os passos de investigação dum surto incluem:

- Confirmar a existência do surto;
- Confirmar o diagnóstico;
- Definir um caso;
- Contar os casos;
- Analisar a informação orientada por pessoa, lugar e tempo;
- Identificar quem está em risco de adoecer;
- Elaborar uma hipótese acerca da fonte de infecção (como foram expostos ao patógeno);
- Comparar a hipóteses com factos/características do surto;
- Solicitar uma equipa especializada para fazer um estudo mais aprofundado sobre o surto;
- Executar medidas de controlo e prevenção;
- Elaborar um relatório.

5.5. Em casos de suspeita de um surto, deve-se informar ao clínico sénior do distrito ou ao médico chefe da província e as autoridades locais imediatamente. A comunicação com estas entidades deve ser regular e deve ser iniciada logo que houver suspeita de um surto.

Módulo	Saúde da comunidade	Nº da Aula	14
Tópico	Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Detecção e Gestão de Surtos no Distrito: 2ª Parte	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de: (continuação)

1. Descrever e executar os passos da investigação e do controlo de um surto:
 - a. Traçar uma curva epidémica;
 - b. Identificar as curvas típicas de diferentes tipos de epidemias;
 - c. Definir e calcular a taxa de ataque;
 - d. Descrever o processo de transporte de amostras ao laboratório;
 - e. Identificar a provável fonte da epidemia;
2. Descrever medidas gerais para gestão de um surto, incluindo:
 - a. Preparação para o tratamento de casos (verificar que *stock* de vacinas e medicamentos são suficientes e reforçar o *stock*, se necessário).
 - b. Comunicação com a comunidade;
 - c. Protecção de investigadores e pessoal de saúde;
 - d. Preparação para a prevenção (primária e secundária) do surto actual e de surtos futuros.
3. Descrever os métodos para lidar com as preocupações das comunidades ligadas ao surto e discutir a sua importância.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à aula		
2	Análise de Surtos / Epidemias		
3	Medidas Gerais de Controlo de Surtos		
4	Comunicação com as Autoridades Locais e a Comunidade		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Modelo de relatório de investigação de um surto (MISAU 2003)

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:**Bibliografia (Referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)**

Barreto A, Gujral L, Matos CS. Manual de Vigilância Epidemiológica, Vol. I – Interpretação e Acção. MISAU, Direcção Nacional de Saúde. Gabinete de Epidemiologia, 3ª edição, 2003.

Barreto A, Gujral L, Matos CS. Manual de Tratamento e Prevenção da Disenteria Epidémica Causada por SdI. MISAU, Direcção Nacional de Saúde. Gabinete de Epidemiologia, 2ª edição, 2004.

Gujral L, Mabote A. Manual de Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas e Pólio. MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia, 3ª edição, 2009.

Gujral L, Mabote A. Manual de prevenção e Controlo de Cólera e de Outras Diarreias Agudas. MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia, 2009

Gregg, M.B. ed. Field Epidemiology, Oxford University Press, 2nd edition, 2002

“Constructing and Epidemic Curve” CDC Accessed 16/9/10

http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/modules/MiniModules/Epidemic_Curve/page01.htm

Dicker R.C. “How to investigate an outbreak” CDC Accessed 17/9/10

<http://www.pitt.edu/~super1/lecture/cdc0311/001.htm>

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: ANÁLISE DE SURTOS / EPIDEMIAS

As perguntas básicas a serem colocadas sobre uma epidemia são:

- Qual é a provável doença que causou o surto?
- Qual é a provável fonte de infecção?
- Qual é o modo de transmissão?
- Que grupos estão mais em risco de serem afectadas?

Para este fim, faz-se uso da informação recolhida anteriormente (vide a aula 13), através dos inquéritos, para responder às perguntas:

1. “**Quando**” ocorreram os casos (tempo)? Quando foi identificado o primeiro caso (Caso índice) quantos casos apareceram em que períodos?
2. “**Quem**” está afectado (pessoa)? Quais são as características das pessoas afectadas?
3. “**Onde**” estão a ocorrer os casos (lugar)?

2.1 Quando ocorreram os casos (análise temporal)?

O método mais comum para analisar a distribuição temporal dos casos é de desenhar um gráfico em que se apresenta o número de casos novos durante o decorrer do surto por intervalos de tempo apropriados. Esse gráfico é chamado a **Curva Epidémica. Veja figura abaixo.** Uma curva epidémica é tradicionalmente um histograma em que o eixo vertical (eixo y) indica os **números de casos** e o eixo horizontal (eixo X) representa o **tempo de início de sintomas** (não o tempo em que o doente apareceu na US). A interpretação da curva epidémica pode fornecer indicações importantes acerca da:

1. Magnitude do surto (número de casos),
2. Possível via de transmissão (duma única fonte, de pessoa para pessoa etc.)
3. Fase em que o surto está (crescendo, espalhando-se, reduzindo etc.)
4. Eficácia das medidas de controlo,
5. Para uma doença desconhecida, pode ajudar a estimar o tempo de incubação. O tempo de incubação refere ao tempo entre infecção e apresentação de sinais e sintomas. Isto pode ser usado para identificar o patógeno.

Como construir uma curva epidémica

Passo 1: tempo de início de sintomas para cada caso

Primeiro deve-se conhecer o tempo (horas ou dias) de início dos sintomas para cada caso estudado; estes dados devem ser colocados no eixo x

Passo 2: Determinar os intervalos do eixo horizontal (eixo x)

A escolha de intervalo deve ser em função do período de incubação (tempo típico entre invasão do patógeno e início dos sinais e sintomas da doença se conhecida). É muito importante porque se o intervalo for muito grande ou muito pequeno em comparação com o período de incubação da condição esconde as características temporais do surto

Em geral os intervalos devem ser de cerca de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{3}$ do período médio de incubação. Por exemplo, para cólera, que tem um período de incubação entre 1 e 5 dias, os intervalos devem ser de 1 dia. Para

Sarampo que tem um período de incubação de 8-12 dias o intervalo deve ser de 2-4 dias. Os intervalos devem ser indicados com as datas correspondentes.

Para os casos de epidemias passadas, em que se faz um relatório das ocorrências, pode-se dividir o tempo em semanas

Passo 3: Determinação do período pré e pós surto.

A representação do período pré e pós surto deve ser incluso na curva epidémica. Deve-se elaborar a curva epidémica começando aproximadamente 2 períodos de incubação antes do primeiro caso e 1 período de incubação depois do último caso identificado

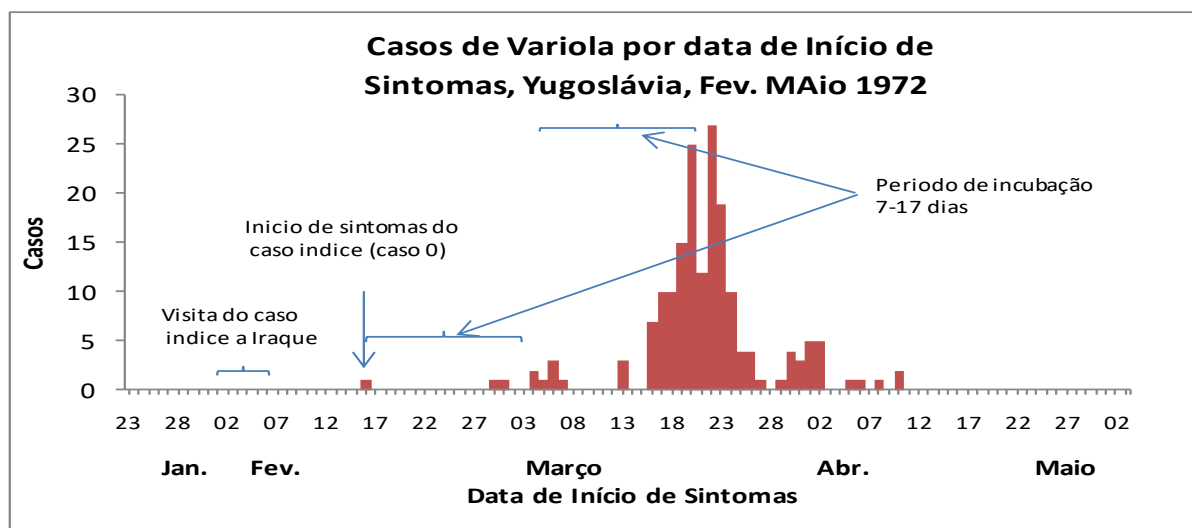
Passo 4: Indicar os casos no gráfico.

No eixo y deve-se desenhar barras (histograma) que correspondam ao número de casos identificados no intervalo em questão. As barras não devem ter espaços entre elas, mas sim devem-se tocar. Os intervalos vão depender do número de casos. (vide figura 1 abaixo)

Passo 5: Indicar a data de outros factores importantes no surto

Par além das informações acerca dos números de casos deve indicar também o tempo em que outros factores importantes aconteceram (possíveis factores de risco ou medidas de prevenção/controlo).

Fig 1. Exemplo duma Curva Epidémica

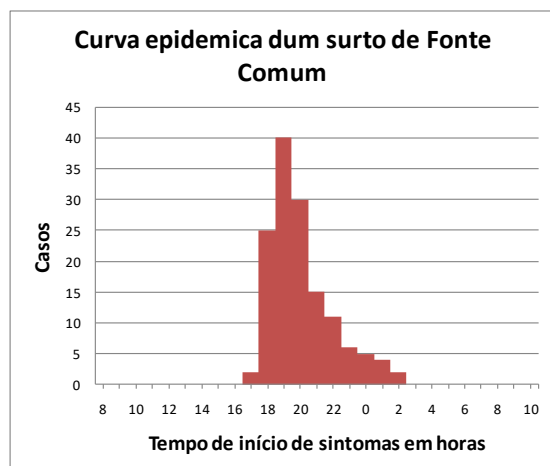
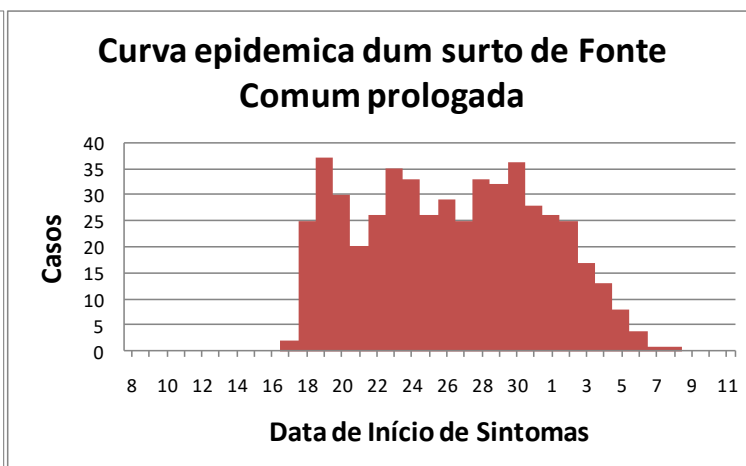


Fonte CDC: Adaptado do “Constructing and Epidemic Curve”

“http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/modules/MiniModules/Epidemic_Curve/page01.htm”

Interpretação de Curvas Epidemiológicas

Curvas epidémicas de surtos de fonte comuns

Fig. 2**Fig. 3**

A figura 2 e 3 caracterizam surtos de fonte comum. Nesse tipo de surto as pessoas afectadas foram sujeitas a um agente patogénico duma única fonte. São exemplos deste tipo de surto doenças diarreicas por exemplo associadas às intoxicações alimentares.

Na Figura 2, o gráfico caracteriza o tipo de surto em que todos estão sujeitos ao agente duma única fonte num único tempo. Por exemplo pessoas que comeram maionese infectada na mesma festa de casamento. A curva típica desse tipo de surto leva à um aumento brusco do número de casos com uma diminuição gradual mas também relativamente rápida.

Na Figura 3, o gráfico caracteriza um surto de fonte comum onde os afectados foram sujeitos a agentes patogénicos duma única fonte, mas para um tempo prolongado (por exemplo, se o sistema de tratamento de água do município estiver avariado). A curva típica para este tipo de surto leva à um aumento brusco e manutenção de altos números de casos, a diminuição pode ser brusca se a fonte do surto for removida (p.ex. se o sistema de tratamento for reparado e o tratamento da água recomeçar) ou gradual se o surto estiver a acabar por si.

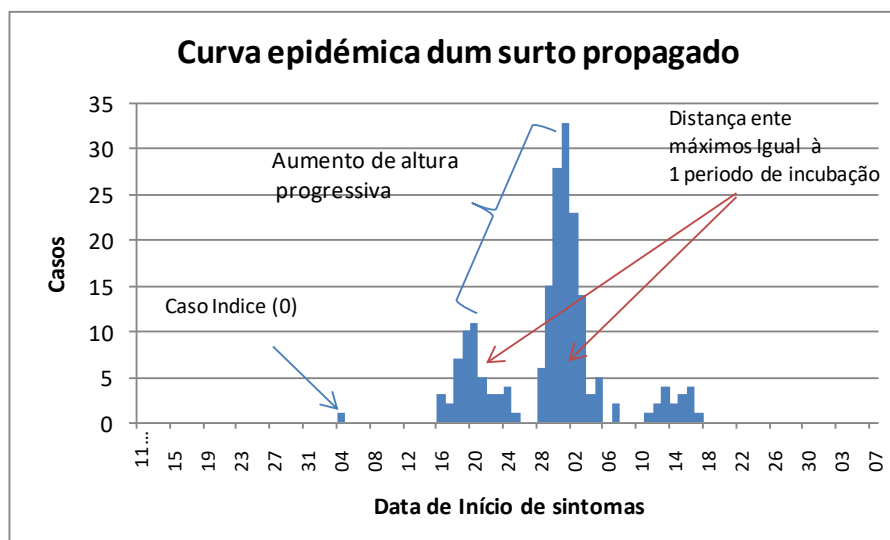
Esses tipos de surtos são típicos de intoxicações alimentares ou infecções com via de transmissão feco-oral.

Surtos Propagados (Fonte Progressiva)

Um surto propagado ocorre quando um caso da doença serve como fonte de infecção para casos subsequentes e esses casos subsequentes servem como fonte de infecção para os casos posteriores, etc. A curva característica compõe uma série de subidas, uma progressivamente maior que a outra. Essas subidas continuam até o número de pessoas susceptíveis ser reduzido ou até que as medidas de controlo sejam implementadas.

A figura abaixo (Figura 4) representa um surto de sarampo. Indica um caso índice e um crescimento exponencial de casos entre as primeiras 2 subidas, e uma redução significativa de casos significantes na terceira subida por causa de ter poucas pessoas remanescentes susceptíveis de apanhar a doença (ou por causa de campanhas de vacinação ou porque todas as pessoas susceptíveis a doença já tenham sido infectadas nas subidas anteriores). A distância entre as subidas corresponde aproximadamente a um período de incubação que para o sarampo (tipicamente 10 dias com variação de 7-18 dias)

Fig. 4



Fonte CDC: Adaptado do “Constructing and Epidemic Curve”

“http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/modules/MiniModules/Epidemic_Curve/page01.htm”

2.2 “Quem”? Pessoa - Quais são as características das pessoas afectadas?

Muito pode ser aprendido acerca dum surto e acerca das prováveis melhores medidas de controlo pelas características das pessoas afectas incluindo:

- 1 **A possível fonte de infecção** (por exemplo se todas as pessoas afectadas usam o mesmo furo de água – é provável que o furo seja a fonte de infecção)
- 2 **As pessoas mais vulneráveis** (por exemplo se a maioria das pessoas afectadas por um surto de malária tenham uma determinada característica [serem mulheres grávidas], as medidas de prevenção como a quimioprofilaxia podem ser priorizadas para essas pessoas mais vulneráveis)
- 3 **A provável causa** (agente patogénico) pode ser identificada (pelos sinais, sintomas, e descrições de possíveis fontes de transmissão)

Para fazer o estudo de surtos epidémicos, é preciso analisar os dados recolhidos incluindo aquelas apontados durante a “Listagem de Casos”. Os dados a serem analisados podem ser sócio-demográficos (idade, sexo, profissão etc. do doente), perguntas sobre a história da doença, e perguntas sobre a história de contacto com possíveis fontes.

Igualmente devem ser colhidas amostras apropriadas (fezes, sangue, água de um furo, alimentos, entre outros). Estas amostras devem ser identificadas e rapidamente transportadas em condições de segurança (identificação do tipo de amostra, conservação em ambiente e meio próprio, seladas) para o laboratório.

Fig. 5 Exemplo duma lista de casos dum surto fictício de diarreia num jantar de Natal

Nome	Idade	Sexo	Residência	Profissão	Local de trabalho /estudo	Início dos sintomas		Prognóstico	Sopa	Carne	Peixe
						Data	Hora				
Maria Joana	23	F	Ponta-Gea	Enf	Clínica avicena	28/2	01:00	Bom – diarreia	X		X
João Nhampule	35	M	Macuti	Enf	Clínica avicena	Não há		Normal	X	X	
Filomena Gonçalves	21	F	Macuti	Enf	Clínica avicena	27/2	22:00	Bom - diarreia	X		X
Francelina dos Santos	28	F	Mangeiras	Secretaria	Clínica avicena	27/2		Normal	X		x
Mauro Luis Mahanjane	45	M	Macuti	Médico	HCB /Clínica avicena	Não há	23:00	Bom – diarreia	x	X	

Sempre que possível devem ser analisadas as seguintes características das pessoas afectadas pelo surto:

Características:

Há uma Idade, sexo, profissão (ou se relevante raça) afectada pelo surto? (ou por ter mais doentes ou por ter um prognóstico diferente)

Exposição:

Há pessoas dum determinado local de residência ou dum determinado local de trabalho ou de estudo mais afectadas?

Há pessoas que participaram a um determinado evento ou com um determinada história de contacto com possíveis vias de transmissão mais afectadas?

Estas perguntas ajudam a determinar a doença implicada no surto, sua provável fonte e modo de transmissão. Desta forma, pode-se saber se há algum grupo especial de risco, local mais afectado e o número de pessoas afectadas

É sempre importante não analisar apenas os casos mas também deve-se comparar com pessoas próximas que não apresentam sintomas. Num surto limitado (p.ex. o surto de diarreia acima mencionado) isto é fácil; devem ser analisados dados acerca de todos os presentes e não apenas dos que ficaram doentes. Mas no caso de surtos com maior abrangência ou abrangência menos claramente definida é as vezes necessário comparar com os dados populacionais pré-existentes.

Lembre-se que na maioria de epidemias vai haver pessoas que tiveram contacto com o agente patogénico mas que não apresentam sintomas e outros que não tiveram contacto com o agente mas

que terão sintomas parecidos com a doença em causa. Por exemplo num surto de cólera haverá pessoas que são resistentes ao vibrião e que não manifestam sintomas e outros que terão diarreia provocada por outras causas.

Por isso, quando possível, convém relacionar as taxas de ataque entre pessoas expostas e as pessoas não expostas.

Quando o surto é mais abrangente o número de casos reportados pode ser comparado com a população do mesmo lugar, calculando e comparando as taxas de ataques.

Devem ser calculadas também taxas de ataque, para complementar a pesquisa. **A taxa de ataque** é a relação entre os novos casos da doença em causa e o total da população em risco e representa-se em percentagem.

$$\text{Taxa de ataque} = \frac{\text{novos casos}}{\text{total da população em risco}} \times 100$$

No exemplo anterior, do total de 5 pessoas (população em risco), 3 adoeceram (novos casos). Então teremos, taxa de ataque foi de $3/5 \times 100 = 60\%$

2.3 “Onde” estão a ocorrer os casos (lugar)

Às vezes as doenças ocorrem ou são adquiridas em locais distintos/únicos na comunidade. Se o investigador consegue visualizar a distribuição dos casos e relacionar com as potenciais fontes de infecção ajuda a localizar a fonte correcta. Assim, mapear casos e mapear várias características de comunidade é muito útil para localizar a provável fonte de infecção. Possíveis fontes podem incluir: fontes de água, vendedores de comida (talhos, mercados, peixarias, etc), sistemas de tratamento de água, lixeiras, fossas, drenos, armazéns de fertilizantes/pesticidas, fábricas, e outros locais parecidos podem servir como fontes de transmissão de agentes infecciosos ou agentes tóxicos que podem provocar surtos.

BLOCO 3: MEDIDAS GERAIS DE CONTROLO DE SURTOS

Controlo da epidemia – o objectivo final de uma investigação epidemiológica é delinear medidas de prevenção e controlo da epidemia. Embora seja o último ponto a ser discutido, as medidas de controlo devem ser implementadas o mais cedo possível.

3.1 Métodos de controlo variam dependendo do carácter da doença.

3.1.1 Detecção e Tratamento rápido dos casos – depende da natureza da doença e dos meios disponíveis. Para além do tratamento, a assistência médica tem um papel psicológico importante sobre a comunidade e pode levar a comunidade a participar de forma mais activa no processo de investigação, prevenção e controlo. Quando uma comunidade se encontra afectada por um problema de grande dimensão, a primeira reivindicação é de que os casos sejam atendidos correctamente. Portanto, a colaboração da população nas acções de investigação e controlo, dependem em grande medida, da qualidade da assistência médica.

3.1.2 Controlo da fonte de infecção (medidas de saneamento) – consiste em tratar a água, caso seja a fonte, destruir os alimentos implicados e inadequados para o consumo (fora de prazo, deteriorados, com substâncias tóxicas identificadas, etc), eliminar os locais que favorecem o crescimento e a multiplicação dos transmissores (charcos para mosquitos). Caso haja óbitos, devem ser enterrados o mais rápido possível.

- A educação sanitária joga um papel muito importante. Mas deve-se ter em conta aspectos específicos de cada comunidade que não devem ser transgredidos. Por exemplo: não se deve impedir de comer peixe a uma comunidade que vive à base de peixe, mas deve-se explicar que o peixe deve ser bem preparado e cozido antes do consumo.
- Medidas pessoais devem ser tomadas: incluindo melhoria de higiene, melhor atenção na higiene durante a preparação de comida, métodos de protecção pessoal (roupa protectora)

3.1.3 Aumento da resistência da população em risco:

Algumas doenças contagiosas podem ser prevenidas através da quimioprofilaxia (uso de medicamentos para a prevenção) ou imunização (vacinação). Exemplo: a epidemia de meningite meningocócica pode ser prevenida a sua disseminação com a administração de medicamentos (rifampicina ou doxiciclina) aos contactos próximos dos pacientes. Ou a vacinação de bloqueio contra o sarampo (será abordado na aula 15).

3.1.4 Isolamento de casos / contactos.

Esta é uma medida drástica com implicações socioeconómicas muito graves para as pessoas a serem isoladas. Por isso, é uma medida que deve ser aplicada somente em casos extremos. Por exemplo quando se trata de uma doença em que o meio de transmissão é desconhecido (ou confirmada que o meio de transmissão é de pessoa para pessoa) com altas taxas de letalidade. Como p.ex. as febres hemorrágicas, cólera, meningite.

3.1.5 Vigilância contínua

Quer na fase aguda da epidemia, quer na fase de controlo, a vigilância contínua dos casos é imprescindível, de forma a analisar a evolução da própria epidemia e verificar se as medidas de controlo estão a surtir efeito desejado, e até mesmo, após o controlo, reconhecer atempadamente uma recaída (retorno) da epidemia.

BLOCO 4: COMUNICAÇÃO COM AS AUTORIDADES LOCAIS E A COMUNIDADE

Durante um surto há frequentemente muita preocupação por parte do população, das autoridades locais, e dos funcionários de saúde locais. Muitas vezes essa preocupação é acompanhada de rumores de feitiço ou punição divina.

É a responsabilidade da equipa de investigação tentar acalmar a inquietação, indicando que medidas estão a ser tomadas para gerir o surto, e corrigindo impressões erradas.

4.1 Orientações para a comunicação:

Identificar uma pessoa da equipa responsável para comunicar com as autoridades locais, órgãos da comunicação, e outros líderes da comunidade. Sempre deve ser a mesma pessoa que responde as questões para evitar mensagens contraditórias.

Sempre deve comunicar com autoridades locais antes de iniciar a investigação

Deve combinar uma hora regular para actualizar as autoridades locais (p.ex. todos os dias as 15h:30min – cada 2 em 2 dias às 7h:30min), sobre os passos e constatações da investigação.

Deve ser proactivo, não deve esperar que eles peçam actualizações, mas deve antecipá-los com as informações actualizadas

Dependendo do nível de preocupação comunitária deve também fornecer informações actualizadas através da rádio local ou outros meios de comunicação.

4.2 Temas principais da comunicação:

No primeiro encontro, a equipa deve priorizar a recolha de informações e evitar especular acerca da possível causa do surto.

A ênfase deve ser dada para o que a equipa está a fazer ou pretende fazer (p.ex. “Vamos começar por rever casos e mandar amostras aos laboratórios para confirmar que doença é responsável pelo surto”)

Ênfase deve ser dada a medidas de tratamento a serem estabelecidas (estamos a estabelecer uma enfermaria especial onde doentes com os seguintes sinais e sintomas podem ser atendidos)

As populações devem ser informadas sobre as medidas que devem ser tomadas para reduzir o risco de infecção enquanto a investigação estiver a decorrer. P.ex. “Ainda não identificamos a causa específica do surto, mas no entanto recomendamos que toda agente ferva água proveniente de qualquer fonte, antes de beber, ou que consuma os alimentos bem cozidos”.

Sempre deve-se evitar usar linguagem médica ou epidemiológica complicada (p.ex. definição de caso, curva epidémica, busca activa). Em vez disso, apresenta as conclusões. P.ex. não diga “a curva epidémica indica um surto propagado” mas diga “de acordo com as nossas investigações parece que a doença está a ser transmitida de pessoa para pessoa.

Evitar dizer o que suspeita em termos de fontes ou patógenos até que haja evidência para tomar uma decisão. É melhor dizer que “estamos a investigar várias possíveis fontes de transmissão” em vez de “a fonte pode ser o sistema de água municipal, ou o Talho do Luis”.

Responda as preocupações da comunidade se tiver informação. Se não tiver informação, explica que vai fazer diligências para obtê-la ou se não for essencial explica a prioridade da investigação, p..ex. “Não estamos a investigar se o fulano X envenenou o furo de água porque todos os sintomas sugerem que se trata de cólera, uma doença comum no país”

A comunicação directa com a comunidade (através de órgãos de comunicação ou outros meios), deve ser regular mas com menor frequência. Deve conter a seguinte informação:

Instruções acerca de onde procurar tratamento;

Instruções acerca de medidas de prevenção que devem ser tomadas;

Instruções acerca de que sintomas (definição de caso) a população deve prestar atenção e o que fazer se algum membro da sua família, ou outras pessoas apresentam esses sintomas (p.ex. “Todas as pessoas que apresentam diarreia aquosa devem se apresentar ao posto de saúde”);

Áreas afectadas até agora;

Informar a cerca de outras medidas a serem implementados pela equipa ou pelos serviços de saúde.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5.1 As perguntas básicas a serem colocadas sobre uma epidemia são:

- a. Qual é a provável doença que causou o surto?
- b. Qual é a provável fonte de infecção?
- c. Qual é o modo de transmissão?
- d. Que grupos estão mais em risco de serem afectadas?

5.2 Os dados recolhidos acerca do surto devem ser analisados para responder as perguntas:

- “Quando” ocorreram os casos (tempo)? “; Quem” está afectado (pessoa)? “Onde” estão a ocorrer os casos (lugar)?

- 5.3** Curvas epidémicas devem ser traçadas para dar indicações acerca da magnitude do surto, forma e via de transmissão, se o surto estiver a crescer, diminuir, propagar-se, a eficácia das medidas de controlo, e para estimar o tempo de incubação.
- 5.4** A análise das características das pessoas afectadas deve incluir uma análise das características demográficas, história de contacto com possíveis fontes e história da doença.
- 5.5** A análise por pessoa pode contribuir para identificar, as pessoas mais vulneráveis, a possível fonte, e a natureza do agente patogénico.
- 5.6** A análise por lugar, relacionando casos com possíveis fontes de infecção pode identificar a fonte de transmissão.
- 5.7** De entre os métodos gerais de controlo de surtos pode-se destacar: a detecção e tratamento rápido dos casos, o controle da fonte de infecção, aumento da resistência da população em risco, isolamento dos casos/contactos e vigilância contínua.
- 5.8** A comunicação com as autoridades locais e comunidades deve ser efectuada, de uma forma pró-activa, de modo a providenciar informações úteis e concisas as comunidades, reduzindo as inquietações das mesmas e proporcionando uma cooperação mútua para o controlo eficaz do surto/epidemia.

Módulo	Saúde da comunidade	Nº da Aula	15
Tópico	Vigilância Epidemiológica e Manejo de Surtos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Detecção e Gestão de Surtos no Distrito: 3ª Parte	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 1 Listar as doenças que acontecem em surtos e epidemias no país e descrever as suas características, incluindo sinais e sintomas, meios de transmissão, taxa de letalidade e as condições que podem levar a um surto.
- 2 Listar medidas de controlo típicas para diferentes tipos de surtos (incluindo os que são transmitidos pela água, comida, ar, por via fecal-oral, os que são preveníveis por vacinação e os casos específicos de sarampo, cólera, meningite e peste).
- 3 Descrever a diferença entre a investigação de surtos institucionais e surtos comunitários, incluindo casos específicos de surtos nas Unidades Sanitárias.
- 4 Descrever as medidas para o controlo de surtos institucionais (incluindo a necessidade de reforçar as medidas normais de biossegurança).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Doenças que Ocorrem em Surtos no País e Medidas de Controlo		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (Referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

Barreto A, Gujral L, Matos CS. Manual de Vigilância Epidemiológica, Vol. I – Interpretação e Acção. MISAU, Direcção Nacional de Saúde. Gabinete de Epidemiologia, 3ª edição, 2003.

Barreto A, Gujral L, Matos CS. Manual de Tratamento e Prevenção da Disenteria Epidêmica Causada por Sdl. MISAU, Direcção Nacional de Saúde. Gabinete de Epidemiologia, 2ª edição, 2004.

Barreto A, Gujral L, Matos CS. Manual de Tratamento e controlo da Meningite Meningocócica. MISAU, Direcção Nacional de Saúde. Gabinete de Epidemiologia, 2ª edição, 2004.

Documento Estratégico para o Controlo da Malária em Moçambique 2006-2009.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: DOENÇAS QUE OCORREM EM SURTOS NO PAÍS E MEDIDAS DE CONTROLO

No país, várias doenças acontecem em surtos e/ou epidemias. São exemplos dessas doenças as seguintes: sarampo, poliomielite (ou PFA), diarreias (cólera e disenteria), meningite e malária. Apresentam-se a seguir algumas características referentes a cada uma delas.

2.1 Sarampo

O sarampo é uma doença altamente infecciosa causada por um vírus. A doença é frequente nalgumas populações e geralmente ocorre em proporções epidémicas. O sarampo epidêmico é particularmente comum em condições de sobrepovoamento e pobreza, onde elevado número de pessoas não imunizadas vivem em contacto muito próximo. O Sarampo é uma doença de notificação obrigatória, e a que mais crianças mata dentre as doenças preveníveis pela vacinação.

Definição do caso: Presença ou história de rash cutâneo generalizado e febre, e qualquer um dos seguintes sinais: constipação, corrimento nasal ou vermelhidão nos olhos. Para além dessas características, podem aparecer pequenas manchas brancas, geralmente em número de 3 dentro da boca, juntas e que recebem o nome de manchas de Koplik, e sempre que elas aparecem, há certeza de que a pessoa tem a doença.

Transmissão - o sarampo é altamente contagiosa, transmitida de pessoa para pessoa por gotículas contagiosas (aerossóis) tiradas através da respiração, tosse e durante a fala.

Taxa de Letalidade – a taxa de letalidade por sarampo é baixa, muitos dos casos recuperam com ganho de imunidade permanente (ficam protegidas contra o sarampo para sempre). A letalidade aumenta nos casos complicados por encefalite pós-infecciosa, pneumonia, crupe (difteria) ou gastroenterite. O sarampo pode piorar doenças pré-existentes como tuberculose ou outras ou ainda levar ao aparecimento de doenças novas, como resultado da diminuição da imunidade que causa.

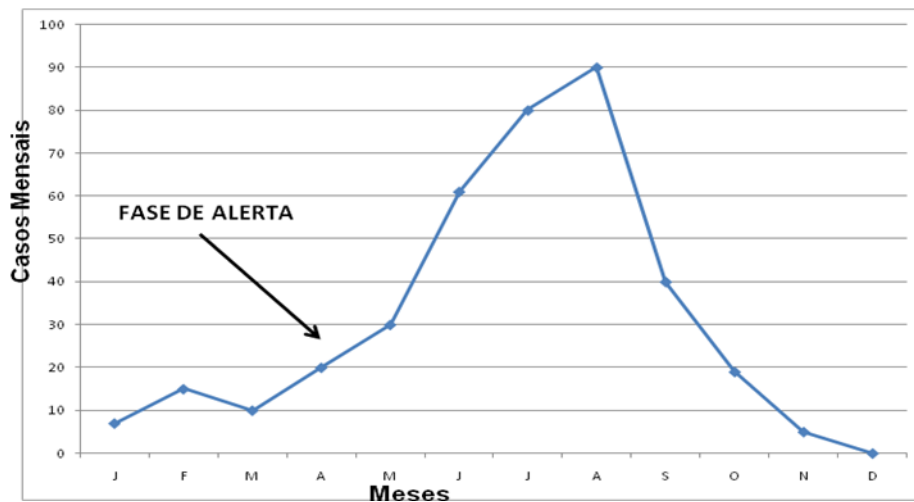
Condições que levam ao aparecimento de surtos/epidemias - a baixa cobertura vacinal em crianças dos 9 aos 23 meses associada a más condições de vida e em aglomerações favorecem a propagação da doença. Ou seja, a baixa cobertura vacinal deixa grande parte da população em risco sem protecção e o facto de uma pessoa contrair a doença vivendo em aglomerados, como creches, acampamentos para refugiados, etc, favorece a dispersão da doença devido ao modo de transmissão.

Medidas de controlo - em geral, os surtos de sarampo surgem na época fria e são precedidos por uma **fase de alerta**, em que se verifica um aumento gradual dos casos.

Caso se verifique um aumento progressivo de casos:

- Comparar estes dados com os de anos anteriores;
- Colaborar com o pessoal de medicina curativa e investigar se existem casos diagnosticados e não notificados;
- Investigar na comunidade a existência de casos que não foram vistos na consulta;
- Verificar se o stock de vacinas anti-sarampo e de medicamentos é suficiente, e pedir reforço, se for necessário;
- Verificar a operacionalidade da cadeia de frio.

Casos notificados de sarampo



Devem ser organizadas campanhas para intensificar o programa de vacinações anti-sarampo, caso se confirme o aumento do número de casos. É importante informar as autoridades políticas, religiosas e as ONGs locais no sentido de apoiarem na mobilização da população e na logística. A intensificação da vacinação no início do surto só é eficaz nas primeiras 72h.

A vacinação deve incidir prioritariamente nos lugares e grupos de maior risco, como deslocados, zonas mais desfavorecidas e zonas de maior densidade populacional (exemplo: zona periférica duma capital distrital), onde a propagação do vírus é mais fácil.

Os grupos prioritários para vacinação são os das crianças dos 9 aos 11 meses, embora o grupo alvo do Programa Alargado de Vacinação (PAV) seja dos 9 aos 23 meses, mas podem ser vacinadas também crianças mais velhas até os cinco (5) anos de idade.

Devem-se concentrar esforços como forma de garantir uma assistência médica adequada na zona (bairro ou aldeia) mais afectada. Para a vacinação, deve-se priorizar áreas à volta do lugar afectado, para tentar impedir a propagação do vírus do sarampo, o que se denomina “**vacinação de bloqueio**”.

Como a epidemia tem um desenvolvimento centrífugo (do centro para a periferia), a vacinação deve ser feita de forma centrípeta (da periferia para o centro), tendo como centro a zona onde surgiu a epidemia. Lembrar que a vacinação deve ser feita em pessoas que não tenham tido contacto com o vírus ou que ainda não manifestaram a doença.

Nota: a vacinação contra sarampo não é 100% protectora, contudo numa zona rural, a percentagem de casos de sarampo em crianças no grupo dos 9-23 meses, não deve ser superior a 10%. Se isto acontecer, o funcionamento de rotina do PAV deve ser investigado, e em particular:

- O funcionamento da cadeia do frio, desde o depósito até a unidade sanitária (geleira onde as vacinas são conservadas, no concernente a forma como é utilizada bem como no controlo diário da temperatura);
- O controlo da validade das vacinas;
- O controlo das técnicas de vacinação (seringas quentes, etc);
- O respeito pelo calendário de vacinação (crianças vacinadas aos 9 meses, etc);
- O cumprimento da política da vacina com frasco aberto.

Caso se identifique algum problema, a prioridade já não é fazer-se campanhas, mas sim, corrigi-lo urgentemente. Por exemplo, caso se verifique um aumento de casos acima de 10% e se chegue a

conclusão de que se deve a vacinas fora do prazo, a prioridade deve ser rever o stock de vacinas e depois continuar com as campanhas.

Não interromper as actividades de rotina nos postos fixos de vacinação e nas brigadas móveis. A prioridade é assegurar a vacinação completa e com qualidade, para as crianças menores de 1 ano.

2.2 Poliomielite

É uma infecção viral aguda que se propaga pela via fecal-oral. Conseqüentemente, a transmissão é mais alta em áreas de saneamento pobre e de água contaminada. A paralisia flácida aguda (PFA) que é a condição clínica para se suspeitar da poliomielite, é uma doença notificável.

Definição - a poliomielite paralítica é caracterizada por paralisia flácida aguda assimétrica (com diferentes graus de paralisia), com febre no início dessa paralisia; sem perda sensorial nem sensitiva (continua-se a sentir a presença das pernas e mantém-se a sensibilidade) e, geralmente, com sequelas da paralisia aos 60 dias.

Transmissão – é fecal-oral, ou seja a doença adquire-se após a ingestão de alimentos ou outras substâncias contaminados pelo vírus e, por sua vez, é disseminado para o ambiente através das fezes. Também pode ser por via respiratória.

Taxa de letalidade – a taxa de letalidade varia de 2 a 5% em crianças e de 15 a 30% em adultos.

Condições que levam ao aparecimento de surtos/epidemias - a sua difusão é favorecida pela existência de condições sanitárias precárias e condições de vida em aglomerações, desconhecimento sobre as medidas de biossegurança pela comunidade, fraca educação sanitária, e ineficiência dos canais de comunicação.

Medidas de controlo - a suspeita de **UM** caso de poliomielite necessita de uma acção urgente, e deve ser reportada ao nível superior.

Os casos verdadeiros de PFA devem ser confirmados laboratorialmente, com dois exames de fezes. O primeiro deve ser realizado no início da investigação e o segundo entre 24h e 48h depois.

Deve-se fazer busca activa de mais casos de poliomielite na localidade ou cidade, “porta a porta”, começando nos arredores da casa da criança doente.

Os líderes religiosos, tradicionais e/ou políticos e pessoas com influência junto à comunidade, devem ser convidados a participar nesta actividade.

Deve-se vacinar todas as crianças de 0-14 anos, independentemente do seu estado vacinal, na Cidade ou Localidade onde o suspeito se encontre.

Para interromper a circulação do vírus, é importante que esta actividade seja realizada num curto espaço de tempo (2-3 dias). Se não for possível, a campanha deve ser realizada em menos de um mês após a descoberta do caso. Esta campanha deve ser repetida um mês depois.

2.3 Diarreias

A diarreia é definida como aumento da frequência de defecções (mais de 3 vezes por dia) líquidas. O paciente pode se apresentar com desidratação devido a perda de líquidos (olhos encovados, boca seca, sinal de prega cutânea positivo).

Transmissão – as diarreias têm como principais fontes de propagação a água, os alimentos e mãos contaminadas. No entanto, existem causas não infecciosas de diarreias que serão estudadas nas aulas de disciplinas clínicas.

Taxa de letalidade – é variável e depende da causa (etiologia) da diarreia.

Condições que favorecem ao aparecimento de surtos/epidemias - muitas vezes, as epidemias de diarreias estão relacionadas com problemas multifactoriais (exemplo: pobreza, o nível de escolarização das populações, não observância de medidas de saúde pública como a provisão do saneamento básico para as populações, distribuições de fontes de água potável canalizada, entre outros), onde o Sector da Saúde isolado tem pouca possibilidade de acção.

Medidas de controlo - sempre que há uma epidemia de diarreia, as medidas de prevenção e controlo devem ser implementadas em conjunto com os Departamentos de Higiene e Águas e Água Rural, sobretudo a desinfecção das águas contaminadas (com cloro e/ou limpeza). A Educação para a Saúde tem um papel importante na promoção de acções de protecção ao nível individual. Estas acções incluem:

- Promover a higiene corporal, em particular lavar as mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos, antes das refeições e depois de usar a latrina; manter as unhas cortadas e limpas;
- Utilizar a latrina (construir se não existir);
- Colorar a água ou beber água fervida (apesar de ser, muitas vezes, uma medida difícil de implementar por falta de água e de lenha);
- Correcta conservação e tratamento de água em casa.
- Aumentar a ingestão de líquidos, logo que a diarreia comece, para substituir as perdas;
- Informar sobre os sinais de perigo para que a comunidade possa procurar ajuda na unidade sanitária próxima de sua residência.
- Evitar a ingestão de alimentos crus; proteger os alimentos das moscas;
- Cozinhar bem os alimentos; consumir os alimentos ainda quentes, ou fervê-los bem antes de comer;
- Manter os alimentos cozidos separados dos não cozidos;
- Lavar e secar bem os utensílios de cozinha; separar os utensílios sujos dos limpos;
- Criação de estábulos para os animais e evitar que estes estejam em locais sem protecção.

2.4 Cólera

É uma doença diarreica grave, que pode afectar qualquer pessoa. É caracterizada por diarreia aquosa profusa, com aspecto de “água de arroz”, com várias dejectões diárias e que pode levar à desidratação num espaço de tempo muito curto (de horas). É também acompanhada por vómitos, fraqueza generalizada.

Transmissão - é chamada de doença das mãos sujas, porque a sua transmissão é através da passagem directa de mãos sujas pela boca (via fecal-oral) ou ingestão de água e alimentos contaminados e, muitas vezes, o acto de manuseio desses alimentos sem lavar as mãos propaga a doença.

Taxa de letalidade - a cólera é extremamente letal. Em 48 horas, se não forem tomadas as medidas mais adequadas, nomeadamente rehidratação endovenosa rápida dos pacientes, estes podem morrer por desidratação grave. Taxas de letalidade na comunidade superiores a 1% devem levantar preocupações em relação ao controlo da epidemia.

Condições que podem levar ao surto - a transmissibilidade da cólera é muito rápida. A existência de única fonte, associada a maus hábitos de higiene e condições precárias de vida leva, invariavelmente à ocorrência de surtos.

Medidas de controlo - as medidas gerais descritas anteriormente devem fazer parte. Adicionalmente, deve ser feito o seguinte para a cólera:

- Verificar o stock de cloro;
- Verificar o stock de medicamentos: Sais de Reidratação Oral, lactato de Ringer;
- Organizar uma enfermaria de reidratação C.T.C/C.T.D.D. (Centro de tratamento de Cólera/centro de tratamento de doenças diarreicas) que pode estar localizada num bairro ou numa aldeia.

Devido à gravidade e alta transmissibilidade da doença, a resposta à epidemia deve ser imediata e as estruturas políticas, religiosas e outras devem ser mobilizadas, e campanhas de higiene e limpeza dos potenciais fontes de contaminação devem ser organizadas.

De uma forma geral, os distritos deve estar sempre preparado para uma epidemia de cólera, e pronto para atender os 100 primeiros casos.

Kit de cólera mínimo necessário

Tendo em conta que a taxa de ataque da cólera numa comunidade está ao redor de 0.2%, e de acordo com as estimativas de que 80% dos doentes possam ser tratados em ambulatório e 20% necessitam de hospitalização, estima-se que seja necessário para uma comunidade de 100.000 habitantes:

- 500 litros de Lactato de Ringer
- 20 agulhas de 180
- 40 agulhas de 22-24G
- 30 agulhas epicranianas
- 20 sondas nasogástricas
- 1.300 pacotes de sais de reidratação oral (SRO)

Além destas necessidades, existem outras que constam do Manual de Prevenção e Controlo da Cólera e de outras Diarreias Agudas, do Ministério de Saúde, do ano 2009.

O CTC/CTDD deve estar erguido num local de boa acessibilidade, um local mais populoso e que haja aceitação do CTC/CTDD pela população e autoridades locais. O CTC/CTDD deve ter 4 áreas:

- Área de triagem e observação, por onde dão entrada todos os doentes
- Área de isolamento ou internamento, para o tratamento
- Área de convalescença ou SRO, para os doentes melhorados
- Áreas neutras, para a cozinha, vestiário e estacionamento do pessoal

2.5 Disenteria

É um tipo de diarreia infecciosa, caracterizado por uma consistência aquosa e presença de sangue visível, febre, náuseas, vômitos, dor abdominal tipo cólica e necessidade urgente de defecar. Provoca menos desidratação que a cólera, porém, pode levar a outros tipos de complicações a nível intestinal e do resto do organismo, tais como síndrome de mal absorção, e anemia respectivamente.

Transmissão - transmite-se pela ingestão de água e alimentos contaminados ou de forma fecal-oral directamente, como os outros tipos de diarreia. O principal agente que provoca surtos no nosso país é a *Shigella dysenteriae* tipo 1 (Sd1).

Taxa de letalidade - é menos letal que a cólera, porém, se mal tratada pode levar à morte por complicações como infecção generalizada, hemorragia intestinal, prolapso rectal (saída da porção final do intestino pelo canal anal), anemia e outras.

Condições que podem levar ao surto - maus hábitos de higiene e condições precárias de vida. A ocorrência de estirpes resistentes também joga um papel importante.

Medidas de controlo - para além das medidas gerais de controlo, referidos na aula anterior, os casos devem ser tratados com recurso a antibióticos (ácido nalidíxico). Para os casos graves, deve-se fazer antes um teste de sensibilidade, que consiste em verificar qual é o antibiótico que melhor elimina o agente infeccioso.

Deve-se encorajar o aleitamento materno durante a doença em crianças.

Quanto aos cadáveres, a imediata e completa desinfecção das roupas, artigos pessoais e do meio ambiente podem ajudar a diminuir a disseminação da doença na família. O hipoclorito de sódio (2%) é reconhecido como sendo um desinfectante muito eficaz e barato e pode ser utilizado para o efeito.

As roupas devem ser lavadas com água e sabão, e, posteriormente fervidas ou colocadas em soluções desinfectantes. Devem secar ao sol.

Durante as epidemias e até prova em contrário, as disenterias devem ser consideradas como shigeloses e tratadas como tal.

2.6 Meningite Meningocócica

É uma doença grave causada por uma bactéria, a *Neisseria meningitidis*, daí o nome. É caracterizada por aparecimento de febre, náuseas, vômitos, sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca) e alterações no líquido cefalorraquidiano (LCR). A maior parte dos casos ocorre em crianças menores de 5 anos.

Transmissão - a transmissão ocorre através das vias respiratórias (aerossóis), ou por contacto directo com as secreções respiratórias.

Taxa de letalidade – é muito elevada, podendo chegar a 50% nos países com poucos recursos como o nosso.

Condições que podem levar ao surto - os grupos de risco são adultos e crianças vivendo em grandes aglomerados, por exemplo quartéis, cadeias, internatos, escolas, creches, etc.

Medidas de Controlo - o controlo da epidemia consiste em:

- Isolamento dos doentes;
- Tratamento precoce, para cortar a cadeia de transmissão;
- Evitar as visitas no “Centro de Isolamento”, para evitar a propagação da epidemia;
- Educação ao doente, para evitar a propagação da epidemia.
- Deve ser feita quimioprofilaxia precoce (até 48 horas) dos contactos (pessoas com contacto mais próximo do doente), definidos como:
 - Pessoas em dormitórios colectivos como quartéis, orfanatos, internatos onde foi diagnosticado um caso;
 - Outros doentes que estejam no mesmo quarto com o caso de meningite, se não houver possibilidade de isolamento na US.

A não ser que compartilhe o dormitório (exemplo: quartéis), o pessoal médico e paramédico não necessita de quimioprofilaxia. As pessoas que compartilham o lugar de estadia do doente durante o dia (escola, creche, lugar de trabalho) tão pouco necessitam.

- Melhorar a higiene pessoal;
- Se possível, evitar quartos e habitações superlotadas;

- Garantir uma melhor limpeza e ventilação das habitações.

Controlo das epidemias de Meningite nos locais de aglomeração

A maioria das epidemias de meningite meningocócica ocorre nos quartéis e outros locais de aglomeração, conforme já foi mencionado. As normas de controlo são basicamente as mesmas, mas merecem mais cuidados, nomeadamente:

- Isolamento hospitalar restrito dos casos durante as primeiras 24 horas;
- Quimioprofilaxia a todos os mancebos e oficiais, incluindo o pessoal médico;
- Quando possível, não ultrapassar o número de pessoas para o qual os locais estão preparados, sobretudo nos dormitórios;
- Melhorar as condições de higiene pessoal, em particular o abastecimento de água para garantir a higiene dos soldados;
- Melhorar as condições de higiene colectiva, em particular a limpeza e a ventilação dos dormitórios;
- Os oficiais e soldados devem permanecer no quartel durante 10 dias a partir da data de internamento do último caso;
- Proibir a chegada de novos contingentes a esse quartel até a epidemia estar controlada;
- Manter a vigilância na procura de soldados com febre, cefaleia, vômitos ou rigidez de nuca;
- Notificar semanalmente o número de casos ao SDSMAS (serviços distritais de saúde, mulher e acção social).

A vacinação, como forma de controlo duma epidemia, requer uma cobertura vacinal elevada, que deve ser atingida no mais curto espaço de tempo. Onde existe uma alta concentração das pessoas, e onde o controlo é fácil, a vacinação é uma estratégia a ser considerada, como em quartéis, acampamentos de refugiados ou deslocados.

A quimioprofilaxia está indicada exclusivamente a contactos domiciliários do doente, inclusive em domicílios colectivos como internatos, quartéis, creches. Nestes casos limita-se às pessoas que compartilham o dormitório com o doente.

A quimioprofilaxia não assegura um efeito protector absoluto e prolongado, mas tem sido adoptada na falta de meios disponíveis mais eficazes de protecção.

2.7 Malária

É uma doença infecciosa, caracterizada por um mal-estar geral, febre, cefaleia, náuseas, vômitos, perda de apetite, dor articular e em todo o corpo.

Transmissão - é transmitida através da picada do mosquito fêmea do género *Anopheles* infectado pelo plasmódio (principalmente *Plasmodium falciparum*).

Taxa de letalidade - é uma doença com elevada taxa de letalidade e responsável pelo maior número de mortes no nosso país, principalmente em crianças menores de 5 anos, mulheres grávidas e HIV positivos.

Condições que podem levar ao surto - a epidemia de malária ocorre quando uma população com baixo nível de imunidade é exposta a altos níveis de transmissão. Vários factores podem contribuir para o aparecimento de uma epidemia de malária, como:

- A desflorestação
- A interrupção de um programa de luta antivectorial que tivesse tido lugar durante vários anos consecutivos

- A migração da população para novas áreas
- O aumento da pluviosidade especialmente em regiões semi-áridas, ou após prolongados períodos de seca
- O aumento da temperatura que favorece o rápido desenvolvimento das larvas de mosquitos
- Grandes obras de regadios com especial ênfase nas regiões montanhosas
- Os charcos de água como consequência das cheias

Medidas de controlo - o surto deve ser detectado logo no seu início, para que possam ser tomadas medidas para diminuir a morbilidade e mortalidade. As principais actividades a serem desenvolvidas são:

- Abastecer as Unidades Sanitárias com **anti-maláricos**. Estes medicamentos devem incluir drogas de primeira, segunda e terceira linha para o tratamento de casos de malária grave ou complicada;
- Verificar a capacidade técnica do pessoal de saúde dirigido ao diagnóstico e tratamento dos diferentes tipos de malária (malária não complicada, malária grave ou complicada e malária resistente) de acordo com as políticas do MISAU;
- Se for necessário, capacitação dos profissionais de saúde (Médicos, Técnicos e agentes de medicina e enfermeiros) sobre as normas de tratamento da malária deve ser instituído. Se houver capacidade, sugere-se que anualmente, seja feito treino de actualização para os clínicos da triagem.
- Introduzir rapidamente programas de **Educação Sanitária** dirigidos particularmente às mães de crianças menores de 5 anos. Devem ser sensibilizadas sobre a existência do surto, e a necessidade de dirigirem-se rapidamente a uma Unidade Sanitária em caso de febre.
- Sensibilizar os farmacêuticos que aviam os anti-maláricos no sentido de explicar aos seus utentes como tomar correctamente os medicamentos no tratamento da malária não complicada. Note que esta medida não visa promover a automedicação, mas sim fazer com que o anti-malárico seja tomado correctamente.
- Introduzir a administração massiva ou dirigida **de um quimioprofilático** a determinados **grupos susceptíveis** (exemplo: mulheres grávidas, crianças menores de 5 anos) pode ser recomendável. Contudo, para tal, é necessário que se garanta uma boa cobertura, e sob autorização do MISAU.
- Mobilizar as populações no sentido de se eliminar **os criadores** de mosquitos próximos às suas casas.
- Promover o uso de redes mosquiteiras tratadas com insecticida de longa duração (REMITIL) nas zonas rurais, sempre que estas estejam disponíveis na comunidade.
- Se a epidemia for detectada **precocemente** e houver capacidade a nível local, é possível iniciar a luta anti-vectorial através da **pulverização intra-domiciliar (PIDOM)** ou um programa anti-larval, se for aplicável. Esta estratégia é particularmente dirigida às zonas urbanas e semi-urbanas.

2.8 Peste

É uma doença zoonótica (de animais para seres humanos) caracterizada por febre alta, dores articulares e musculares que é acompanhada de aumento doloroso de gânglios linfáticos (peste bubônica) ou sintomas respiratórios (tosse, expectoração com sangue) no caso de peste pulmonar.

Transmissão - é transmitida através de pulgas que parasitam os roedores (ratos e outros roedores). No caso da peste pneumónica a transmissão é por via aérea (tosse). O agente etiológico é a bactéria *Yersinia pestis*.

Taxa de Letalidade - em Moçambique, no período entre 1994 e 2001 foram notificados 2.376 casos e 24 óbitos com uma taxa de letalidade de 1% (2.2% em 1997, 1.2% em 1994 e 0.7% em 1998)

Condições que podem levar ao surto - maus hábitos de higiene e condições precárias de vida. A interacção roedores – homem joga um papel importante na transmissão e ocorrência de surtos.

Medidas de controlo

- **Medidas Contra os Reservatórios**

- Desratização – que visa matar os ratos (uso do ratex e outras medidas para matar os ratos). Algumas medidas com envolvimento da população são benéficas, como decorreu em determinadas cidades de Moçambique, como em Quelimane – província da Zambézia em que o município pagava aos munícipes que trouxessem ratos mortos ou vivos.
- Medidas anti-ratização – que visa dificultar a propagação e multiplicação dos ratos. Vão desde controlo da qualidade dos domicílios à vigilância sobre os armazéns e silos para dificultar o acesso dos ratos ao alimento. O controlo sobre portos, estações ferroviárias.

- **Medidas Contra os Vectores**

- Insecticidas e repelentes para as pulgas
- Uso de roupas protectoras em zonas de risco (mangas compridas, calças)

- **Outras Medidas de Prevenção e Controlo da Peste**

- Tratamento dos casos (tetraciclina, estreptomicina)
- Isolamento de casos de peste pulmonar
- Quimioprofilaxia dos contactos (tetraciclina, doxiciclina, cotrimoxazol)

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1.** As doenças que geralmente ocorrem em forma de surtos no país incluem: Sarampo, Poliomielite, diarreias, Cólera, Disenteria, Meningite Meningocócica, Malária e peste
- 3.2.** Taxas de cobertura vacinal baixas, bem como a conservação inadequada de vacinas propiciam o aparecimento de surtos de sarampo. Assim uma das formas mais eficazes de limitar os surtos é vacinar as pessoas.
- 3.3.** Sendo uma doença de erradicação Considera-se surto de poliomielite quando se confirma um caso da doença. Sempre quando ocorre deve-se fazer busca activa.
- 3.4.** Para controlar poliomielite deve-se vacinar todas as crianças de 0-14 anos, independentemente do seu estado vacinal, na Cidade ou Localidade onde o suspeito se encontre.
- 3.5.** As principais fontes de propagação de doenças diarreicas são a água, os alimentos e mãos contaminadas
- 3.6.** Nos casos de surtos de diarreia devem ser reforçadas as medidas para encorajar melhores práticas de higiene e saneamento individual e medidas de prevenção e controlo de infra-estruturas
- 3.7.** A Cólera e a disenteria são formas muito graves de diarreia que, para além das medidas de controlo de diarreia exigem:
 - a. Disenteria: tratamento de casos com antibióticos (ácido nalidíxico).
 - b. Cólera: Organizar uma enfermaria de reidratação C.T.C/CTDD.
 - c. Tratamento especial dos óbitos

- 3.8.** O tratamento precoce dos casos e quimoprofilaxia precoce dos contactos é uma das formas muito importantes de controlo de surtos de meningite meningocócica.
- 3.9.** Surtos de Malária ocorrem devido à alterações ambientais que favorecem a proliferação do vector.
- 3.10.** Medidas de controlo de malária incluem, medidas de controlo de mosquitos, uso de redes impregnadas, quimoprofilaxia de grupos mais susceptíveis, e tratamento de casos.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	16
Tópico	Programa Alargado de Vacinações (PAV)	Tipo	Teórica
Conteúdos	Introdução ao Programa Alargado de Vacinações B. Execução das Acções de Vacinação	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre o conteúdo “Introdução ao Programa Alargado de Vacinações”:

1. Listar os objectivos principais do PAV.
2. Descrever as 2 estratégias principais do PAV:
 - a. Vacinações rotineiras nas US's;
 - b. Campanhas de vacinação.

Sobre o conteúdo “Execução das Acções de Vacinações”:

1. Listar as vacinações principais utilizadas no país e descrever para cada uma, o seguinte:
 - a. A doença que a vacinação previne;
 - b. O período e idade ideal para a administração (calendário vacinal);
 - c. A administração correcta, incluindo a dose, os métodos para a diluição, a quantidade a medir, como administrar, o estado de conservação e a data de expiração;
 - d. Precauções e contra-indicações.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Objectivos e Estratégias do PAV		
3	Principais Vacinações do País		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

MISAU. Manual do programa Alargado de Vacinações. Maputo: 2009.

Murray T, Steinglass R, Fields R, Favin M, Ballou S; USAID. Fundamentos de imunização: um guia prático (Immunization essentials: a practical field guide). 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS DO PAV

2.1 Programa Alargado de Vacinação (PAV)

O Programa Alargado de Vacinação (PAV) foi lançado em Moçambique em 1979, após a 1ª campanha nacional de vacinação pós independência nacional, tendo mostrado ao longo dos anos notáveis ganhos de saúde.

PAV é um programa nacional e gratuito, destinado, principalmente, a vacinação de mulheres em idade fértil e crianças, bem como de outros grupos sob condições especiais (como trabalhadores em risco de contrair tétano, por exemplo), para prevenção de doenças infecciosas preveníveis pela vacinação (tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, pólio, hepatite B, sarampo, tétano e as pneumonias e meningite por *haemophilus influenzae* tipo b).



A imunização através de vacinação constitui uma das formas mais eficazes de diminuição da mortalidade materna, neonatal e infantil. No nosso país existem postos fixos de vacinação, geralmente nos postos e centros de saúde, bem como brigadas móveis que se deslocam às comunidades com vista a atingir as zonas que não são cobertas pelas unidades sanitárias.

Vacinas – são substâncias biológicas preparadas no laboratório a partir de microrganismos causadores de doenças - bactérias ou vírus, e que induzem a produção de certas substâncias protectoras no corpo (chamados de anticorpos).

Vacinar é o acto de administrar substâncias biológicas no organismo de forma a criar um estado de protecção contra determinadas doenças, através de produção (pelo organismo - a pessoa nesse caso) de defesas contra as bactérias e vírus que causam tais doenças.

A missão do PAV é melhorar a qualidade de vida da população moçambicana, protegendo-lhe contra e envidando esforços para eliminar o sofrimento causado por doenças infecciosas preveníveis por vacina (doenças imuno-preveníveis).

A meta do PAV é proteger todas as mães e suas crianças menores de 5 anos de todas as doenças preveníveis por vacina.

O principal objectivo do PAV é reduzir a mortalidade infantil, morbilidade e incapacidade, utilizando as melhores vacinas, tecnologias médicas e práticas seguras disponíveis.

Dentro deste grande objectivo encontramos os seguintes objectivos específicos:

- Aumentar a cobertura de DPT-HepB-Hib 3 (3ª dose da vacina da Difteria/Pertusses/Tétano/Hepatite B e *haemophilus influenzae tipo b*);
- Reduzir a taxa de quebra vacinal (reduzir o número de indivíduos que não completem totalmente as séries de vacinação);
- Desenvolver uma estratégia de comunicação PAV e reforçar a comunicação interpessoal entre provedores de saúde e comunidade;
- Aumentar os recursos humanos para oferta dos serviços do PAV;
- Manter as actividades de controlo de pólio e sarampo; e
- Manter a tendência de eliminação do tétano materno-neonatal.

As estratégias do PAV no país incluem vacinação de rotina, brigadas móveis e campanhas de vacinação.

2.2 Vacinação rotineira nas unidades sanitárias

É uma estratégia adoptada pelo Ministério da Saúde para oferecer os serviços de vacinação às crianças menores de um ano de idade, mulheres grávidas e mulheres em idade fértil. Para o cumprimento desta medida, todas as unidades que prestam cuidados de saúde primários, nomeadamente Postos e Centros de Saúde devem dispor de um serviço de medicina preventiva, onde são feitas as vacinas de rotina. Geralmente, os hospitais rurais, provinciais e centrais dispõem de vacinação para as vacinas dadas à nascença e que, normalmente, são dispensadas nas maternidades, sendo que a continuação das vacinações é feita nos postos e centros de saúde

2.3 Brigadas Móveis (e Campanhas de Vacinação)

Para além das vacinações de rotina nas US, há também estratégias de mandar equipas (brigadas móveis) das unidades às localidades distantes, com vista a alcançar aquelas crianças que não conseguem chegar às unidades

Para além das visitas de brigadas móveis, há políticas e princípios traçados pela Organização Mundial da Saúde, que visam, essencialmente, eliminar e erradicar algumas doenças, tais como sarampo, tétano neonatal e poliomielite.

Para a implementação dessas políticas são levadas a cabo campanhas de vacinação, direccionadas a grupos de idade diferentes daqueles da vacinação de rotina.

Estas campanhas podem ser gerais, ou seja em todo o país, ou em áreas específicas, onde se suspeita que possa haver circulação de determinado agente causador da doença que se suspeita. Mais detalhes em aulas subsequentes.

BLOCO 3: PRINCIPAIS VACINAÇÕES DO PAÍS

3.1 As vacinas quando são introduzidas no organismo, estimulam-no a criar defesas, chamadas de anticorpos, contra as mesmas bactérias ou vírus de que foram feitas.

Por exemplo, a vacina contra o Sarampo contém os vírus que provocam o Sarampo, mas estão modificados de modo a não provocarem a doença, mas ainda ajudam o organismo a produzir as defesas que vão-lhe defender se esse vírus lhe atacar.

3.2 Lista de Doenças Alvos do PAV

- Sarampo
- Poliomielite
- Tétano Neonatal
- Tuberculose
- Difteria
- Pertussis (Tosse convulsa)
- Hepatite B
- Doenças causadas pelo *haemophilus influenzae tipo B*
- Vitamina “A” e desordens por deficiência de vitamina “A” – não é uma doença prevenível por vacinas, é um suplemento para a prevenção e tratamento da deficiência de vitamina A que se aproveita administrar na mesma altura que as vacinas

3.3 Principais Vacinações no País

As principais vacinas dadas no país são as seguintes:

- Vacina da BCG (Bacilo de Calmette e Guerin)
- VAP (Vacina Anti-Pólio)
- Vacina da DPT/HepB+Hib – também chamada de “pentavalente”
(Difteria/Pertusses/Tétano/Hepatite B/Haemophilus influenzae tipo B)
- VAS (Vacina Anti-Sarampo)
- VAT (Vacina Anti-Tetânica)

3.4 Vacina da BCG

- **Protege contra formas graves da tuberculose** (meningite tuberculosa, tuberculose miliar).
- É feita de uma micobactéria atenuada.
- A vacina deve ser dada, **de preferência, à nascença**, mas em caso de falha, pode ser dada desde a nascença até aos 23 meses de idade.
- A vacina deve ser administrada por **via intradérmica**, na parte superior do ombro direito, numa dose de 0,05 ml para crianças com menos de um ano e 0,1 ml para crianças com um ou mais anos.
- A vacina da BCG apresenta-se em pó num frasco e deve ser diluída antes da administração. No estado de pó pode ser conservada e transportada a temperaturas entre - 15 e - 25° C.

- O diluente (líquido utilizado para diluir o pó) deve ser da mesma fábrica que a vacina e deve estar à mesma temperatura que a vacina na altura da administração, entre + 2° C e + 8° C. Após a diluição, deve ser usada dentro de 6 horas, depois descartada.

3.4.1 Precauções

- Deve-se verificar a data da expiração da vacina e do diluente antes da utilização.
- Verificar se o diluente é apropriado e se está na temperatura recomendada.
- Misturar a vacina com o diluente sem agitar, para evitar estragá-la.

3.4.2 Ter atenção à técnica na hora de aplicar a vacina de modo a evitar traumatizar a criança. **Contra-indicações**

A única contra-indicação para a BCG é o aparecimento de criança com manifestações de SIDA.

A suspeita de infecção por HIV, o baixo peso à nascença e a prematuridade não são contra-indicações para a BCG.

Nota: deve aparecer uma cicatriz no local da injeção até seis semanas depois da aplicação da BCG, caso não apareça, a vacina deve ser repetida.

3.5 Vacina Anti-Pólio (VAP)

Protege contra a poliomielite. A vacina contém o vírus vivo da poliomielite atenuado, que se estraga facilmente pelo calor.

Esta vacina deve ser dada em 4 doses, a primeira das quais (pólio zero) à nascença, com intervalo mínimo de 4 semanas entre elas, de acordo com o seguinte esquema:

1ª dose (pólio zero): a idade preferida para ser dada é **à nascença**, mas pode ser dada num intervalo que vai desde o nascimento até às 5 semanas de vida;

2ª dose (pólio 1): a idade preferida para ser dada é **aos 2 meses**, mas pode ser dada num intervalo que vai desde as 6 semanas até aos 23 meses de vida;

3ª dose (pólio 2): a idade preferida para ser dada é **aos 3 meses**, mas pode ser dada num intervalo que vai desde as 10 semanas até aos 23 meses de vida;

4ª dose (pólio 3): a idade preferida para ser dada é **aos 4 meses**, mas pode ser dada num intervalo que vai desde as 14 semanas até aos 23 meses de vida;

Qualquer das vacinas anti-pólio é administrada pela **via oral** em número de 2 a 3 gotas, dependendo do fabricante da vacina.

A VAP apresenta-se em frascos plásticos ou de vidro, este último com conta-gotas separado. Deve ser conservado numa temperatura entre -15 e -25° C. Os frascos apresentam um círculo com um quadrado no meio que serve para monitorar o estado de conservação da vacina. A vacina só pode ser usada quando o quadrado estiver mais claro que o círculo.



O quadrado central deve ser mais claro que o círculo

3.5.1 Precauções

- Deve-se verificar a data da expiração da vacina.
- Verificar o monitor do frasco para ver se a vacina pode ser usada.
- Verificar o número de gotas que devem ser administradas.

Assegurar-se que a criança engole a vacina.

3.5.2 Contra-indicações

Não há contra-indicações.

3.6 Vacina da DPT/HepB+Hib

A vacina protege contra a difteria, tosse convulsa, tétano, hepatite B e meningite e pneumonia causadas por *Haemophilus influenza* tipo B.

Esta vacina contém a bactéria da difteria enfraquecida, bactéria Pertussis morta, toxóide tetânico (toxina inativada), antigénio de superfície do vírus da hepatite B (vacina recombinante) associadas à vacina do Hib (vacina inativada).

A vacina deve ser dada em 3 doses, a primeira das quais aos dois meses de vida, com intervalo mínimo de 4 semanas entre elas, de acordo com o seguinte esquema:

1ª dose: a idade preferida para ser dada é aos **2 meses**, mas pode ser dada num intervalo que vai desde as 6 semanas até aos 23 meses de vida;

2ª dose: a idade preferida para ser dada é aos **3 meses**, mas pode ser dada num intervalo que vai desde as 10 semanas até aos 23 meses de vida;

3ª dose: a idade preferida para ser dada é aos **4 meses**, mas pode ser dada num intervalo que vai desde as 14 semanas até aos 23 meses de vida;

Para crianças que recebem a primeira vacina aos 12 meses de idade, uma dose única é suficiente para a imunização. As crianças podem receber um reforço entre os 12 e 18 meses de idade.

A vacina é administrada por **via intramuscular ou subcutânea**, numa dose de 0,5 ml, que pode ser na coxa ou no ombro.

A vacina DPT/Hep B apresenta-se em forma líquida e a Hib apresenta-se em forma líquida ou liofilizada (forma coloidal facilmente coagulável e dispersível). As formas líquidas devem ser conservadas entre + 2 e + 8º C e nunca devem ser congeladas. A forma liofilizada deve ser congelada até à sua diluição. Utiliza-se a vacina DPT/HepB ou uma solução salina (solução de NaCl) para a diluição da Hib liofilizada.

3.6.1 Precauções

- Verificar a data de expiração.
- Agitar bem as vacinas para certificar que não ficam congeladas.
- Certificar-se de chegar ao músculo para aí libertar a vacina.

3.6.2 Contra-indicações

Geralmente não há contra-indicações, com excepção para os casos em que há hipersensibilidade para algum dos componentes, como por exemplo ao toxóide do tétano ou da difteria.

Nos casos de febre alta, deve-se esperar até que a febre baixe.

3.7 Vacina Anti-Sarampo (VAS)

Protege contra o sarampo. A vacina é de vírus atenuado e é muito sensível à luz.

É administrada em dose única, **preferivelmente aos 9 meses**, mas pode ser dada desde os 8,5 até aos 23 meses de vida (na população deslocada pode ser administrada até aos 4 anos).

É administrada por **via subcutânea** numa dose de 0,5 ml, na porção superior do braço esquerdo.

Apresenta-se na forma liofilizada e deve permanecer congelada (- 15 a - 25° C) até ser diluída. Ao nível das unidades sanitárias deve ser conservada entre + 2 e + 8° C. Para a diluição deve ser usado somente o diluente fornecido pelo fabricante da vacina.

3.7.1. Precauções

- Verificar a data de expiração da vacina.
- Certificar-se de que usa o diluente indicado.
- Não agitar a vacina para não estragar.
- Limpar o local onde irá administrar a vacina com algodão mergulhado em água.
- Informar à mãe que a criança pode ter uma erupção ligeira, mas que vai passar espontaneamente.

3.7.2. Contra-indicações

Não existem contra-indicações.

Tabela 1. Calendário Vacinal (para crianças) em Vigor no País

Vacina	Idade ideal	Idade mínima	Idade máxima	Dose	Via de administração
BCG	À nascença	À nascença	23 meses	<1ano 0,05ml >1ano 0,1ml	Intradérmica
Pólio Zero	À nascença	À nascença	5 semanas	2 gotas	Oral
Pólio 1	2 meses	6 semanas	23 meses	2 a 3 gotas	Oral
Pólio 2	3 meses	10 semanas			
Pólio 3	4 meses	14 semanas			
DPT/HepB+Hib 1	2 meses	6 semanas	23 meses	0,5 ml	intramuscular
DPT/HepB+Hib 2	3 meses	10 semanas			
DPT/HepB+Hib 3	4 meses	14 semanas			
Sarampo	9 meses	8,5 meses	23 meses (4anos nas populações deslocadas)	0,5 ml	Subcutânea

Fonte: Manual do PAV (2009)

3.8 Vacina Anti-Tetânica (VAT)

Protege contra o tétano. É o mesmo toxóide tetânico da vacina DPT/HepB. É destruída pelo congelamento.

É dada a mulheres grávidas e mulheres em idade fértil para prevenir o tétano neonatal. No nosso país também é administrada aos alunos dos primeiros anos do ensino primário (1a e 2a classe, constituindo VAT 1 e VAT 2, respectivamente) e a trabalhadores cuja actividade lhes coloca em risco.

É administrada em 5 doses de 0,5 ml cada na região do ombro esquerdo (músculo deltóide). A primeira dose não dá protecção.

3.8.1. Precauções

- Verificar a data da expiração.
- Agitar para verificar se a vacina foi congelada ou não.

3.8.2. Contra-indicações

Não existem.

Nota: geralmente são utilizados 5 ml de diluente para diluir as vacinas e, maior parte desses diluentes apresentam-se em frascos de 5 ml.

Tabela 2. Calendário Vacinal da Mulher em Idade Fértil com Duração da Imunidade.

Doses	Intervalo mínimo	Protecção	Duração da protecção
VAT1	1º contacto	0	0
VAT2	4 semanas	80%	3 anos
VAT3	6 meses	95%	5 anos
VAT4	1 ano	99%	10 anos
VAT5	1 ano	99%	Toda a vida

Fonte: Manual do PAV (2009).

De modo geral, todas as crianças devem ser vacinadas na primeira oportunidade que seja possível, desde que elas estejam na altura certa para a devida vacina. Muitas vezes, as crianças doentes devem ser vacinadas, mesmo antes de estarem completamente curas, porque podem não voltar à unidade sanitária e ficarem sem a devida vacina.

Para todas as vacinas, no geral, existem contra-indicações absolutas e falsas.

3.9 Contra-indicações absolutas

- Geralmente, indivíduos com doenças imuno-deficientes ou com a imunidade enfraquecida por tratamento com medicamentos imunossupressores ou radiação (um tipo de tratamento através de raios gama – usados para tratamento de certos cancros) não devem receber vacinas vivas. Mas, para o caso do SIDA (uma doença imuno-deficiente) só a vacina de BCG é que não deve ser dada, as restantes devem ser dadas.

- Outra contra-indicação é o aparecimento de efeito adverso grave (ataque, pele fria com suor e desmaio, etc.) após a administração de uma determinada vacina. Neste caso a dose seguinte dessa vacina não deve ser dada.

3.10 Falsas contra-indicações

As situações que se seguem são consideradas de relativa pouca gravidade e, por isso, indivíduos que as apresentem devem ser vacinados.

- Infecções respiratórias superiores ou diarreia;
- Febre baixa (menor que 38.5° C);
- Alergia ou asma;
- Malnutrição;
- Amamentação;
- Pessoas com ataques (convulsões/epilepsia) na família;
- Crianças que estejam a ser tratadas com antibióticos;
- Infecção pequena na pele;
- Doença prolongada do coração, pulmões e fígado;
- Pele da criança amarela logo depois de nascer.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1 Vacinar é o acto de administrar substâncias biológicas no organismo de forma a criar um estado de protecção contra determinadas doenças.
- 4.2 Os objectivos principais do Programa Alargado de Vacinações são: reduzir a mortalidade infantil, morbilidade e incapacidade utilizando as melhores vacinas, tecnologias médicas e práticas seguras disponíveis.
- 4.3 As vacinações são feitas através de estratégias de rotina, (nas unidades sanitárias e brigadas móveis) ou campanhas.
- 4.4 As principais vacinas para crianças são:
 - BCG para Tuberculose
 - VAS para Sarampo
 - VAP para Pólio
 - DPT/HepB+Hib para Difteria, Pertussis (Tosse convulsa), Hepatite B e meningite e pneumonia causadas pelo *haemophilus influnzae tipo B*.
- 4.5 A infecção por HIV não constitui contra-indicação para a vacinação das crianças
- 4.6 Pessoas com manifestações do SIDA não devem ser vacinadas com BCG, mas podem ser vacinadas com as outras vacinas.
- 4.7 Para populações distantes a idade de vacinação é mais alargada.
- 4.8 Vacinar as mulheres (grávidas e em idade fértil) contra o tétano previne o tétano nos recém-nascidos.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	17
Tópico	Programa Alargado de Vacinações (PAV)	Tipo	Teórica
Conteúdos	Execução das Acções de Vacinação B. Gestão do PAV	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre o conteúdo “Execução das Acções de Vacinações (PAV)”:

1. Demonstrar como registar correctamente as vacinas no cartão de vacinação individual.

Sobre o conteúdo “Gestão do PAV”:

1. Listar todo o material e equipamento necessário para o funcionamento do PAV nas Unidades Sanitárias.
2. Estimar as necessidades de vacinas por mês, semestre e ano, usando dados demográficos, metas fornecidas e taxas de uso anteriores.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Registo de Vacinas no Cartão Individual		
3	Material e Equipamento do PAV		
4	Estimativas das Quantidades de Vacina Necessárias		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

- Amostras do cartão de saúde da criança

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:**Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):**

MISAU. Manual do programa Alargado de Vacinações. Maputo: 2009.

Murray T, Steinglass R, Fields R, Favin M, Ballou S; USAID. Fundamentos de imunização: um guia prático (Immunization essentials: a practical field guide). 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: REGISTO DE VACINAS NO CARTÃO INDIVIDUAL

2.1 Registo das vacinas no cartão

Os diferentes tipos de vacina (por exemplo VAT, vacinas da infância, etc) têm cartões próprios em que são registadas as vacinas administradas e as datas para as doses seguintes. Estes cartões servem como comprovativo e/ou controlo das doses que a pessoa tiver apanhado. No caso de crianças até aos 5 anos de idade, as vacinas são registadas no cartão de saúde.

Esses cartões apresentam uma tabela em que se encontram registados os nomes das vacinas, o número de doses necessárias para cada pessoa e espaços necessários para o registo.

No espaço para o registo o trabalhador de saúde que administra a vacina deve anotar:

- O nome da unidade sanitária (ou carimbo da US),
- A data da administração,
- A assinatura do técnico de saúde,
- E no espaço correspondente à dose seguinte, (apenas coloca a data correspondente utilizando um lápis porque por algum motivo a pessoa pode não ser vacinada na referida data).

Exemplo: para o caso de um recém-nascido, devem ser administradas as vacinas BCG e Pólio 0 e a data da vacina seguinte será quando a criança completar dois meses de vida (pólio e DPT/HepB-Hib), conforme ilustrado.

Repare, no exemplo elaborado com base no cartão de saúde da criança, que as vacinas estão organizadas de acordo com o número e a idade em que deve ser dada, os locais pintados por cinzento indicam que não deve ser preenchido, porque não é necessário.

Exemplo: Criança nascida no dia 10/09/2010, no Centro de Saúde de Dondo. Foi vacinada no mesmo dia pelo técnico Januário Tsumba.

Tabela 1. Local do Registo de Vacinas no Cartão de Saúde da Criança

(Adaptado, baseado no cartão de saúde da criança)

Vacinas		Doses			
		0	1 ^a	2 ^a	3 ^a
BCG	Data	10/09/2010			
	Assinatura e carimbo	CS de Dondo Januário Tsumba			
Pólio	Data	10/09/2010	10/11/2010		
	Assinatura e carimbo	CS de Dondo Januário Tsumba			
DPT + HepB + Hib	Data		10/11/2010		
	Assinatura e carimbo				
Sarampo	Data				
	Assinatura e carimbo				

Crianças ou mulheres que aparecem nas sessões de vacinação sem apresentarem o cartão de saúde ou de vacinação devem ser administradas as respectivas vacinas.

BLOCO 3: MATERIAL E EQUIPAMENTO DO PAV

3.1 Gestão do PAV

Para o funcionamento adequado de um programa de vacinação devem ser tomados em conta todos os aspectos relacionados com disponibilidade de meios materiais, financeiros e humanos. Deve-se garantir a reposição permanente de todo o material necessário através de inventários e relatórios periódicos.

Para isso, o funcionamento geral do programa, incluindo material necessário, cálculo de necessidades de suprimento das vacinas, manuseio diário do equipamento e das próprias vacinas deve ser do domínio do pessoal de saúde que lida diariamente com o programa.

Todas as unidades sanitárias devem ter os seguintes materiais e equipamento para um funcionamento satisfatório do programa:

3.1.1 Para o funcionamento da cadeia de frio

- Geleira a petróleo/eléctrica/a gás
- Congelador para acumuladores
- Caixa isotérmica RCW 2
- Caixa isotérmica IVC 3 (INALSA)
- Caixa isotérmica RCW 12
- Caixa isotérmica RCW 25
- Acumuladores de frio
- Monitores da cadeia de frio
- Termómetros
- Monitor de congelação (freeze watch)

3.1.2 Material consumível (de uso único que se gasta diariamente)

- Seringas auto-destrutíveis de 0,05 ml (para BCG)
- Seringas auto-destrutíveis de 0,5 ml (para VAS, VAT e DPT)
- Seringas de 5 ml para diluição
- Petróleo
- Cartões de saúde da criança
- Cartões de VAT
- Ficha A01 – Registo diário de crianças
- Ficha A02 – Registo diário de VAT
- Ficha A03 – Registo mensal - US
- Ficha A11 – Controlo de movimento mensal de vacinas
- Ficha de planificação para as Brigadas Móveis
- Ficha de actividades das Brigadas Móveis

3.1.3 Outros

- Manual de normas do PAV
- Recipiente para petróleo
- Motorizada (para deslocamento de pessoal para as comunidades)

BLOCO 4: ESTIMATIVAS DAS QUANTIDADES DE VACINA NECESSÁRIAS

4.1 Planificação do PAV

Para uma boa planificação de actividades de vacinação numa determinada área de saúde é necessário conhecê-la geograficamente (reconhecimento físico) e em termos de número de pessoas residentes (população total).

Para obter-se informação acerca do tamanho da população pode-se recorrer às estruturas administrativas, fazer um recenseamento, fazer inquéritos ou obtê-la por estimativa.

Normalmente, a forma mais comum é por estimativa. Para o uso da estimativa, deve-se ter o tamanho da população e a Taxa de Crescimento Natural (TCN) do ano anterior (média anual ou provincial) e, com base neles calcular o tamanho da população estimado do ano que se deseja, segundo o seguinte exemplo:

$$\text{População de 2010} = \text{população de 2009} + (\text{população de 2009} \times \text{TCN})$$

Por exemplo, para uma população na qual estima-se que a população era de 4000 habitantes no ano anterior (2009), e que teve uma taxa de crescimento de 3,5% (0,035), temos:

$$\text{Pop. em 2010} = \text{pop. em 2009} + (\text{pop. em 2009} \times \text{TCN de 2009})$$

$$\text{Pop. em 2010} = 4000 + (4000 \times 0.035)$$

$$\text{Pop. em 2010} = 4000 + 140$$

$$\text{Pop. em 2010} = 4140$$

Os dados sobre o tamanho da população e taxa de crescimento podem ser obtidos nos relatórios dos Censos.

4.2 Quantidade de vacinas a requisitar

No processo de requisição de vacinas, deve-se ter cuidado para não requisitar vacinas em excesso, porque podem se estragar, nem requisitar em falta, porque pode provocar paragem da actividade de vacinação. Por outro lado, deve-se ter em conta a ruptura de stock, o aumento da população alvo e o desperdício da vacina.

Para a estimativa das necessidades de vacina devem ser seguidos os seguintes passos:

- **Estimar o tamanho da população total.** Explicação dada anteriormente.
- **Calcular o grupo alvo.** Grupo-alvo é um grupo específico de pessoas que está em risco comum de contrair determinadas doenças, e compõem o grupo alvo da vacina em questão.

Para o PAV temos dois grupos-alvo prioritários, que são as crianças menores de 1 ano e as mulheres em idade fértil (grávidas e não grávidas).

Para o cálculo do grupo-alvo, deve-se conhecer o tamanho da população total da área de saúde e, também as respectivas taxas de cada grupo para o cálculo. No país, existem taxas adoptadas pela Direcção Nacional de Planificação e Cooperação para o efeito.

Tabela 2. Taxas adoptadas no cálculo dos diferentes grupos alvo.

Idades	Variações	Taxas a aplicar no processo de planificação
Grávidas previstas	5%	5%
Partos previstos	4.5%	4.5%
Crianças menores de 1 ano	4%	4%
Crianças entre 1-4 anos	13-16%	13,3%
Crianças entre 0-4 anos	17-20%	17,3%
Crianças entre 5-14 anos	25-30%	27,0%
Crianças entre 0-14 anos	42-50%	44,3%
Mulheres em idade fértil	22,8%	24,9%

Fonte: Manual do PAV, 2009.

- **Estimar a taxa de cobertura que se pretende atingir para cada vacina.** Depende da distribuição da rede sanitária e/ou da disponibilidade de meios para alcançar populações distantes. Para uma área de saúde com uma boa distribuição sanitária, pode-se estimar em:
 - BCG 95%
 - DPT /Pólio 90%
 - VAS 80%
- **Calcular o número de doses a serem administradas por cada criança.**
 - BCG – dose única
 - VAS – dose única
 - DPT/Hep B - Hib – 3 doses
 - Pólio – 4 doses
 - VAT – 5 doses
- **Estimar a quantidade de vacina necessária.** Para o cálculo da quantidade de vacina, deve-se multiplicar o grupo alvo pela cobertura estimada e pelo número de doses a administrar por cada vacina.

Quantidade de vacina = grupo-alvo x cobertura (%) x nº de doses

- **Estimar o desperdício (converter em factor de desperdício).** Corresponde à quantidade de vacina que é inutilizada. No país o desperdício foi estabelecido para as vacinas do PAV, nos seguintes níveis:
 - BCG 50%
 - Pólio 20%
 - Sarampo 30%
 - DPT/Hep B 20%
 - VAT 25%

Para o cálculo do factor de desperdício, usa-se a seguinte fórmula:

$$\text{Factor de desperdício} = \frac{100}{(100 - \text{taxa de desperdício})}$$

Tabela 3. Taxas de desperdício e factores correspondentes.

Taxa de desperdício	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
Factor de desperdício equivalente	1.05	1.11	1.18	1.25	1.33	1.43	1.54	1.67	1.82	2.00	2.22	2.50

Fonte: Manual do PAV, 2009.

- **Calcular a quantidade de vacina, incluindo o desperdício.** Para o cálculo da quantidade adiciona-se a quantidade de vacina necessária à quantidade desperdiçada.
- **Estimar o stock de segurança.** O stock de segurança serve para cobrir falhas relacionadas à ruptura de stock, aumento da população alvo e o desperdício, conforme mencionado anteriormente. Normalmente calcula-se 25% da quantidade de vacina, calculada no ponto anterior (7).

Stock de segurança = quantidade de vacina (incluindo o desperdício) x 25%

- **Calcular a quantidade total de vacina, incluindo o stock de segurança.** Resulta do somatório dos dois pontos anteriores (7 + 8)
- **Calcular o número de frascos de vacina, tendo em conta que em um frasco podem sair várias doses de vacina, dependendo da quantidade a administrar por dose.** Vacinas que são dadas numa quantidade de 0,5 ml podem ter até 10 doses por frasco (DPT, por exemplo) e aquelas em que se dá cerca de 0,1 ml podem ter muito mais (BCG).

Exemplo: para o caso da vacina de DPT/Hep B + Hib em uma população com 35.000 habitantes, teríamos para cada ponto o seguinte:

- Tamanho da população total (Pt) = **35000**
 - Grupo-alvo = **4% x pop. total = 4% x 35000 = 1400 crianças**
 - Cobertura esperada da vacinação = **90%**
 - Número de doses a serem administradas por cada criança = **3 doses**
 - Quantidade de vacina necessária = **1400 x 90% x 3 = 3780**
 - Estimar o desperdício e converter em factor de desperdício = **20% (FD = 1.25)**
 - Quantidade de vacina, incluindo o desperdício = **3780 x 1.25 = 4725**
 - Stock de segurança = **25% x 4725 = 1181**
 - Quantidade total de vacina, incluindo o stock de segurança = **4725 + 1181 = 5906 doses de DPT/HepB + Hib** são necessárias para todo o ano.
 - Calcular o número de frascos de vacina. Cada frasco de DPT contém 10 doses de vacina. Assim = **5906 : 10 = 590,6 frascos, arredondados para 591. São necessários 591 frascos de DPT para o ano todo.**
- **Estimativa por semestre e por mês**

Para se estimar a quantidade de vacina necessária por **semestre**, divide-se o resultado encontrado no ponto anterior, que corresponde à quantidade anual, por 2 (dois), pelo facto de um ano ter dois (2) semestres.

Para o exemplo acima, seria necessário dividir 5906 por 2.

$$5906 : 2 = 2953 \text{ doses por semestre (ou 296 frascos)}$$

Para se estimar a quantidade de vacina necessária por **mês** (o período utilizado para requisição nas unidades sanitárias), divide-se o valor encontrado por 12 (doze), pelo facto de um ano ter doze (12) meses.

Para o exemplo acima, seria necessário dividir 5906 por 12

$$5906 : 12 = 492 \text{ doses por mês (ou 50 frascos)}$$

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** Todas as vacinas devem ser registadas em cartões individuais que servem como comprovativo e também para o controlo.
- 5.2** Crianças ou mulheres que aparecem nas sessões de vacinação sem apresentarem o cartão de saúde ou de vacinação devem ser administradas as respectivas vacinas
- 5.3** É necessário ter sempre uma lista disponível de material PAV na unidade para auxiliar no controlo de materiais em falta.
- 5.4** Uma das etapas mais importantes de uma planificação do PAV é a estimativa da quantidade necessária para o funcionamento da vacinação
- 5.5** Para a estimativa das necessidades de vacina devem ser seguidos os seguintes passos:
 - a. Estimar o tamanho da população total
 - b. Calcular o grupo alvo.
 - c. Estimar a taxa de cobertura que se pretende atingir para cada vacina
 - d. Calcular o número de doses a serem administradas por cada criança.
 - e. Estimar a quantidade de vacina necessária
 - f. Estimar o desperdício (converter em factor de desperdício).
 - g. Calcular a quantidade de vacina, incluindo o desperdício.
 - h. Estimar o stock de segurança.
 - i. Calcular a quantidade total de vacina, incluindo o stock de segurança.
 - j. Calcular o número de frascos de vacina,
 - k. Estimativa por semestre e por mês
- 5.6** Nas unidade sanitárias as requisições devem ser feitas mensalmente.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	18
Tópico	Programa Alargado de Vacinações (PAV)	Tipo	Teórica
Conteúdos	Gestão do PAV	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir cadeia de frio e explicar a sua importância.
2. Descrever o processo de transporte e armazenamento de vacinas aos vários níveis das Unidades Sanitárias.
3. Descrever o processo de recepção de vacinas, incluindo o processo de verificação do estado de conservação.
4. Demonstrar o preenchimento correcto dos guiões de entrega e de recepção de vacinas.
5. Para cada vacina, fazer a leitura correcta dos indicadores térmicos e relacioná-los com a qualidade da vacina e medidas para tomar.
6. Descrever e demonstrar o processo de controlo e registo de temperatura diária.
7. Listar as medidas a tomar em caso de mau funcionamento ou avaria completa da cadeia de frio.
8. Descrever como dispensar das vacinas estragadas.
9. Descrever o manejo do lixo do PAV.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Cadeia de Frio		
3	Processo de Transporte e Armazenamento de Vacinas		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

- Ficha de entregue e recepção de vacinas
- Gráfico de registo de temperatura diária
- Cartão monitor da cadeia de frio
- Termómetro (de relógio ou outro tipo em uso nas USs para controlar temperatura de vacinas)
- VVM
- Relógio de congelação
- Caixa isotérmica
- Acumuladores
- Caixas de vacinas (podem estar vazias)
- Frascos de vacinas, um de vacina estragada e outro normal (para demonstração do shake test)

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:**Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):**

MISAU. Manual do programa Alargado de Vacinações. Maputo: 2009.

Murray T, Steinglass R, Fields R, Favin M, Ballou S; USAID. Fundamentos de imunização: um guia prático (Immunization essentials: a practical field guide). 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CADEIA DE FRIO

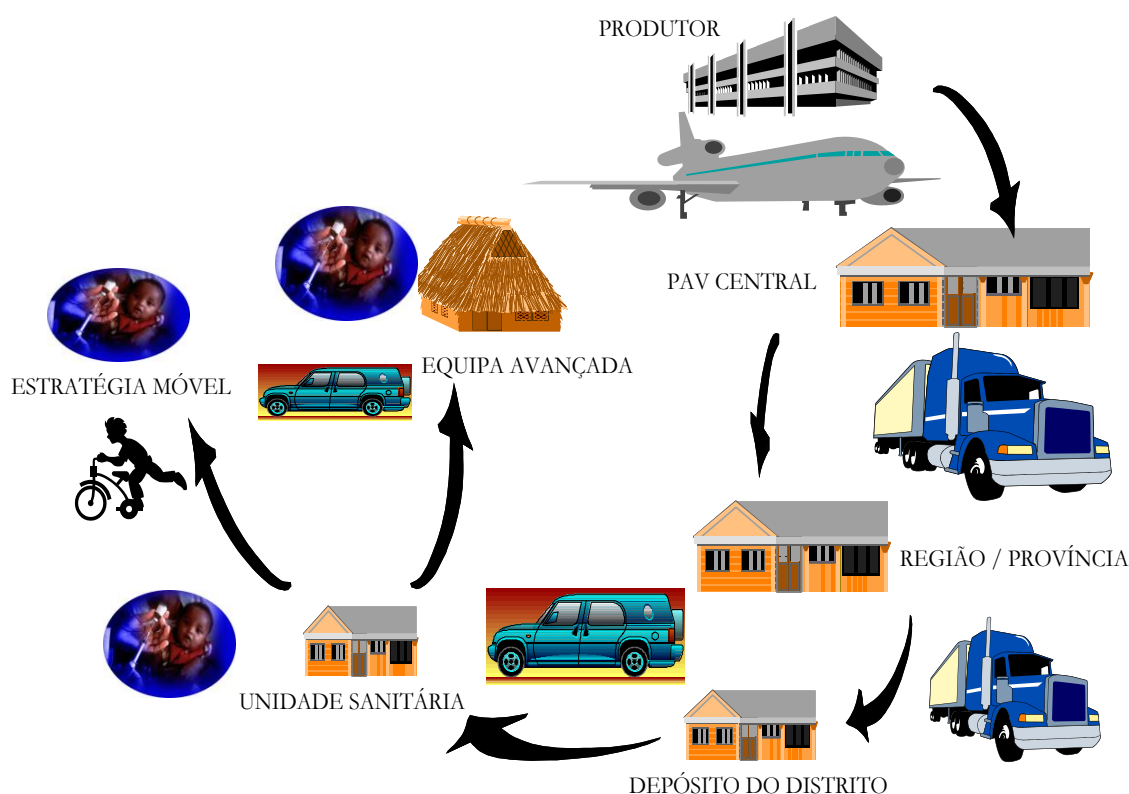
2.1 Cadeia de Frio

As vacinas devem ser conservadas em temperaturas constantes, para manter a sua potência e não se estragarem. Todas elas devem permanecer em temperaturas baixas, variando de negativas a positivas, segundo o tipo específico.

Cadeia de frio - é um sistema integrado, constituído por equipamentos, pessoal, políticas e procedimentos, que tem como finalidade garantir o transporte e a distribuição de vacinas em condições adequadas de temperatura e conservação até aos seus usuários (mulheres e crianças).

A cadeia de frio é importante porque mantém a potência das vacinas, ao evitar alterações da temperatura que podem torná-las inúteis.

As temperaturas das vacinas devem ser mantidas constantes porque algumas vacinas (por exemplo as de vírus vivos atenuados) ficam sem potência quando são aquecidas (aumento da temperatura), porque o calor mata as partículas vivas, enquanto outras quando são congeladas (diminuição da temperatura), há formação de grânulos que não se dissolvem facilmente.



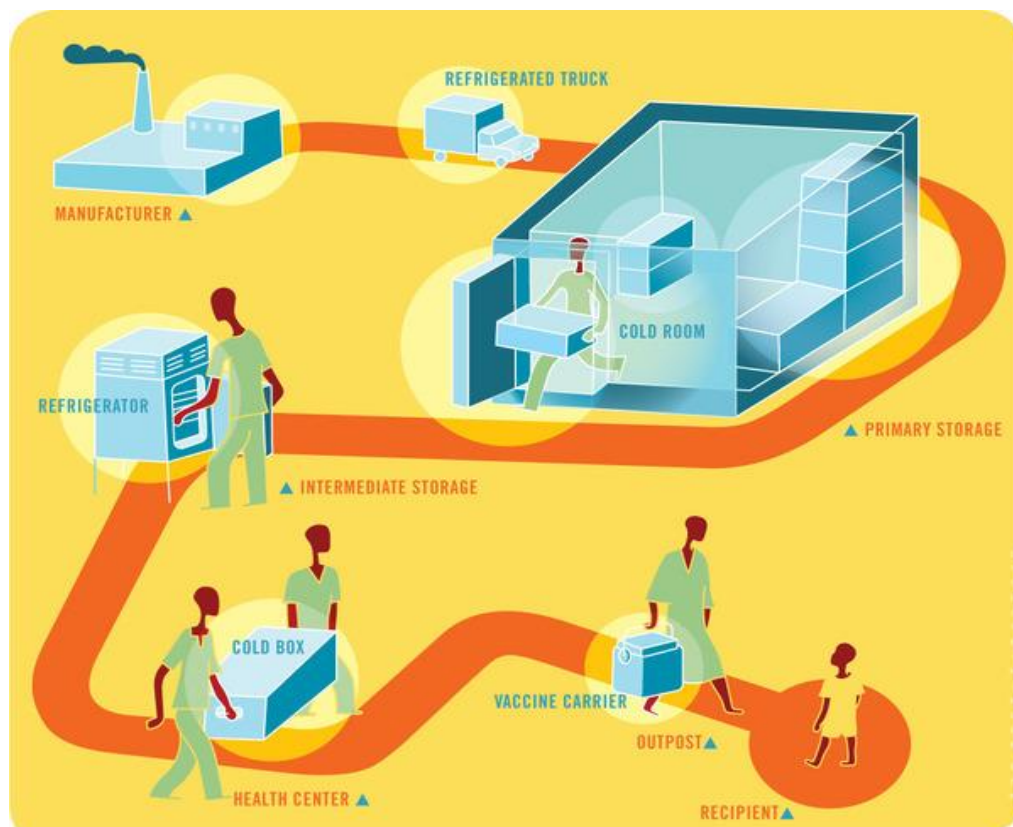


Fig 1. Cadeia de frio

2.2 Indicadores Térmicos das Vacinas

Para testar directamente a eficácia das vacinas, relativamente à conservação da temperatura, podem ser utilizados: (i) o monitor do frasco de vacina (VVM), (ii) o relógio de congelação (freeze watch) ou (iii) o teste de agitação (shake test).

2.2.1 Monitor do frasco de vacina (VVM)

Encontra-se no frasco da vacina, na parte cilíndrica (lateral) para as vacinas líquidas ou na parte superior nas vacinas liofilizadas (em pó). É constituído por um círculo com fundo escuro e um quadrado central com fundo branco. Até agora, no país, só a vacina anti-pólio é que apresenta este monitor, mas em breve todas as outras vacinas também terão.

Quando a parte central (quadrado) adquirir uma cor mais escura ou a mesma cor que o círculo, significa que a vacina não pode ser mais usada, ou seja, encontra-se deteriorada devido à exposição excessiva ao calor (figura abaixo).



Figura 2. Monitor do Frasco de Vacina (VVM).
Imagem cortesia de USAID, 2003

2.2.2 Relógio de Congelação (freeze watch)

É uma pequena ampola de vidro preenchida por líquido colorido que é sensível à temperaturas muito baixas (abaixo de -3°C) e, por isso, útil para detectar se vacinas (como DPT/HepB, Hib líquida e VAT), que não devem ser congeladas, foram congeladas.

Se a temperatura tiver atingido os valores referidos a ampola parte-se e espalha o líquido no interior. Nessas condições as vacinas não devem ser utilizadas porque podem ter perdido a potência.



Figura 3. Relógio de Congelação.

2.2.3 Teste de Agitação (shake test)

É um teste simples, que serve para identificar as vacinas que tiverem sido congeladas durante a permanência no refrigerador. É útil para detectar se vacinas como DPT/HepB, Hib líquida e VAT foram congeladas. Para este teste devem ser utilizadas vacinas que se sabe que não foram congeladas, com certeza, e aquelas que estão a ser testadas.

Imagem cortesia de USAID, 2003

Agitam-se as duas vacinas fortemente e depois observa-se por 15 a 30 minutos o que acontece. Se a vacina apresentar sedimento (aparecimento de uma parte mais escura no fundo do frasco e líquido na parte superior) significa que a vacina foi congelada e por isso não deve ser utilizada.



Imagem cortesia de USAID, 2003

Figura 4. Teste de Agitação.

2.3 Registo da Temperatura Diária

O registo da temperatura é feito todos os dias, duas vezes, de manhã e de tarde através de **termómetros**, que são instrumentos de medição de temperatura. Esta tarefa permite descobrir qualquer falha no funcionamento do refrigerador e o reajustamento do termostato, sempre que necessário, evitando que as vacinas se estraguem ou que sejam administradas já estragadas.

Os termómetros mais comuns são:

- **Termómetros de líquido cristalino** – usados durante o transporte da vacina e nos refrigeradores. Servem para registar as temperaturas de congelamento.
- **Termómetros de relógio** – existem em dois tipos. Um é usado nos depósitos centrais, regionais e distritais. Regista temperaturas mínimas e máximas e tem um alarme, que toca em caso de desregulamento da temperatura.

O outro é usado durante o transporte e na maioria dos refrigeradores, não regista temperaturas máximas e mínimas e não tem alarme.



Imagem cortesia de USAID, 2003

Figura 5. Termómetro de relógio.

- **Termómetros termográficos** – são construídos no interior das câmaras frias e registam a temperatura da câmara de forma contínua. São usados em depósitos centrais e regionais.

2.4 Medidas a tomar em caso de mau funcionamento ou avaria dos refrigeradores

Os refrigeradores constituem equipamento muito importante para a cadeia de frio. A maior parte das unidades do país dependem de refrigeradores para uma conservação adequada das vacinas. Podemos encontrar refrigeradores eléctricos, a gás e a petróleo. Para um bom funcionamento dos refrigeradores deve-se observar periodicamente o seguinte:

- Se está bem ligada à fonte de energia;
- Se for eléctrica: se a tomada é exclusiva, se o fio tem emendas. Deve-se evitar o uso de múltiplas fichas na mesma tomada e o uso de fios com emendas. Sempre que possível utilizar um estabilizador de voltagem;
- Se for a gás: verificar se a botija está bem ligada e os fios bem ajustados. Usar sempre gás butano;
- Se for a petróleo: verificar se o depósito está sempre com quantidade suficiente, se a torcida está bem colocada e bem ajustada.

Se o refrigerador deixar de funcionar:

- Verificar o fornecimento de energia;
- Verificar se a geleira está ligada à tomada, a botija tem gás ou o depósito tem petróleo;
- Controlar os fusíveis do edifício
- Se após todos os cuidados referidos anteriormente continuar assim, chamar o técnico de frio com urgência.

Se o refrigerador não funcionar adequadamente (não produzir frio suficiente):

- Verificar os pontos referidos acima;
- Verificar se o botão de controlo está no “máximo”. Se não estiver, ajustar até ao máximo e esperar para ler novamente a temperatura;
- Verificar se o termóstato está a funcionar;
- Verificar se as portas estão devidamente fechadas;
- Controlar o acúmulo de gelo no compartimento congelador, se necessário retirar o gelo;

- Verificar se a circulação do ar é boa dentro e fora do refrigerador, ou seja se a geleira não demasiado cheia e se há espaço entre a geleira e as paredes;
- Ver se o condensador e a unidade de esfriamento não estão sujos ou obstruídos com poeira.

Se o problema não se resolver, transferir todas as vacinas para outra geleira, caso exista, ou para a Unidade Sanitária mais próxima.

Se não for possível, transferir as vacinas para uma caixa isotérmica com um número considerável de acumuladores de gelo.

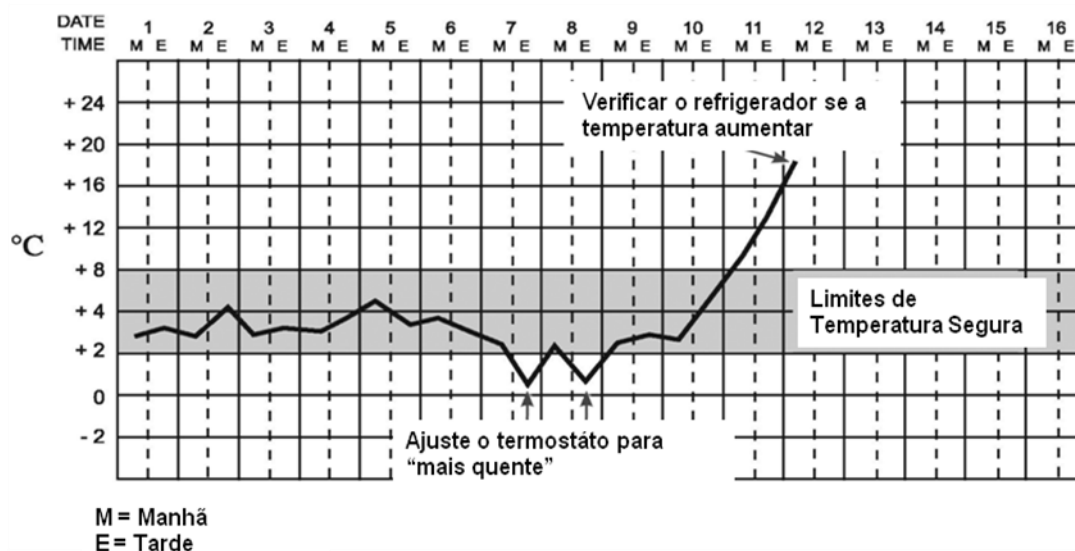


Figura 6. Gráfico de registo da temperatura

BLOCO 3: PROCESSO DE TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE VACINAS

3.1 Transporte, Recepção e Armazenamento de Vacinas

Normalmente todas as vacinas são requisitadas às fábricas a partir de órgãos centrais (por exemplo, MISAU) e armazenadas no depósito central do país. Nesse depósito, as vacinas são organizadas pela data de expiração e armazenadas a várias temperaturas, conforme recomendado.

Temperaturas de conservação de vacinas a diferentes níveis

Tipos de Vacinas	Níveis: Central e Provincial	Níveis: Distrital e U. Sanitária
BCG	- 15° C a - 25°C	+ 2° C a + 8°C
ANTI-PÓLIO	- 15° C a - 25°C	+ 2° C a + 8°C
ANTI-SARAMPO	- 15° C a - 25°C	+ 2° C a + 8°C
DPT/Hepatite B	+ 2° C a + 8°C	+ 2° C a + 8°C
ANTI-TÉTANO	+ 2° C a + 8°C	+ 2° C a + 8°C

Após a requisição por determinada Unidade Sanitária, esta deve ser notificada, através de Rádio, Telefone, Fax ou e-mail, recebendo a seguinte informação:

- O tipo de vacina que irão receber
- O número de frascos ou doses a receber
- O dia e a hora de saída do armazém central
- A hora provável de chegada à unidade sanitária
- O número de embalagens.

Quando a vacina chega à unidade sanitária, devem ser feitas as seguintes acções:

- Verificar e registar o estado dos monitores de vacina que acompanham as caixas de vacina, para avaliar a manutenção da cadeia de frio durante o transporte;
- Verificar e registar as condições dos acumuladores que acompanham as caixas de vacinas
- Verificar e registar a quantidade de vacina recebida e o número de embalagens.

Normalmente as unidades sanitárias devem fazer requisições mensais. Se assim procederem, todas as vacinas devem ser organizadas de modo a que as mais antigas (com data de expiração mais próxima) sejam utilizadas primeiro e as mais recentes mais tarde e armazenadas nos refrigeradores em temperaturas positivas (+ 2º e + 8º C).

Segundo as novas recomendações da OMS, todas as vacinas para uso durante um mês não devem ser congeladas.

Para os níveis distritais, em que há armazéns com grande capacidade e que as vacinas permaneçam por períodos de 3 meses ou mais, o armazenamento é igual ao nível central.

3.2 Ficha de Entrega e Recepção de Vacinas

Serve para controlar a quantidade de vacina recebida e distribuída por unidades.

Para o seu preenchimento devem ser seguidas instruções que são apresentadas no modelo a seguir:

Depósito _____

Mínimo	Ponto de requisição	Máximo
(1)	(2)	(3)

Data	Destino		Propósito da operação	Movimentos		Lote Nº	Data de expiração	Estado do VVM	Balanço lote	Balanço geral
	Unidade	Distrito		Recebido	Aviado					
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K

COLUNA

A = Data da operação

B = Nome da Unidade Sanitária
C = Nome do Distrito
D = Propósito da Operação: Rotina, Limpeza, etc.
E = Quantidade Recebida
F = Quantidade aviada
G = Número do Lote
H = Data de Expiração
I = Estádio 1 ou 2 (Apto para Uso ou Não)
J = Stock do Lote em Uso
K = Stock do Geral

3.3 Vacinas Estragadas

Todas as vacinas comprovadamente estragadas devem ser imediatamente separadas, garantir que não sejam utilizadas e comunicar-se ao supervisor acerca da sua existência e estado. As vacinas podem se estragar por má conservação da cadeia de frio, ou seja, por alterações da temperatura que as danificam, ou então porque o período para o qual a vacina tiver sido produzida expira (passa da data de expiração).

O responsável pela comunicação da existência de vacinas estragadas é o chefe do PAV da Unidade Sanitária através da ficha de controlo de stock de vacinas e materiais de vacinação, apresentada anteriormente. A informação é, posteriormente, enviada ao nível distrital.

O supervisor, é encarregue de registar a quantidade de vacina estragada, o nome do fabricante e a provável causa da perda da potência. Posteriormente todas as vacinas são colectadas e destruídas segundo as normas de destruição de lixo hospitalar. O lixo hospitalar é destruído nas incineradoras, geralmente, localizadas nas unidades sanitárias.

3.4 Manejo do Lixo do PAV

Desde o ano 2001 o PAV deixou de utilizar seringas e agulhas esterilizáveis e passou a utilizar seringas e agulhas de uso único. Estas podem ser descartáveis e auto-destrutíveis. As auto-destrutíveis são seringas feitas de modo que seja impossível usa-las mais do que uma vez porque o êmbolo é bloqueado e não vai para frente nem para trás.

Todas as seringas e agulhas devem ser dispostas com segurança após o uso e, no caso das de uso único, deve-se garantir que sejam destruídas logo após o uso de forma segura. Actualmente, existem caixas incineradoras à prova de água e resistentes à perfuração pelas agulhas, onde o trabalhador deve colocar as agulhas e seringas imediatamente após o uso.

Como alternativa, podem ser utilizados recipientes de plástico espesso (baldes, por exemplo) ou de metal para transportar as seringas e agulhas para o local onde serão incineradas ou queimadas.

As caixas incineradoras devem estar disponíveis no local onde esteja a ocorrer a vacinação e, logo que estiver cheia deve ser destruída (queimada ou incinerada) o mais próximo possível do local da vacinação. Normalmente as seringas e agulhas no interior das caixas ficam totalmente queimadas, mas em caso de dúvida, todo o material deve ser enterrado após incineração.



Figura 7. Caixas incineradoras

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1 Para manter a sua potência, todas as vacinas precisam ser mantidas a uma temperatura constante em todos os passos do transporte e armazenamento até utilização. Esse processo é chamada a cadeia de frio
- 4.2 Ao nível distrital, todas vacinas devem estar armazenadas entre $+2^{\circ}\text{C}$ e $+8^{\circ}\text{C}$. Ao nível central e provincial, as vacinas anti-pólio, anti-sarampo e BCG são armazenadas entre -15°C e -25°C , enquanto as vacinas da DPT/HepB e anti-tétano são armazenadas entre $+2^{\circ}\text{C}$ e $+8^{\circ}\text{C}$.
- 4.3 Deve-se verificar as temperaturas dos refrigeradores diariamente (de manhã e à tarde) de modo a garantir que sejam descobertas alterações que podem estragar as vacinas
- 4.4 Sempre que chegam vacinas novas à unidade sanitária devem ser verificados os indicadores de conservação para verificar se os cuidados com a temperatura foram prestados antes da chegada.
- 4.5 No acto de recepção, deve-se verificar a quantidade de vacina recebida.
- 4.6 As unidades sanitárias devem fazer requisições mensais.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	19
Tópico	Programa Alargado de Vacinações (PAV)	Tipo	Teórica
Conteúdos	Campanhas de Vacinação	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os passos de elaboração de um plano de campanha de vacinação.
2. Descrever a organização de uma campanha de vacinação integrada com outros serviços de SMI.
3. Descrever o processo de manutenção da cadeia de frio durante uma campanha de vacinação.
4. Calcular e elaborar uma lista de material e equipamento necessário para uma campanha de vacinação.
5. Elaborar um plano de implementação de uma campanha de vacinação.
6. Descrever o funcionamento de uma caixa isotérmica portátil e a sua organização interna para conservação de vacinas.
7. Arrumar correctamente uma caixa isotérmica com vacinas e acumuladores.
8. Descrever e calcular, na base do plano de implementação, a composição de brigadas móveis de vacinação.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Planificação de Campanha de Vacinação		
3	Composição de uma Campanha e de uma Brigada Móvel		
4	Cadeia de Frio durante uma Campanha/Brigada		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

- Caixas isotérmicas
- Acumuladores
- Caixas de vacinas (para demonstração da forma como se arrumam as vacinas nas caixas isotérmicas)

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:**Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):**

MISAU. Manual do programa Alargado de Vacinações. Maputo: 2009.

Murray T, Steinglass R, Fields R, Favin M, Ballou S; USAID. Fundamentos de imunização: um guia prático (Immunization essentials: a practical field guide). 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: PLANIFICAÇÃO DE CAMPANHA DE VACINAÇÃO

2.1 A campanha de vacinação é uma estratégia de vacinação em massa, levada a cabo por um período relativamente curto de tempo (geralmente 1 semana), com o propósito de: a) aumentar a cobertura vacinal de grupos alvos menos acessíveis, b) contenção de um surto / epidemia; c) prevenir um surto / epidemia. É uma vacinação em massa, porque todo grupo alvo (independentemente do seu estado vacinal naquele momento) deve ser vacinado.

2.2 Elaboração de um Plano de campanha de Vacinação

Para elaboração de um plano para campanha de vacinação devem ser seguidos os seguintes passos:

- Conhecimento da comunidade – consiste na caracterização da área em termos de limites, tamanho da população, vias de comunicação (estado das estradas), rede sanitária, etc.
- Identificação dos problemas – saber quais das doenças que o país previne com vacinas são mais prevalentes na referida área, pode-se utilizar dados estatísticos anteriores.
- Estabelecimento de prioridades – priorizar sempre os grupos de maior risco (por exemplo, crianças menores de 1 ano) e os locais com maior incidência.
- Inventários de recursos – saber que recursos estão disponíveis, incluindo meios de transporte, equipamento da cadeia de frio, material de vacinação, pessoal, etc.
- Escolha de estratégias e táticas – as estratégias dependem sempre do conhecimento da área de saúde, por exemplo a acessibilidade dos locais, existência de unidades sanitárias próximas podem determinar a forma como encontrar as comunidades (se é possível através de fixação de pontos fixos em determinados locais ou se devem se deslocar às comunidades e acampar-se).
- Escalonamento de actividades de vacinação – pode ser determinado pela disponibilidade das mães das crianças, ou seja, numa comunidade em que durante a manhã vai-se a machamba pode ser preferível marcar as vacinações para o período da tarde para encontrar o maior número possível de pessoas.
- Estabelecimento de objectivos – sempre que se programa uma campanha de vacinação deve-se ter uma meta, ou seja, o número de indivíduos que se pretende vacinar, o que garante um controlo das actividades.
- Programação da mobilização da comunidade – consiste na adopção de uma estratégia para transmitir a informação de modo a mobilizar o maior número de participantes possível.
- Programação da distribuição de vacinas
- Avaliação do programa – consiste na verificação do grau de implementação das actividades programadas. Deve-se verificar o grau de satisfação das comunidades e se o número de pessoas que se pretendia vacinar foi alcançado. Existe uma avaliação obrigatória, efectuada a nível provincial e nacional, mas as unidades de vacinação devem efectuar uma primeira avaliação, que consiste num questionário, como no seguinte exemplo:
 - Foram realizadas todas as sessões de vacinação planificadas?

- As vacinas eram em quantidade suficiente? Estavam dentro do prazo?
- Foram mantidas à temperatura conveniente até ao momento da administração?
- A temperatura do refrigerador foi controlada e registada 2 vezes ao dia e sempre mantida entre + 2 e + 8° C?
- A aplicação das vacinas tem obedecido às regras de uma boa técnica e respeita rigorosamente o calendário vacinal?
- Todos os grupos que se pretendiam vacinar foram vacinados?
- Todo o pessoal de saúde tem participado na Educação Sanitária?

2.3 Organização de uma Campanha de Vacinação Integrada com Outros Serviços de SMI

Uma campanha de vacinação é uma actividade complementar para o cumprimento dos objectivos da vacinação, normalmente feita por rotina. Durante uma campanha deve-se garantir que as crianças recebam as devidas vacinas, mas é também uma boa oportunidade para educar os pais e os responsáveis pelas crianças acerca da importância da vacinação e motivá-los a participar frequentemente.

Para além de actividades de vacinação, outras inseridas nos serviços de Saúde Materno-Infantil (SMI), tais como suplementação com vitamina A, pesagem das crianças, educação das mães em matéria de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade da criança e utilização de outros alimentos em idades mais avançadas, bem como planeamento familiar para as mães, também podem ser incluídas numa campanha.

Para que esses resultados sejam alcançados, devem ser realizadas as seguintes tarefas:

- Preparar quantidade suficiente de seringas e agulhas para aplicar as vacinas com segurança (uma seringa e uma agulha por injeção aplicada);
- Preparar todas as vacinas e suplementos (vitamina A e outros materiais necessários - anti-conceptivos, alguns alimentos para demonstrações, etc.);
- Preparar material para educação acerca da saúde das crianças, nutrição e planeamento familiar;
- Limpar o local da sessão;
- Arranjar espaço suficiente, mesas e cadeiras para permitir que as mães se movimentem de forma confortável;
- Reunir todas as mães no início da sessão para lhes dar as boas vindas e explicar a importância do evento (incluindo cada actividade a ter lugar);
- Vacinar e registar correctamente nos cartões e livros de registo;
- Limpar o local no fim da sessão;
- Conversar com as mães no final da sessão para avaliar o grau de satisfação de cada uma (pode existir alguém que entreviste as mães na altura da sua retirada após vacinação da sua criança).

BLOCO 3: COMPOSIÇÃO DE UMA CAMPANHA E DE UMA BRIGADA MÓVEL

3.1 Tamanho do Grupo-Alvo e a Quantidade de Vacina Necessária

Para a estimativa do grupo-alvo da área que se pretende levar a cabo a campanha, deve-se conhecer o tamanho total da população local (fornecido pelas autoridades locais) e, de acordo com as percentagens estabelecidas (Crianças 0-11 meses = 4% e mulheres grávidas = 5%) e calcular.

Uma vez estimado o grupo alvo, seguem-se as mesmas etapas explicadas na aula 17 para o cálculo da quantidade de vacina que será necessária.

3.2 Material e Equipamento Necessário para uma Campanha de Vacinação

Os seguintes materiais e equipamentos devem ser organizados para uma campanha de vacinação:

- ❖ Equipamento da cadeia de frio para transportar as vacinas
 - Caixas isotérmicas de mesa, pequenas e grandes
 - Acumuladores congelados
 - Termómetros para medição da temperatura de armazenamento das vacinas

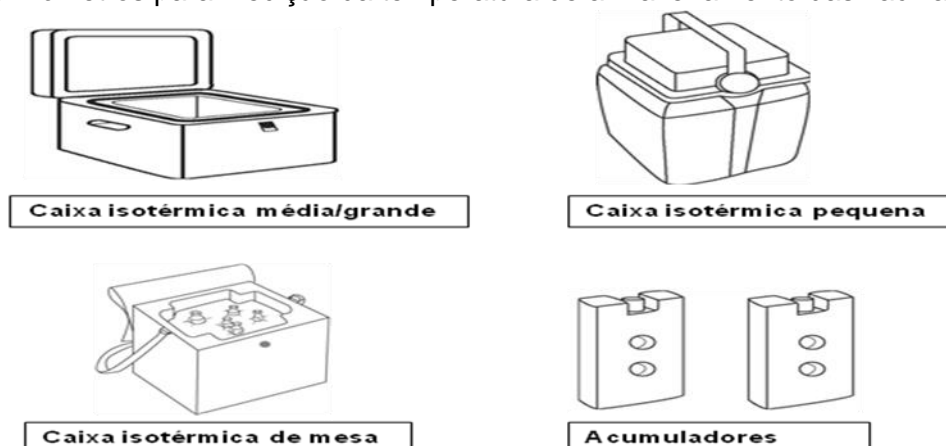


Figura 1. Caixas isotérmicas e acumuladores

- ❖ Equipamento de injeção
 - Seringas auto-destrutíveis
 - Caixas incineradoras
- ❖ Material de registo
 - Cartões de vacina
 - Fichas de contagem
 - Canetas
- ❖ Material de Educação para a saúde
 - Cartazes e trípticos
 - Álbuns seriados

3.3 Composição de Brigadas Móveis De Vacinação

As brigadas móveis são deslocações do pessoal do PAV de determinada unidade sanitária às comunidades, de modo a poder vacinar as crianças cujas mães têm dificuldade de leva-las às unidades sanitárias pelas longas distâncias que devem percorrer sem transporte e, com isso, evitar que essas comunidades sejam alvo de epidemias.

As brigadas móveis devem ser compostas basicamente dos mesmos componentes descritos anteriormente para as campanhas. Geralmente é necessário um meio de transporte que pode ser uma motorizada ou outro disponível.

O pessoal que se dirige à uma brigada móvel de vacinação é, basicamente, o pessoal do PAV da unidade sanitária que pretende realizar a brigada. No entanto, no âmbito de integração das actividades do PAV com SMI, as brigadas móveis devem ser constituídas também por enfermeiras de SMI.

Nas campanhas de vacinação, o ideal é ter uma equipa composta por 4 elementos: dois técnicos de saúde (um vacinador e outro para os suplementos e actividades integradas), um mobilizador e um organizador da fila dos utentes. Estes últimos geralmente são elementos da comunidade, que são recrutados pela equipa de saúde.

A quantidade de vacina depende do tamanho dos grupos-alvo e é calculada de acordo com o período que se pretende levar no processo de vacinação. Se, por exemplo, for para uma semana, divide-se a quantidade requisitada para um mês por 4 (o mês tem 4 semanas) – vide aula 17.

Outros materiais, como seringas auto-destrutíveis (AD) e de diluição e caixas incineradoras calculam-se do modo seguinte:

$$\text{Seringas AD} = \text{número de doses de vacina} + \text{stock de segurança} \times 1,11$$

- O desperdício durante uma brigada móvel ou uma campanha é insignificante devido ao número de pessoas que vão à vacinação.
- 1,11 é o factor de desperdício correspondente à taxa de desperdício de 10%, que é o máximo aceitável para o desperdício de seringas e de caixas incineradoras.

$$\text{Seringas de diluição} = \frac{\text{total de doses de vacina}}{10 \text{ ou } 20} \times 1,11$$

- O denominador 10 ou 20 depende da quantidade de doses por frasco, por exemplo os frascos de BCG contêm 20 doses, enquanto os de sarampo contêm 10 doses.

$$\text{Caixas incineradoras} = \frac{\text{Seringas AD} + \text{Seringas de diluição}}{100} \times 1,11$$

- Estima-se que cada caixa incineradora deve comportar 100 seringas.

BLOCO 4: CADEIA DE FRIO DURANTE UMA CAMPANHA/BRIGADA

Existem dois materiais muito importantes para a cadeia de frio: a caixa isotérmica e os acumuladores.

4.1 Caixa isotérmica é uma caixa especial, feita de material que permite a manutenção da temperatura no seu interior por muito tempo.

4.2 Acumuladores são garrafas com um líquido no seu interior, que pode ser congelado e mantém o frio por um período igualmente longo ao ar ambiente.

4.3 Manutenção da Cadeia de Frio Durante uma Campanha/Brigada móvel de Vacinação

Para garantir a manutenção de temperaturas adequadas das vacinas durante a campanha é importante que ela seja levada a cabo em locais próximos às Unidades Sanitárias que tenham refrigeradores, onde possam ser armazenadas as vacinas e os diluentes necessários.

Por outro lado, devem existir acumuladores alternativos, para se substituírem de um para outro dia. Isto deve-se ao facto de se precisar de cerca de 24 horas para que os acumuladores fiquem congelados.

Durante o dia conserva-se a temperatura mantendo as caixas isotérmicas bem fechadas, por baixo de sombras, retirando apenas os frascos que se pretendem utilizar de cada vez.

4.4 Funcionamento de uma Caixa Isotérmica Portátil e a Sua Organização

Para a manutenção das vacinas durante uma sessão de vacinação dever tomadas algumas precauções no terreno. Devem ser levadas duas caixas isotérmicas, uma que transporta as vacinas suficientes para a sessão até ao local e a outra que deve ser colocada na mesa de vacinações, com as vacinas já preparadas.

Para o funcionamento adequado da caixa isotérmica, deve se proceder do seguinte modo:

- Colocar dois acumuladores frios, um a frente e outro atrás;
- No espaço entre os acumuladores devem ser colocados os frascos abertos e preparados para o início da sessão;
- Retirar os frascos somente para encher a seringa para cada vacinação e devolver;
- Manter sempre a tampa da caixa fechada.

4.5 Como Arrumar uma Caixa Isotérmica para Vacinação

A caixa isotérmica serve para manter as temperaturas das vacinas durante a vacinação, mas também pode ser utilizada para armazenamento temporário em caso de avaria dos refrigeradores.

Para uma sessão de vacinação devem ser tomados os seguintes passos:

- Retirar os acumuladores de gelo do congelador e deixar até que o gelo se mova no seu interior, de modo a evitar congelar as vacinas que não devem ser congeladas;
- Arrumar os acumuladores no fundo e nos lados da caixa isotérmica;
- Retirar a vacina do refrigerador, de acordo com a quantidade programada;
- Embrulhar as vacinas DPT/HepB e VAT com um pedaço de jornal ou papelão para que não congelem;
- Colocar as vacinas, os diluentes e o termómetro no meio da caixa isotérmica;
- Colocar os últimos acumuladores por cima;
- Fechar firmemente a caixa.



Figura 2. Arrumação de acumuladores e vacinas na caixa isotérmica.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** Para o sucesso de uma campanha de vacinação, deve-se conhecer bem a comunidade que se pretende vacinar e também conhecer os principais problemas dessa comunidade.
- 5.2** As actividades de vacinação durante uma campanha devem ser programadas para o período em que se tem certeza de que grande parte da população está disponível.
- 5.3** As campanhas de vacinação devem ser integradas com outros serviços de SMI
- 5.4** Nas campanhas de vacinação, o ideal é ter uma equipa composta por 4 elementos: dois técnicos de saúde (um vacinador e outro para os suplementos e actividades integradas), um mobilizador e um organizador da fila dos utentes. Estes últimos geralmente são elementos da comunidade, que são recrutados pela equipa de saúde.
- 5.5** As brigadas móveis de vacinação são compostas pelo pessoal do PAV da unidade sanitária que programa a actividade. No âmbito de brigadas móveis integradas, as enfermeiras de SMI devem fazer parte junto com o pessoal do PAV.
- 5.6** É imperativo que os acumuladores fiquem nos lados da caixa isotérmicas, enquanto as vacinas, os diluentes e o termómetro no centro.
- 5.7** Manter as tampas das caixas isotérmicas fechadas durante as vacinações é importante para manter as temperaturas adequadas para as vacinas.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	20
Tópico	Programa Alargado de Vacinações (PAV)	Tipo	Teórica
Conteúdos	Mobilização Comunitária para Campanhas de Vacinação	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir e descrever a importância e o propósito de mobilização e envolvimento comunitário.
2. Descrever o processo de mobilização e envolvimento comunitário.
3. Listar as vantagens das várias vacinas.
4. Listar os obstáculos mais comuns para a participação das comunidades nas vacinações e sugerir estratégias para os superar
5. Explicar considerações e boas práticas para conduzir um encontro com a comunidade com vista a uma campanha do PAV.
6. Preparar e simular um encontro para motivar uma comunidade a participar numa campanha de vacinação.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Mobilização e Envolvimento Comunitário		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

MISAU. Manual do programa Alargado de Vacinações. Maputo: 2009.

Murray T, Steinglass R, Fields R, Favin M, Ballou S; USAID. Fundamentos de imunização: um guia prático (Immunization essentials: a practical field guide). 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: MOBILIZAÇÃO SOCIAL E ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

2.1 Mobilização social

É um termo usado para descrever a abordagem das campanhas em que há combinação do uso dos meios de comunicação (rádio, jornal, televisão) e o trabalho com as comunidades e organizações. O objectivo é chamar e envolver as comunidades nos processos de campanhas de vacinação de modo a terem a maior participação possível. A mobilização social não é exclusiva para campanhas de vacinação. Mesmo para as actividades de vacinação de rotina e em brigadas móveis é necessário uma boa mobilização social!

Uma das estratégias a ser usada no processo de mobilização é a tomada de decisão informada que consiste no fornecimento de informação às pessoas para que tenham capacidade de solucionar problemas e tomar decisões à sua escolha.

Esse processo de mobilização tem os seguintes propósitos:

- Permitir que as comunidades se organizem para o sucesso das campanhas de vacinação.
- Ajudar as comunidades a ter controlo da própria saúde e das suas vidas, ou seja, elas próprias devem entender a necessidade de vacinar as crianças de modo a diminuir as doenças entre elas.
- Fazer a comunidade sentir-se parte integrante do sistema de saúde e com isso levar a uma participação activa em todos os eventos relacionados com a saúde (por exemplo, campanha de vacinação).
- Aumentar a utilização dos serviços de saúde pela comunidade, deste modo aumentando o número de mães que levam os seus filhos à vacinação.
- Garantir que os aspectos culturais das comunidades sejam discutidos e respeitados pelos trabalhadores de saúde.
- Descobrir as crenças e práticas da comunidade e encontrar uma forma de adaptar as actividades de saúde à essa realidade.

2.2 Processo de Mobilização e Envolvimento Comunitário

O processo de mobilização comunitária pode ser feito de varias formas, mas a mais indicada é aquela que inclui aprendizagem participativa e diálogo. Dependendo das características da comunidade, pode ser necessário transmitir a informação a partir de peças de teatro ou outros meios que permitam as pessoas com baixa escolaridade entenderem a mensagem principal.

A educação deve ser dirigida às pessoas que tomam decisões na família e na comunidade em relação à vacinação. Para além dessas pessoas chave, um programa de vacinação bem planeado inclui educação direccionada a outros grupos, que são:

- Pais e zeladores
- Crianças em idade escolar
- Mulheres grávidas

- Líderes comunitários.

Geralmente utilizam-se os seguintes meios para alcançar as pessoas que devem ser informadas (educadas):

- Aconselhamento pessoa-a-pessoa (comunicação interpessoal) – este meio pode ser feito em diversas ocasiões, durante uma visita à unidade sanitária, nas igrejas, nos locais de trabalho. Tem a vantagem importante de poder garantir informação completa e tempo para esclarecimento de qualquer dúvida. Este método não é abrangente e não é organizado, depende mais das oportunidades que aparecem e que podem não existir por muito tempo.
- Visita domiciliária (porta-a-porta) – é a medida mais importante, pelo facto de garantir contacto com a mãe da criança (ou outro responsável) e explicação completa. O problema com este método é que ele precisa de muitas pessoas para a sua realização, o que o torna muito caro.
- Palestras na comunidade – consiste na junção de vários membros da comunidade para educação em massa. Este método tem a vantagem de abranger muitas pessoas e não precisa de muitas pessoas para a sua realização. A grande desvantagem é que podem estar pessoas com diferente escolaridade, o que pode dificultar a compreensão do conteúdo por algumas pessoas.
- Palestras nas escolas – consiste na introdução, durante alguns períodos entre as aulas, de temas como a importância da vacinação e quem deve ser vacinado, com o propósito de educar as crianças acerca do tema. É um método importante porque é incluído no pacote de aprendizagem para as crianças, o que ajuda na obtenção de informação desde cedo. A desvantagem reside no facto de não serem pessoas que tomam decisões e muitas vezes, não são capazes de influenciar outras pessoas, principalmente quando se trata de crianças, pois ninguém lhes dá ouvidos.
- Grupos de aprendizagem (formação de Agentes Polivalentes Elementares – APEs) – são pessoas das comunidades, escolhidas pela comunidade, que são formadas para servirem de primeiro contacto ao nível das comunidades e que trabalham em colaboração com as unidades sanitárias para resolver os problemas de saúde.
- Rádio, televisão, jornal, panfletos, etc. – estes meios são utilizados para espalhar a informação para várias comunidades, muitas vezes para todo o país. A informação é geral e muitas vezes nem todas as pessoas têm acesso a estes meios.

Estas informações sobre as vacinações devem ser transmitidas pelo pessoal de saúde, mas estes também devem envolver professores, políticos, líderes comunitários e religiosos, empregadores, atletas, músicos e outros. O objectivo é transmitir a informação para o maior número de pessoas e garantir que os diferentes grupos tenham a mesma percepção e participem de forma activa em campanhas de vacinação e mesmo nas vacinações de rotina.

2.3 Participação das Comunidades nas Vacinações

A cobertura vacinal de determinada área de saúde é influenciada pelo grau de participação dos membros da referida comunidade.

Os obstáculos mais comuns para a participação das comunidades nas vacinações incluem:

- Longas distâncias que devem percorrer até encontrarem uma unidade sanitária;
- Desalojamento por catástrofes naturais ou guerras (refugiados)
- Falta de informação acerca da importância da vacinação;

- Tabús e crenças das comunidades.

Para superar esses obstáculos pode-se implementar as seguintes acções:

- Programar brigadas móveis com a maior frequência possível para as regiões distantes e visitas aos locais que precisem;
- Intensificação de palestras, durante as consultas pré-natais;
- Palestras em locais de grande afluxo de pessoas, como mercados;
- Envolvimento dos líderes comunitários e de membros da comunidade na disseminação da informação;
- Formação de Agentes comunitários.

2.4 Vantagens das Várias Vacinas

As vantagens de cada vacina devem ser do domínio do TMG ou do mobilizador e devem ser explicadas a comunidade (vide aula 16). A administração simultânea de várias vacinas, como é o caso das vacinas de DPT/HepB + Hib dada ao mesmo tempo que a vacina anti-pólio tem as seguintes vantagens:

- Reduz as visitas às unidades sanitárias pelas mães, o que evita ter de deixar os seus afazeres várias vezes para ir à unidade sanitária.
- Evita atrasos das crianças às doses subsequentes, seja por esquecimento ou impossibilidade por ocupação
- Reduz o número de contactos necessários para completar a vacinação.
- Vacinas combinadas têm ainda a vantagem de diminuir o número de injeções que a criança deve apanhar.

2.5 Boas Práticas para Conduzir um Encontro Com a Comunidade com Vista a uma Campanha do PAV

Para preparar um encontro com a comunidade, podem ser seguidos os seguintes passos:

- Marcar um dia em que irá se dirigir à comunidade
- Preparar panfletos com explicações acerca das vacinações
- Ilustrar, a partir de figuras, as vantagens (importância) das vacinações
- Explicar o efeito da falta de vacinação na saúde da criança, sua predisposição a infecções e efeito no crescimento e desenvolvimento.

Nota: Marcar um dia com a comunidade e não aparecer é bastante desastroso! A comunidade não vai confiar nos serviços de saúde (perca de credibilidade), perde-se a oportunidade de vacinar e, além do mais, constitui uma falta de respeito para com as comunidades.

Para conduzir um encontro com a comunidade para o sucesso de uma campanha de vacinação devem ser tomados em consideração os seguintes aspectos:

- Convidar os líderes comunitários e outras pessoas influentes na comunidade;
- Convidar os pais das crianças;
- Perguntar o que eles sabem acerca do assunto e se sabem qual é a importância da vacinação;

- Explicar todo o processo, incluindo as vacinas que se dão, a forma de administração, o número de vezes, as idades abrangidas e a periodicidade. Se for possível explicar na língua local ou levar um intérprete;
- Convidar as pessoas e não intimidar;
- Ouvir a opinião dos participantes acerca do programa.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1** O envolvimento comunitário é imprescindível para o sucesso de uma campanha de vacinação.
- 3.2** A transmissão de informação acerca da importância da vacinação pode ser feita por: visita porta-a-porta, palestras na comunidade, palestras nas escolas, formação de APEs e por outros meios (rádio, televisão, jornais, panfletos).
- 3.3** As brigadas móveis devem ser programadas com a maior frequência possível para as regiões distantes, de modo a permitir uma participação mais activa dessas comunidades.
- 3.4** A administração simultânea de várias vacinas diminui o número de vezes em que a criança é picada e número de vezes em que as mães devem dirigir-se à unidade sanitária para propósitos de vacinação.
- 3.5** Quando se conduz um encontro com a comunidade, deve-se marcar um dia com antecedência. É incorrecto e desastroso, marcar-se um encontro com a comunidade e não comparecer.
- 3.6** Devem ser mostradas as vantagens das vacinações e as desvantagens de não vacinar as crianças.
- 3.7** Devem ser envolvidos os líderes comunitários e pessoas influentes para o sucesso da mobilização das comunidades.
- 3.8** Actividades demonstrativas, como teatro, podem ser muito úteis para pessoas de baixa escolaridade.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	21
Tópico	Programa Alargado de Vacinações (PAV)	Tipo	Teórica
Conteúdos	Vacinações Fora do Quadro Normal	Duração	1 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar as vacinações fora do quadro normal.
2. Descrever o contexto em que devem ser solicitadas.
3. Descrever o processo de solicitação e requisição de vacinas.
4. Para cada vacinação mencionada acima, listar:
 - a. O período de administração;
 - b. O processo correcto de administração;
 - c. Precauções e contra-indicações.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Vacinações Fora do Quadro Normal		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

MISAU. Manual do programa Alargado de Vacinações. Maputo: 2009.

Murray T, Steinglass R, Fields R, Favin M, Ballou S; USAID. Fundamentos de imunização: um guia prático (Immunization essentials: a practical field guide). 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: VACINAÇÕES FORA DO QUADRO NORMAL

2.1 Vacinações Fora do Quadro Normal

Geralmente, as vacinações que são feitas fora do quadro normal incluem a vacina anti-pólio, a vacina anti-sarampo e anti-tetânica (para eliminação de tétano neonatal).

O objectivo dessa suplementação é a eliminação de referidas doenças e, por isso, é direccionada também a grupos de idade diferentes daqueles da vacinação de rotina.

2.2 Quando é que Devem ser Solicitadas

As vacinações fora do quadro devem ser solicitadas em situações nas quais certos grupos de crianças não tenham sido abrangidas em vacinações anteriores e também para aquelas que não tenham adquirido imunidade suficiente após a vacinação ou ainda em outras situações especiais.

Algumas dessas situações incluem:

- Aceleração do controlo de determinada doença
- Resposta a um surto
- Imunização de grupos especiais, como por exemplo, crianças em campos de refugiados.

Algumas características desse processo incluem:

- Há aumento do tamanho do grupo-alvo (porque inclui crianças dentro da idade e fora da idade (crianças mais velhas) da vacinação de rotina);
- Todas as crianças são vacinadas, independentemente do estado imunológico;
- As vacinações não são registadas nos cartões de vacinação
- Podem ser apoiados por voluntários e outros interessados.

2.3 Aceleração do controlo de doenças

Este processo inclui actividades de vacinação que visam eliminar ou erradicar determinadas doenças, como pólio, tétano neo-natal e sarampo.

Geralmente são levadas a cabo em áreas endémicas.

As estratégias diferem de doença para doença. Podem ser para interromper a cadeia de transmissão da doença (situação em que uma pessoa transmite a doença para uma e esta para outra e depois outra), como é o caso da poliomielite e do sarampo, que são contagiosas ou para simples prevenção, como é o caso do tétano (doença não contagiosa).

2.3.1 Estratégias para eliminação do sarampo:

- Realizar uma campanha de vacinação suplementar de ataque a nível nacional para interromper a transmissão;
- Fazer campanhas periódicas de seguimento a nível nacional para manter a interrupção da transmissão do sarampo;

- Estabelecer a vigilância baseada nos casos de sarampo (todo exantema febril deve ser notificado como caso de sarampo e investigado através de colheita de amostras de sangue e envio para o laboratório determinar se é realmente sarampo ou outra doença exantematosa).

2.3.2 Estratégias de erradicação da pólio

- Organizar DNV's (dias nacionais de vacinação), destinados a dar doses suplementares de VAP a todas as crianças dos 0 aos 59 meses de idade;
- Organizar actividades de limpeza, que são campanhas de vacinação anti-pólio somente em áreas onde se suspeite haver circulação do vírus da pólio;
- Estabelecer um processo de vigilância epidemiológica, que consiste na criação de um sistema para detectar todos os casos de PFA e confirmar se é ou não pólio.

2.3.3 Estratégias de eliminação do tétano neonatal

- Elevar a cobertura de VAT em mulheres em idade fértil, aproveitando todas as oportunidades existentes para vacina-las;
- Intensificar a informação, educação e comunicação (IEC) a todas as mulheres e outros contactos;
- Melhorar a prática de partos seguros e diminuir a probabilidade de infecção durante o parto.

2.4 Resposta a um surto

No caso de surtos devem ser vacinados grupos de risco seja pela idade ou local de residência. Para o caso de surto de pólio, todas as crianças com idade inferior a 15 anos com paralisia nas pernas ou nos braços devem ser investigadas. As áreas onde há o surto e nos arredores deve haver mobilização da população para vacinação suplementar, que deve incluir todas as crianças menores de 5 anos de idade, independentemente do seu estado vacinal.

No caso de surto de sarampo, o estudo dos casos suspeitos deve ser feito o mais rápido possível, de preferência durante das primeiras 24 horas ou então ao primeiro contacto com os suspeitos. Para o caso de crianças com as lesões da pele típicas do sarampo, as amostras de sangue devem ser colhidas até 30 dias após o seu aparecimento. Todas as crianças sem manifestações da doença, com idades entre os 9 meses e os 5 anos, nas zonas afectadas e arredores devem ser vacinadas e receber suplementação com vitamina A.

As vacinações devem ser iniciadas quando se suspeita do surto e a resposta deve ser muito rápida. Nem sempre são efectivas, como por exemplo no caso de surto de sarampo, porque a doença é transmitida de forma muito rápida de pessoa para pessoa.

2.5 Imunização de grupos especiais

Estes grupos incluem aqueles de crianças que vivem em áreas de muito difícil acesso e que normalmente não têm condições para chegar à uma unidade sanitária e também para crianças que vivem em campos de refugiados ou deslocados.

Nestes casos podem ser necessárias visitas mensais, sempre que possível, em que equipas do PAV deslocam-se a esses locais, de modo a abranger o maior número possível dentro desses grupos de risco e reduzir a probabilidade de aparecimento de surtos, porque nesses locais o seu controlo fica muito dificultado devido às condições precárias nas quais as populações vivem.

2.6 Requisição de Vacinas

De modo geral, o processo de requisição de vacinas obedece aos mesmos princípios das vacinações de rotina. Pode haver algumas diferenças, que dependem fundamentalmente do tamanho e das características dos grupos-alvo. Para estes casos existem requisições especiais, que obedecem os mesmos critérios de preenchimento, mas têm carácter de especialidade por serem fora do período normal de requisição rotineira.

Para se fazer requisição de vacinas devem ser seguidos os seguintes passos:

- Definir o período de abastecimento;
- Calcular a necessidade para o referido período;
- Calcular a quantidade a ser requisitada;
- Preencher o formulário de requisição, que deve ser específico para casos especiais.

2.7 Período de abastecimento

Geralmente as campanhas de vacinação suplementar no país são feitas em conjunto para todas as doenças e duram uma média de uma semana e são de nível nacional.

Lembrar que as crianças só recebem as vacinações contra pólio e sarampo, as vacinações contra o tétano são dadas às mulheres em idade fértil (15 aos 49 anos).

2.8 Cálculo das necessidades

Para os casos especiais, o cálculo depende essencialmente do tamanho do grupo que se pretende vacinar. Os procedimentos são idênticos aos usados para as vacinações de rotina.

O cálculo da quantidade a ser requisitada e o preenchimento do formulário seguem os mesmos princípios explicados nas aulas anteriores, relativas às vacinações de rotina.

2.9 Vacinação

2.9.1 Anti-pólio – pode ser feita em crianças até aos 15 anos de idade.

Precauções e contra-indicações:

- Deve-se verificar a data da expiração da vacina
- Verificar o monitor do frasco para ver se a vacina pode ser usada
- Verificar o número de gotas que devem ser administradas
- Assegurar-se que a criança engole a vacina
- A vacinação de uma criança já infectada não dá protecção
- Geralmente não há contra-indicações

2.9.2 Anti-sarampo – pode ser dada a crianças até aos 5 anos de idade.

Precauções e contra-indicações:

- Verificar a data de expiração da vacina;
- Certificar-se de que usa o diluente indicado
- Não agitar a vacina para não a estragar
- Limpar o local onde irá administrar a vacina com algodão mergulhado em água

- Geralmente não há contra-indicações, mas crianças infectadas (com sinais da doença – febre alta, constipação, diarreia e borbulhas finas na pele) não devem ser vacinadas.

2.9.3 Anti-tetânica – deve ser dada a todas as mulheres grávidas e aquelas em fértil, dos 15 aos 49 anos).

Precauções e contra-indicações:

- Verificar a data da expiração
- Agitar para verificar se a vacina foi congelada ou não.
- A única contra-indicação é em casos de alergia ao toxóide tetânico.

2.10 Outras Vacinações fora do quadro normal

Outras doenças como a raiva, febre-amarela e meningite meningocócica são igualmente imuno-preveníveis e devem sempre ser consideradas.

Doença	Vacina	Via de administração	Indicações	Contra-indicações
Raiva	VAR (Vacina Anti Rábica)	IM, SC	Prevenção e tratamento da Raiva	Raras.
Febre Amarela	Vacina Anti-Amarílica	SC, IM	Profilaxia da febre amarela	Gravidez, crianças menores de 9 meses, alergia ao ovo, doenças febris ou infecciosas graves, imunodeficiência ou imunossupressão como no BCG
Meningite Meningocócica,	Vacina Anti-Meningocócica	IM, SC	Profilaxia da meningite por <i>Neisseria meningitidis</i> grupo A e B	Gravidez, hipersensibilidade a dosagem anterior, idade menor de 2 anos

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1 As vacinações fora do quadro normal servem para suplementar as actividades de vacinação de rotina.
- 3.2 As vacinações fora do quadro normal são administradas para aceleração do controlo/eliminação ou erradicação de determinada doença, em resposta a um surto e para imunização de grupos especiais.
- 3.3 As requisições de vacinas são feitas da mesma forma que as normais, mas em regime especial por ser fora do período normal.
- 3.4 As vacinações suplementares não são registadas nos cartões de vacinação.
- 3.5 Outras vacinais fora do quadro normal (Raiva, Febre amarela, Meningite meningocócica) devem ser requisitadas e aplicadas mediante indicações específicas.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	22
Tópico	Programa Alargado de Vacinações (PAV)	Tipo	Teórica
Conteúdos	Monitoria e Avaliação do PAV	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever, calcular e interpretar os indicadores de monitoria e avaliação do PAV;
2. Listar as metas para esses dados.
3. Descrever o propósito, os objectivos e o método dos inquéritos à saída e inquérito de 75 casas.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Monitoria do PAV		
3	Avaliação por Inquéritos		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

- Amostra de Ficha de inquérito de saída

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

MISAU. Manual do programa Alargado de Vacinações. Maputo: 2009.

Murray T, Steinglass R, Fields R, Favin M, Ballou S; USAID. Fundamentos de imunização: um guia prático (Immunization essentials: a practical field guide). 2003.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: MONITORIA DO PAV

A avaliação do PAV é um acto essencial para conhecer a situação em que o programa se encontra em relação ao cumprimento dos objectivos traçados. Permite saber se o plano está correctamente elaborado, se está a ser bem executado e se está a produzir os resultados esperados.

Os indicadores do PAV permitem fazer uma avaliação do programa através da análise do impacto das acções realizadas no âmbito da redução de doenças e mortes em crianças, causadas pelas doenças preveníveis por vacina.

2.1 Indicadores do PAV

São valores que servem para monitorizar e avaliar a forma como o PAV está a ser implementado. Existem dois tipos de indicadores: quantitativos e qualitativos.

2.1.1 Indicadores Quantitativos

São os que nos dão a conhecer o volume do trabalho que é realizado pela equipa de saúde numa determinada área de saúde.

Os indicadores quantitativos mais utilizados no nosso país são:

- Taxa de cobertura vacinal;
- Taxa de cobertura de crianças completamente vacinadas antes de um ano de vida;
- Taxa de cobertura de mulheres grávidas protegidas.

Taxa de Cobertura Vacinal (TCV)

Esta taxa serve para avaliar a grau de cobertura (vacinação) em relação a cada vacina do PAV. Representa a proporção do número de pessoas elegíveis que recebem a vacina num determinado período sobre o total das pessoas elegíveis nesse mesmo período.

Cálculo da taxa de cobertura vacinal (TCV):

$$CV = \frac{\text{Realizado}}{\text{Grupo-alvo}} \times 100 \quad \text{ou}$$
$$\text{Taxa de Cobertura} = \frac{\text{N.º de crianças < de 1 ano de idade que receberam uma determinada vacina num determinado período}}{\text{N.º total de crianças < de um ano de idade existentes no mesmo período}} \times 100$$

Por exemplo: no distrito de Alto-Molócuè, no ano de 2011 estimava-se uma população de 280.000 habitantes. O pessoal de saúde efectuou a vacinação de 9800 crianças menores de um ano para a vacina BCG. Qual foi a taxa de cobertura vacinal?

Para tal, temos que saber primeiro o grupo alvo. Para o caso de BCG (menor de 1 ano) vivos na aula 17, que a taxa a ser aplicada é de 4%. Então teremos: $280.000 \text{ habitantes} \times 4\% = 11.200$ (este é o grupo alvo anual de BCG). Seguindo a fórmula, a TCV para o BCG foi de $9800/11.200 \times 100 = 87.5\%$.

Taxa de Cobertura de Crianças Completamente Vacinadas antes de um ano de vida (CCV)

Esta taxa serve para avaliar a quantidade de crianças que recebem todas as vacinas do calendário nacional dentro do período considerado ideal. Representa a proporção de crianças completamente vacinadas antes de completarem um ano de vida do total de crianças com idade para ter as vacinações completas.

É útil para conhecer o esforço dispendido na mobilização da comunidade e no esclarecimento em relação aos problemas da vacinação.

$$CCV = \frac{\text{crianças completamente vacinadas antes de 1 ano se idade}}{\text{nº total de crianças menores de 1 ano}} \times 100$$

Exemplo: no distrito de Moatize, do total de 11.200 crianças menores de 1 ano no ano de 2011, 9800 foram completamente vacinadas. Destas 8.000 atingiram a vacinação completa antes de 1 ano de idade. A CCV foi de $8000/11.200 \times 100 = 71\%$

Taxa de Cobertura de Mulheres Grávidas Protegidas (TCMGP)

Este indicador refere-se ao número de mulheres grávidas com doses completas de vacina anti-tetânica num determinado período sobre o total de grávidas no mesmo período. Serve para medir o número de mulheres grávidas protegidas contra o tétano, o que protege também seus filhos do tétano neo-natal.

$$TCMGP = \frac{\text{nº de mulheres grávidas que receberam da 2 a 5 doses de VAT num período}}{\text{nº de mulheres grávidas na área no mesmo período}} \times 100$$

Exemplo: no distrito de Alto-Molócuè em 2011, a população estimada era de 280.000 habitantes. Durante o período, 3000 mulheres grávidas foram aplicadas as doses de VAT 2 – 5. Qual a taxa de cobertura de mulheres grávidas protegidas? É necessário primeiro saber o grupo alvo de mulheres grávidas. Na aula 17 vimos que era 5%. Sendo assim, o grupo alvo será de $280.000 \text{ habitantes} \times 5\% = 14.000$ grávidas esperadas para o ano de 2011. A TCMGP foi de $3000/14.000 \times 100 = 21.4\%$. é uma TCMGP baixa.

2.1.2 Indicadores Qualitativos

São os que nos dão a conhecer a qualidade dos serviços prestados e dos procedimentos da equipa local de saúde.

Os indicadores qualitativos utilizados no país são:

- Taxa (ou índice) de quebra vacinal (IQV);
- Taxa de utilização vacinal (TUV);
- Disponibilidade de petróleo
- Disponibilidade de vacinas

Os indicadores qualitativos são úteis para nos dar a conhecer os seguintes aspectos:

- Quantas crianças foram vacinadas correctamente;
- Como é que as vacinas foram manuseadas;

- Se houve um esforço para uma planificação cuidadosa das sessões de vacinação;
- Juntamente com os indicadores quantitativos, se as vacinações obedeceram aos critérios de qualidade (cobertura e administração correcta).

Quebra Vacinal

Geralmente utiliza-se para vacinas com mais de uma dose (geralmente DTP/HepB+Hib). É a diferença entre o número de crianças vacinadas com as 1^{as} doses e as vacinadas com as subsequentes (2^a ou 3^a doses) de determinada vacina.

O índice (ou taxa) de quebra vacinal indica a proporção (%) das pessoas vacinadas no ano que completaram todas as doses necessárias. Serve para avaliar o esforço do pessoal de saúde em informar a população sobre a importância de completar as vacinações das vacinas de doses múltiplas.

O índice (ou a taxa) de quebra vacinal ideal deve ser inferior a 15%.

$$\text{Como calcular: } IQV = \frac{1^{\text{dose}} - 3^{\text{dose}}}{1^{\text{dose}}} \times 100$$

Por exemplo: numa determinada área de saúde, durante o ano foram vacinadas 1023 crianças com a 1^a dose da vacina DPT/HepB + Hib e foram administradas 383 vacinas com a 3^a dose da mesma vacina. Qual é o índice de quebra vacinal?

$$IQV = \frac{1^{\text{dose}} - 3^{\text{dose}}}{1^{\text{dose}}} \times 100$$

$$IQV = \frac{1023 - 383}{1023} \times 100$$

$$IQV = \frac{640}{1023} \times 100 = 62,6\%$$

Esta taxa de quebra vacinal de 62,6% é muito alta. Isto significa que a população não percebeu bem a importância de voltar às vacinações de modo a completar as doses que faltam para completar a imunização das crianças; ou a brigada móvel, em comunidades recônditas, não voltou para completar as vacinações. Outro factor implicado nesta elevado IQV pode ser a ruptura de stock de vacinas. É necessário analisar quais os factores que influenciaram este IQV e tentar corrigir, pois as crianças não estão imunizadas.

Taxa de utilização de vacinas

É um indicador utilizado para ver a qualidade de planificação do PAV. Serve para medir o desperdício das vacinas, através da comparação entre a quantidade de vacina gasta e a quantidade administrada no mesmo período.

Os valores ideais para esta taxa devem estar acima dos seguintes:

- Para as vacinas DPT/HepB + Hib, VAT e VAS – 75%
- Para o BCG – 40%.

Lembre-se que a dose de BCG é dada em quantidades muito pequenas (0,05 e 0,1) por criança, o que pode explicar uma utilização baixa da vacina.

Para o cálculo:

$$\text{TUV} = \frac{\text{N.º total de Doses administradas (pessoas vacinadas) num determinado período}}{\text{N.º total de Doses gastas da mesma vacina no mesmo período}} \times 100$$

Exemplo da taxa de utilização da vacina DPT/HepB-Hib

N.º total de crianças vacinadas contra a DPT/HepB

(fora e dentro do grupo-alvo) durante o trimestre

$$\text{Taxa Utilização DPT/HepB+Hib} = \frac{\text{N.º total de Doses de vacinas gastas durante o mesmo trimestre.}}{\text{N.º de crianças vacinadas dentro e fora do grupo-alvo}} \times 100$$

N.º total de Doses de vacinas gastas
durante o mesmo trimestre.

N.º de crianças vacinadas dentro e fora do grupo-alvo = 2000

N.º de Doses de vacinas gastas = 3800

$$\text{TUV} = \frac{2000}{3800} \times 100 = 52.6\%$$

A taxa de utilização de 52,6% é muito baixa atendendo a que a aceitável seria a partir de 75%. A diferença entre 100% e 52,6% que é de 47,4%, denominando-se a **taxa de desperdício (o desperdício no uso de vacinas)**. Porém, também se pode calcular directamente a Taxa de Desperdício da Vacina (TDV), da seguinte forma:

$$\text{TDV} = \frac{\text{N.º total de Doses gastas} - \text{N.º total de pessoas vacinadas}}{\text{N.º total de vacinas gastas}} \times 100$$

A taxa de utilização é um indicador muito útil para apreciação da qualidade de planificação do PAV.

O ideal estaria acima de seguintes valores:

DPT/ HepB ; VAT e VAS ----- **75%**
BCG ----- **40%**

A taxa pode ser calculada trimestralmente, utilizando dados estatísticos trimestrais e as fichas de stock de vacinas.

Disponibilidade de recursos

É um indicador que permite avaliar a qualidade da logística e da utilização dos recursos, como petróleo, vacinas.

Para o seu cálculo temos:

Disponibilidade de petróleo na unidade sanitária (US's. Disp. Petr.)

$$\text{US's. Disp. Petr.} = \frac{n^{\circ} \text{ de US's que tiveram petróleo durante um determinado período}}{n^{\circ} \text{ total de Unidades Sanitárias}} \times 100$$

Disponibilidade de vacinas na unidade sanitária (US's. Disp. Vac.)

$$\text{US's. Disp. Vac.} = \frac{n^{\circ} \text{ de US's que tiveram vacina durante um determinado período}}{n^{\circ} \text{ total de Unidades Sanitárias}} \times 100$$

BLOCO 3: AVALIAÇÃO POR INQUÉRITOS

Os dados de rotina permitem avaliar a cobertura vacinal. No entanto, a cobertura obtida através de dados de rotina não é muito exacta. A população estimada pode ser diferente da população real. Muitas vezes, o número de doses aplicadas, não corresponde à realidade. Por isso, é preciso realizar inquéritos periódicos que nos possam permitir avaliar, de uma forma mais exacta, a cobertura vacinal e o funcionamento do Programa Alargado de Vacinação em geral.

Os inquéritos são mais aproximados à realidade porque não dependem dos dados demográficos, que, por vezes, não são exactos. Se houvesse dados exactos no momento da avaliação do número de crianças do grupo-alvo ou, se fosse possível contá-las uma a uma, é claro que a estimativa, a partir dos dados de rotina, seria mais aproximada que a obtida por amostragem.

Em Moçambique, utilizam-se 2 tipos de inquéritos para avaliar a cobertura vacinal:

- **Inquérito dos 30 conglomerados, seguindo a metodologia da OMS**
- **Inquérito de “75 casas”**

Usa-se ainda, um terceiro tipo, o **Inquérito à saída**, com a finalidade de avaliar o cumprimento das normas do programa.

3.1 Inquéritos à saída

É um tipo de inquérito que se realiza nas Unidades Sanitárias e que tem por objectivo avaliar o cumprimento das normas do Programa Alargado de Vacinação. Representa uma forma alternativa de avaliação e monitoria do PAV. Serve para avaliar o grau em que os trabalhadores de saúde de determinada unidade sanitária aproveitam as oportunidades para vacinar todas as crianças que para lá vão, independentemente do motivo. Serve também para conhecer o grau de cumprimento do calendário de vacinação por parte do pessoal vacinador.

3.2 Procedimentos para a sua realização

- O pessoal que realiza este tipo de inquérito instala-se à saída da Unidade Sanitária que se pretende avaliar;
- Pede aos acompanhantes de todas as crianças dos 0 – 23 meses de idade os Cartões de Saúde das crianças, quando estiverem a sair da unidade sanitária;
- Com ajuda de um aparelho (data-móvel) lêem a idade correcta da criança e verificam se as doses das vacinas foram aplicadas nas idades correctas;
- Verificam, também, se nesse dia faltou alguma vacina que a criança deveria ter sido aplicada;
- Procuram a cicatriz de BCG nas crianças.

- Devolvem o cartão de saúde antes dos acompanhantes irem embora

Data-móvel: *É um pequeno aparelho, normalmente feito de material plástico, constituído por dois discos: um, que se mantém fixo durante a utilização e o outro, que gira sobre o primeiro, fazendo coincidir a sua seta indicativa na data de nascimento da criança que se encontra no disco giratório. Com a data do mês em que a criança nasceu, que se encontra no disco fixo, pode-se saber, por meio de outras setas, as diferentes datas em que deverá ser vacinada a criança de acordo com o calendário vacinal. O data-móvel deve ser utilizado pelo pessoal que recebeu treino específico para o efeito.*

3.3 Resultados

- No caso de existir alguma criança que tenha uma vacina aplicada antes da data prevista no calendário é considerada como vacina não efectiva;
- Se não for encontrada a cicatriz de BCG, a vacina é considerada não efectiva;
- Se encontrar uma criança de 10 meses sem a vacina anti-sarampo na altura do inquérito, significa que não aproveitam as oportunidades de vacinar todas as crianças que vão à essa US;
- Se todas as vacinas tiverem sido aplicadas na idade certa, então a criança é considerada com vacinação “em dia”.

O ideal é não perder oportunidades de vacinar as crianças e não permitir vacinas não efectivas

Ficha de inquérito à saída

FICHA DE INQUÉRITO À SAÍDA

UNIDADE SANITÁRIA _____ DISTRITO _____

INQUÉRITO A CRIANÇAS DOS 0-23 MESES

	1	2	3	4	5	6
MOTIVO DA VISITA						
DATA DE NASCIMENTO						
TEM CARTÃO	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
DATA DE BCG						
CICATRIZ	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
DATA DA PÓLIO 0						
DATA PÓLIO 1						
DATA PÓLIO 2						
DATA PÓLIO 3						
DATA DPT/HepB 1						
DATA DPT/HepB 2						
DATA DPT/HepB 3						
DATA VAS						
OPORTUNIDADE PERDIDA	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
VACINAÇÃO INCORRECTA	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
CRIANÇA EM DIA	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N

- Para preencher a ficha do inquérito à saída, deve-se colocar o nome da unidade sanitária e do distrito nos espaços indicados na parte superior da ficha.
- Posteriormente, preencher as datas de nascimento e das diferentes vacinas, de acordo com a idade das crianças, ou seja, uma criança com 7 meses não terá a vacinação contra sarampo, mas terá todas as anteriores.
- Criança em dia significa que ela tem todas as vacinas requeridas para a idade que tiver.

3.4 Inquérito de 75 casas.

É um inquérito no qual escolhem-se 75 casas próximas da unidade sanitária em estudo, num raio de 1km em redor. Pressupõe-se que as pessoas que vivem perto terão visitado mais vezes a unidade e, por isso, têm mais oportunidades de ter cumprido o calendário de vacinação e ter ido com maior frequência às consultas pré-natais.

Quando se investigam essas casas avalia-se o estado vacinal das crianças dos 0 aos 35 meses, para poder calcular:

- A percentagem de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia;

- A percentagem de crianças de 12-23 meses com vacinação completa e com vacinação completa e correcta.

Este inquérito permite obter a melhor situação possível nessa área de saúde e, com isso, conhecer a atitude da população em relação à sua saúde e o nível do trabalho realizado pela US.

Com base nos resultados obtidos nestes inquéritos, pode-se ter uma noção do que acontece nos locais mais distantes.

INQUÉRITO A 75 CASAS

UNIDADE SANITÁRIA _____ DISTRITO _____

Preencher uma ficha para cada família onde exista, pelo menos, uma criança com menos de 3 anos de idade, (nascidas depois de ____/____/____)

Pessoa entrevistada _____ (mãe, pai, avó, tia, etc.)

Nome da criança			
Data de Nascimento ou idade			
Tem Cartão de Saúde	S/N	S/N	S/N
Data da última pesagem			
Nº de pesagens antes de 1 ano de idade			
Perímetro braquial			
Tem cicatriz de BCG	S/N/ausente	S/N/ausente	S/N/ausente
BCG			
PÓLIO 0			
PÓLIO 1			
PÓLIO 2			
PÓLIO 3			
DPT/HepB1			
DPT/HepB2			
DPT3/HepB3			
Anti-Sarampo			

3.5 Definições para os inquéritos à saída e de 75 casas

- Vacinação completa e correcta (criança maior de um ano de idade):
 - Tem cartão de saúde;
 - Recebeu 8 antigénios (BCG, DPT/HepB-Hib 1, 2 e 3, Pólio 1, 2, 3 e VAS) sem erros de calendário;
 - Intervalo mínimo de 4 semanas na aplicação da DPT 2 e Pólio 2 e DPT 3 e Pólio 3;
 - Sarampo recebida a partir de uma idade mínima de 8,5 meses;
 - Tem cicatriz de BCG – calcula-se a taxa de crianças com cicatriz BCG.

Nota: A pólio 0 não entra na definição de vacinação completa e correcta.

- Vacinação completa (criança com idade igual ou superior a um ano):

- Recebeu as 8 doses sem critério de qualidade.
- Vacinação incompleta (criança com idade igual ou superior a 1 ano):
 - Ainda não completou as 8 doses.
- Vacinação em dia (e correcta)

Criança menor de 2 meses:

- Tem cartão de saúde
- Recebeu BCG e tem cicatriz

Criança com 2 a 9 meses:

- Tem cartão de saúde
- Recebeu BCG e tem cicatriz
- Recebeu DPT 1 e Pólio 1
- Se passou mais de um mês desde a aplicação da 1ª dose, já recebeu a 2ª dose de DPT e Pólio.
- Se passou mais de um mês desde a aplicação da 2ª dose, já recebeu a 3ª dose de DPT e Pólio.

Criança maior de 9 meses:

- Tem cartão de saúde
- Recebeu BCG e tem cicatriz
- Recebeu DPT 1 e Pólio 1
- Se passou mais de um mês desde a aplicação da 1ª dose, já recebeu a 2ª dose de DPT e Pólio.
- Se passou mais de um mês desde a aplicação da 2ª dose, já recebeu a 3ª dose de DPT e Pólio.
- Recebeu a vacina anti-Sarampo

3.6 Taxa de crianças com cicatriz BCG

A vacina de BCG é dada logo à nascença e protege contra formas graves de tuberculose (tuberculose meníngea e miliar). Normalmente, todas as crianças vacinadas devem apresentar uma pequena cicatriz de cerca de 5mm no local de administração (geralmente no ombro esquerdo). Esta cicatriz deve aparecer em cerca de 2 semanas, mas pode levar mais tempo (espera-se até 6 semanas).

O aparecimento da cicatriz indica que a vacina foi dada de forma correcta.

Esta taxa deve ser de 100%. Se não for, significa que o procedimento não está a ser bem feito.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1 Os indicadores do PAV ajudam-nos a avaliar o trabalho desempenhado pela equipa de saúde numa determinada área.
- 4.2 Os indicadores quantitativos do PAV ajudam a comparar o volume de trabalho realizado e assim o grau de cumprimento das metas. Incluem os TCV, CCV e TC de mulheres grávidas protegidas.

- 4.3** A taxa de cobertura (TCV) indica-nos a proporção de pessoas vacinadas em relação ao total de pessoas que se esperava vacinar para uma determinada vacina.
- 4.4** Os indicadores qualitativos do PAV ajudam a avaliar a qualidade dos serviços prestados e a qualidade de procedimentos. Incluem o índice de quebra vacinal, a taxa de utilização de vacinas e os indicadores de disponibilidade de recursos (petróleo e vacinas)
- 4.5** A taxa de quebra vacinal indica-nos se as mães voltam para completar as vacinas que têm mais de uma dose.
- 4.6** A taxa de utilização mostra se a utilização dos frascos de vacina é bem programada.
- 4.7** O conjunto dos indicadores quantitativos e qualitativos dão-nos uma imagem mais clara da situação de saúde da área.
- 4.8** Os inquéritos à saída e de 75 casas são formas alternativas de avaliação do PAV que permitem avaliar se as vacinações são bem-feitas e se é dada a devida atenção às crianças que estão dentro do tempo de vacinação, mas que não tenham completado.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	23
Tópico	Outros Programas Comunitários e de Educação para Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Higiene Ambiental e Saneamento do Meio	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir “saneamento do meio”.
2. Explicar a relação entre saneamento do meio e a saúde
3. Enumerar e definir as doenças cuja transmissão é favorecida por meio terrestre não saneado e sua interacção com os vectores (moscas, mosquitos, mãos, animais domésticos, roedores e utensílios).
4. Descrever as práticas e opções para a remoção do lixo doméstico.
5. Descrever a localização e construção de aterros sanitários caseiros.
6. Explicar os riscos de fekalismo a céu aberto, em relação à fonte de doenças, estética e poluição do ar.
7. Definir e descrever a transmissão de doenças pela via fecal-oral.
8. Listar as doenças comuns de transmissão fecal-oral.
9. Listar as precauções que podem ser tomadas para evitar a transmissão fecal-oral.
10. Listar as opções para deposição de dejectos humanos nos ambientes rurais, suburbanos e urbanos.
11. Explicar as considerações para a localização, construção e manutenção de latrinas melhoradas.
12. Descrever o processo e a importância de manter a higiene de crianças, incluindo o tratamento de fraldas e a disposição de fezes.
13. Descrever a importância e as medidas da estabulação de animais domésticos.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Conceitos Gerais de Higiene e Saneamento do Meio		
3	Doenças cuja Transmissão é Ligado a Falta de Higiene e Saneamento do Meio		
4	Práticas para Remoção do Lixo Doméstico		
5	Práticas para Prevenção de Doenças de Transmissão Fecal-Oral		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (Referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo)

Werner D, Cliff J, Mariano A, Munguambe, K. Onde não há médico. Hisperian Foundation, TALC: 2009.

Werner D., Thuman C., Maxwell J. Onde não há medico: um manual de cuidados de saúde (Where there is no doctor: a village health care handbook). Hisperian Foundation. Rev. ed. 1992. (Impressão No.10: Abril 2009).

Martins, Prof. Helder, MANUAL DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, MISAU, 2008

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar conhecimentos.

BLOCO 2: CONCEITOS GERAIS DE HIGIENE E SANEAMENTO DO MEIO

- 2.1. Algumas intervenções como uma boa higiene e um saneamento adequado do meio ajudam a prevenir muitas doenças. Isto é importante porque quando evitamos ficar doentes significa que as crianças não vão precisar de faltar à escola, os pais não vão precisar de faltar ao trabalho ou à machamba para levar as crianças ao hospital nem para eles irem ao hospital e não se gasta o dinheiro que seria necessário para a consulta e para a compra de medicamentos.
- 2.2. **Higiene** – é um conjunto de acções que são tomadas com o objectivo de manter uma limpeza individual, do local de residência, dos alimentos e água consumidos.
- 2.3. **Saneamento** – segundo a OMS, saneamento é o controlo de todos os factores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre o bem-estar físico, mental e social. O saneamento caracteriza o conjunto de acções socioeconómicas que tem por objectivo alcançar a Salubridade Ambiental.
- 2.4. **Saneamento do meio** – É o conjunto de medidas que visam a preservação ou a alteração das condições do meio ambiente com a finalidade de prevenir a doença ou promover a saúde.

O meio em que o indivíduo se encontra pode ser influenciado por vários factores, no que se refere ao processo de aparecimento de doenças. Tais factores podem ser: o ar, a água, os alimentos, o clima ou o espaço.

De modo geral, a saúde é grandemente influenciada pela higiene e pelo saneamento do meio. Um saneamento inadequado, caracterizado por exemplo por deficiência na drenagem de águas da chuva ou de dejectos humanos, existência de águas estagnadas, poluição do ar, etc., geralmente leva ao aparecimento de doenças.

BLOCO 3: DOENÇAS CUJA TRANSMISSÃO É LIGADO A FALTA DE HIGIENE E SANEAMENTO DO MEIO

São doenças infecciosas, geralmente, transmitidas através de contacto entre o indivíduo e a fonte do agente que causa a tal doença, ou ainda contacto com próprio agente.

Essa transmissão pode ser através de ingestão de água e alimentos contaminados directamente ou através de insectos como moscas, baratas ou roedores, que participam como veículos dos micróbios. Por exemplo diarreias, cólera, parasitoses intestinais, malária, entre outras.

3.1. Doenças de Transmissão Fecal-Oral

Transmissão fecal-oral é uma forma de transmissão de doenças em que os microrganismos que provocam a doença são transportados das fezes para a boca.

Este tipo de infecção é comum para muitas doenças do intestino e, geralmente, é transmitido duma pessoa para a outra por falta de higiene e de saneamento básico. Os micróbios e parasitas podem ser levados das fezes de uma pessoa para a boca de outra pessoa através de alimentos, da água, das moscas e outros insectos ou através do contacto directo da boca com as mãos mal lavadas.

As doenças que geralmente são transmitidas desta forma são:

- Diarreias
- Cólera
- Disenteria
- Poliomielite
- Febre tifóide
- Hepatite A
- Lombrigas e outros parasitas do intestino

A transmissão dessas doenças pode ser directa, por ingestão directa dos micróbios ou indirecta, contaminação de água ou outros alimentos.

Por exemplo: se uma criança com diarreia segura um pão logo após uma defecção e sem lavar as mãos, os micróbios podem passar para o pão. Se ele oferecer o mesmo pão a um amigo, este irá ingerir os micróbios e ser contaminado, isto seria uma transmissão directa.

Se, por outro lado, fezes de uma pessoa com cólera contaminarem água para o consumo, por exemplo, qualquer pessoa ficará contaminada e terá cólera de forma indirecta.

Por outro lado, algumas doenças podem ser transmitidas por contacto com objectos infectados, geralmente são as doenças causadas por contacto com fluidos, como sangue. Sempre que um objecto entra em contacto com esses fluidos de uma pessoa com a doença, os objectos ficam infectados e podem contaminar outra pessoa que entre em contacto com o mesmo objecto. São exemplos o HIV, a hepatite B, em que as pessoas podem entrar em contacto com lâminas ou agulhas que estejam contaminadas por um fluido de uma pessoa com HIV ou Hepatite B.

Outras doenças podem ser causadas por picadas de insectos, como é o caso do mosquito na transmissão da malária. Um ambiente sujo, com capim misturado com lixo pode ser um local para criação de mosquitos. Outros ambientes que favorecem o crescimento de mosquitos são valas de drenagem de águas não funcionais, que favorecem a estagnação de água.

O contacto directo com agente pode ser verificado nos casos em que há tétano ou bilharziose, em que os agentes entram em contacto com o indivíduo, seja através de feridas (tétano) ou através da pele sã (bilharziose).

3.2. Fecalismo a Céu Aberto

Fecalismo a céu aberto refere-se ao acto de defecar (eliminação de fezes) no chão e ao ar livre.

É um acto muito prejudicial para as pessoas e o ambiente em que vivem porque facilita a criação de moscas e outros insectos que transportam os micróbios contidos nas fezes para as pessoas (quando pousam nelas) e para a comida e a água que as pessoas consomem. Isto leva ao aparecimento de doenças.

Por outro lado essas fezes libertam mau cheiro, que polui a ambiente, podendo transmitir doenças e dificuldade para a respiração do ar.



Acumulação de Lixo na via pública
 Fonte: Manual de Prevenção de Cólera e outras diarreias agudas



Fecalismo a céu aberto junto a um riacho
http://www.clemson.edu/extension/natural_resources/water/stormwater_ponds/images/duck_feces.JPG

BLOCO 4: PRÁTICAS PARA REMOÇÃO DO LIXO DOMÉSTICO

4.1. Tratamento do Lixo Doméstico

Todos os dias produz-se lixo nas casas, que é composto por restos de comida, papel, plásticos, latas, pilhas usadas, etc. O mau tratamento do lixo, como por exemplo, deixar espalhado pela casa, ou no quintal, colocar próximo à sítios onde pessoas vivem ou passam pode levar a criação de um ambiente favorável para o aparecimento de moscas, baratas, cães, ratos, que são veículos de doenças.

O lixo deve ser enterrado ou queimado. A melhor forma de tratamento é a construção de covas grandes (aterros sanitários) para a deposição de lixo caseiro.

Outra forma de tratar o lixo é guardá-lo numa lata com tampa e, posteriormente, ir queimar num lugar afastado de casa ou depositar num aterro público.

Uma vez esvaziadas as latas em que se conserva o lixo antes de se jogar na cova ou noutro sítio, devem ser lavadas porque muitas vezes o cheiro que atrai os insectos e outros animais, mencionados, permanece na lata, para além de restos do lixo que podem se manter.

Deve-se ter atenção para não queimar algum material, como plásticos, pilhas, baterias e latas (especialmente as que usam o sistema de “spray”) porque podem explodir ou libertar químicos prejudiciais à saúde.

Como alternativa, sempre que for possível, o lixo deve ser depositado em contentores próprios, disponibilizados pelos conselhos municipais e que posteriormente é recolhido para um aterro com dimensões industriais ou lixeira a céu aberto, conforme o uso local.

4.2. Construção e Localização de Aterros Sanitários Caseiros

Para a construção de um aterro sanitário devem ser feitas as seguintes acções:

- Cavar pelo menos 1 metro de profundidade, 2 metros de comprimento e 2-3 metros de largura.
- Criar pequenas elevações nos bordos da cova para evitar que entre água da chuva, porque pode levar a criação de mosquitos.
- Fazer uma vedação ao redor da cova para evitar que crianças e animais entrem.
- Quando o aterro estiver cheio, fechar e cobrir bem com uma camada de terra e abrir um outro noutro local.

O melhor lugar para localização de um aterro sanitário deve ser:

- Afastado da casa por pelo menos 20 metros;
- Afastado de qualquer poço, rio ou nascente por pelo menos 20 metros;
- Se for utilizado por várias famílias, deve estar a pelo menos 100 de distância das casas.

BLOCO 5: PRÁTICAS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO FECAL-ORAL

5.1. Precauções para evitar a contaminação

Muitas vezes pode-se evitar apanhar essas doenças através de medidas fáceis, tais como:

- Defecar numa latrina ou casa de banho
- Lavar as mãos com sabão depois de defecar ou depois de limpar um bebé ou crianças que defecou e antes de comer, preparar ou servir comida
- Lavar as crianças após um episódio de diarreia
- Deitar na lixeira ou aterro sanitário as fezes de crianças / bebés
- Lavar bem os alimentos antes de os preparar
- Conservar a água em recipientes fechados e usar uma caneca limpa para tirar do recipiente (nota a caneca deve ser apenas usado para tirar água, e não para beber).
- Não deixar animais domésticos entrarem em contacto com as fezes ou entrarem em casa
- Não deixar crianças pequenas brincarem no lixo ou em locais sujos

5.2. Deposição de Dejectos Humanos nos Ambientes Rurais, Suburbanos e Urbanos

As necessidades de saneamento urbano e rural são diferentes entre si. Numa cidade (comunidade urbana) a deposição de fezes é feita num sistema que envolve uma rede de esgotos complexa, com condutas que recolhem dejectos de diversas fontes.

Por outro lado, as comunidades suburbanas podem utilizar métodos mistos, em que se podem usar um sistema de fossas e drenos, muitas vezes com tratamento local, ou seja, pode ser necessária fazer a colecção dos dejectos através de contratação particular de empresas para o efeito, devido à ausência de um sistema de drenagem local.

Alternativamente, podem construir latrinas melhoradas para o efeito de deposição de fezes, porque grande parte dos subúrbios do país apresentam condições semelhantes às encontradas no meio rural.

No caso de uma comunidade rural o melhor método de deposição de fezes é o uso de latrinas. Cada família deve ter sua própria latrina, que deve ser utilizada por todos os membros. De igual forma, as escolas, postos de saúde, mercados e outros lugares públicos devem ter latrinas e água para lavar as mãos depois de usar a latrina.

Existem vários tipos de latrina e a escolha depende de factores como material local disponível, tipo de terreno e recursos financeiros da família e da comunidade. Alguns tipos incluem:

- Latrina tradicional de fossa simples aberta – um buraco fundo, protegido por uma casinha.



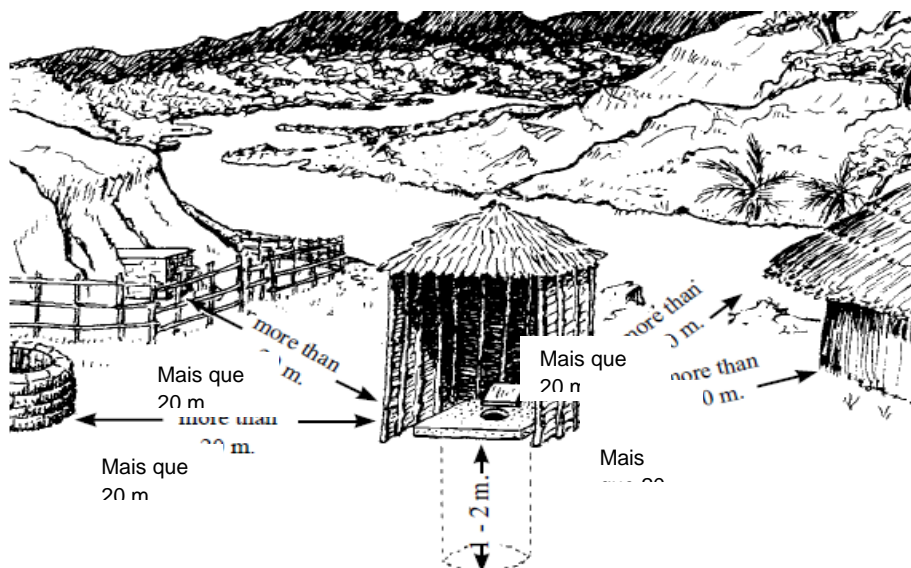
Fonte: **Where there is no doctor** (Hesperian Foundation, 2009)

- Latrina melhorada de fossa fechada – latrina com uma laje, com abertura no meio e uma tampa, por cima do buraco.
- Latrina ventilada melhorada (VIP) – latrina com um tubo de ventilação, que também serve como armadilha para as moscas.

5.3. Localização, Construção e Manutenção de Latrinas Melhoradas

A construção de latrinas deve obedecer aos seguintes critérios de localização:

- Devem ser construídas num lugar bem aberto, para permitir a circulação de corrente de ar;
- Devem ter uma distância de pelo menos 2,7 metros de uma latrina antiga, se existir, para evitar que seja invadida pelo conteúdo e provoque queda da cova;
- Afastado da casa por pelo menos 20 metros;
- Afastado de qualquer poço, rio ou nascente por pelo menos 20 metros;
- Evitar construir em lugares onde o nível da água é muito alto, porque as fezes podem contaminar as fontes de água da comunidade.

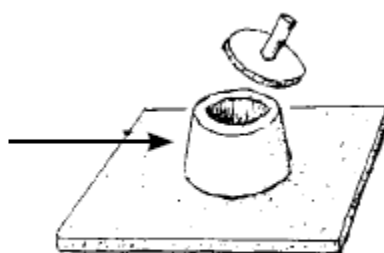


Fonte: **Where there is no doctor** (Hesperian Foundation, 2009)

Para construir latrinas melhoradas devem ser seguidos critérios que dependem do tipo de latrina, podendo ser:

5.3.1. Para latrina melhorada de fossa fechada:

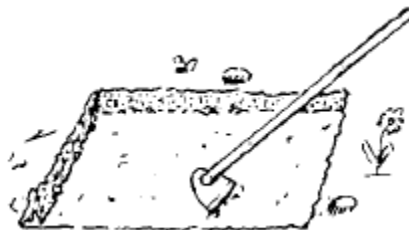
- Cavar um buraco (fossa) redondo, com cerca de 1,1 metro de diâmetro e 1-1,8 metros de profundidade;
- Colocar a laje por cima de fossa, que pode ser de cimento (preferível) ou de madeira. As lajes de cimento duram mais, mantêm-se mais firmes e mantêm a latrina seca;
- Fazer um assento de cimento por cima da laje, com molde ou balde improvisado, com um buraco de cerca de 15 cm de diâmetro. Alternativamente, pode ser utilizado um alguidar invertido, conforme indica a figura abaixo.



Fonte: **Where there is no doctor** (Hesperian Foundation, 2009)

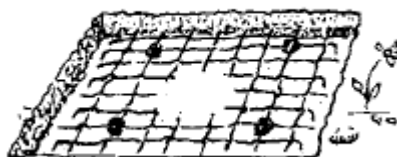
5.3.2. Para latrina ventilada melhorada (VIP):

- Primeiro constrói-se a laje, do seguinte modo:
 - Cavar um buraco quadrado e raso, com 7cm de profundidade e 2 metros de lado;



Fonte: **Where there is no doctor** (Hisperian Foundation, 2009)

- Colocar, no buraco, uma rede de arame e fazer, na rede, 2 buracos com serra, um com cerca de 20cm de diâmetro a uma distância de 0,5m do bordo do quadrado, e outro com 15cm de diâmetro a 75cm do bordo;



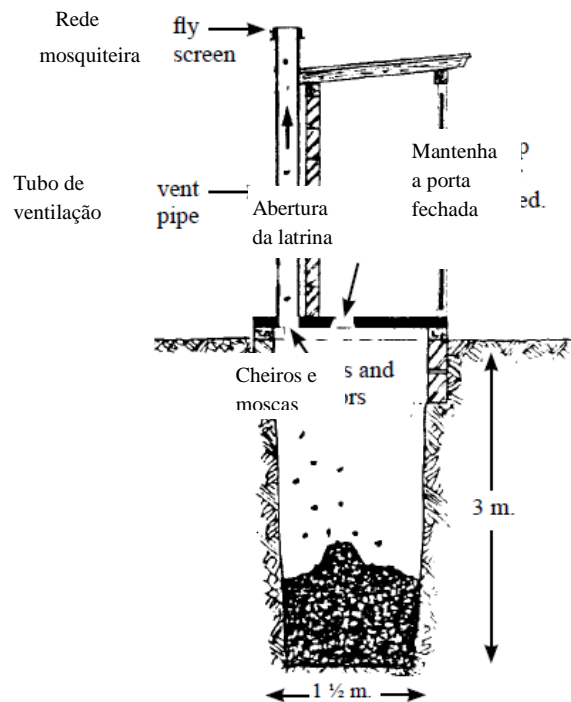
Fonte: **Where there is no doctor** (Hisperian Foundation, 2009)

- Colocar baldes velhos (ou outros objectos) nos buracos e, depois, deitar cimento para continuar a construir a laje.



Fonte: **Where there is no doctor** (Hisperian Foundation, 2009)

- De seguida a fossa:
 - Cavar uma fossa com 1,5 metro de diâmetro e 3 metros de profundidade e fazer um círculo ao redor, com tijolos de cimento, até chegarem ao nível do chão.
 - Colocar a laje por cima, depois que estiver seca.
- Finalmente o tubo de ventilação e a protecção:
 - Construir um tubo de 2,7 a 3 metros de altura, por cima do buraco grande, com a parte superior coberta por rede mosquiteira, bem apertada à volta do tubo;
 - Construir uma casinha sobre o resto da laje, com material disponível, sem janelas e com a entrada disposta de modo a impedir a entrada de luz.
 - O telhado deve ser firme, para manter a casinha escura.
 - A abertura da latrina na laje não pode ser aberta.



Fonte: **Where there is no doctor** (Hisperian Foundation, 2009)

A seta que vai para cima indica a direcção dos cheiros e das moscas, enquanto a que vai para baixo indica a abertura da latrina.

Manutenção das latrinas

Para garantir uma boa conservação das latrinas e bom ambiente, devem ser tomadas as seguintes precauções:

- Deitar na fossa duas mãos cheias de cinza, folhas de limoeiro ou areia, depois de usar a latrina.
- Varrer e lavar a laje frequentemente, sem deixar água entrar na cova.
- Manter a tampa da laje no lugar.
- Não usar a latrina para deitar a água usada para o banho e para as lavagens.
- Elevar o terreno à volta das latrinas para evitar que a água da chuva entre.
- Quando a cova estiver cheia, tapá-la com areia e plantar uma árvore por cima.

5.4. Higiene De Crianças

Ao contrário do que pode se pensar, as fezes das crianças tem perigo igual as fezes de adultos e podem transmitir as mesmas doenças da mesma forma. Por esse motivo devem ser tratadas de forma adequada, ou seja, com o mesmo cuidado que se tratam as dos adultos.

Quando as crianças defecam, devem ser tomados cuidados como:

- Lavar a criança ou o bebé com água e sabão;
- Evitar usar folhas ou outro material para limpar as crianças;
- Deitar as fezes na latrina ou enterrá-las;
- Lavar as fraldas e a roupa que o bebé ou a criança tiver sujado longe das fontes de água;

- Depois de lavar a roupa numa bacia, deitar fora a água para evitar que as pessoas que não saibam que a água está suja a usem para um outro fim;
- Lavar com água e sabão o recipiente que usou para lavar a roupa ou fraldas antes de usar para outros fins
- Não deitar a água suja no meio do quintal ou em lugares onde as crianças brincam. Algumas vezes os micróbios sobrevivem mesmo depois da água secar;
- Lavar bem as mãos com água e sabão depois de lavar a crinça ou a roupa que ela tiver sujado.
- Ensinar as crianças mais velhas a lavar as mãos com água e sabão depois de defecar.
- Ensinar as meninas a limpar-se de frente para trás depois de defecar ou urinar para evitar infecções urinárias e vaginais.

5.5. Estabulação de Animais Domésticos

A estabulação de animais domésticos é uma medida que consiste em manter os animais dentro de uma vedação construída com o propósito de limitar o espaço por onde os animais podem circular.

Esta medida é importante porque garante um controlo dos animais e evita que eles passem no quintal, em contacto com as crianças, evitando deste modo que transmitam doenças.

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

- 6.1.** O saneamento do meio e a higiene pessoal são elementos indispensáveis para manter a saúde.
- 6.2.** O lixo deve ser enterrado ou queimado para evitar o aparecimento de moscas, baratas, cães, ratos, que são veículos de doenças
- 6.3.** Fecalismo a céu aberto é uma prática que pode colocar em perigo a saúde das pessoas.
- 6.4.** Nunca se deve abrir uma latrina menos que 7.5 metros de uma antiga, porque o conteúdo pode invadir a nova e provocar a sua queda.
- 6.5.** Uma latrina deve ser colocada um mínimo de 20 metros das casas, escolas, fontes de água para evitar contaminação
- 6.6.** As latrinas devem ser mantidas limpas, com porta fechada (e com buraco tapado se haver tampa). Na limpeza é importante evitar introduzir água dentro delas.
- 6.7.** As fezes das crianças são igualmente perigosas e devem ser tratadas com o mesmo cuidado que se tratam as dos adultos.
- 6.8.** Para evitar a transmissão de doenças transmitidas por via fecal-oral é muito importante sempre lavar as mãos depois de defecar e antes de comer, preparar ou servir comida.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	24
Tópico	Outros Programas Comunitários e de Educação para Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Higiene Ambiental e Saneamento do Meio	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a água como meio de transmissão de doenças, incluindo a contaminação biológica e química da água.
2. Explicar a água como fonte de propagação de doenças infecciosas.
3. Descrever medidas de controlo e barreiras de propagação de doenças por água.
4. Descrever o tratamento de água através de cloro, de filtros ou de calor.
5. Descrever a contaminação química de água por resíduos químicos industriais, agroquímicos e pecuários.
6. Identificar tratamentos básicos de água de lagoas, rios e poços.
7. Explicar como transportar e armazenar água potável para manter a sua limpeza.
8. Descrever boas práticas para garantir a higiene dos alimentos durante a confecção e a conservação.
9. Descrever os riscos de consumo de alimentos mal conservados, deteriorados ou contaminados.
10. Descrever e explicar práticas simples para a boa conservação dos alimentos: mãos limpas e lavagem dos alimentos, conservação em frio, aquecimento e ou cozedura, uso de recipientes fechados que constituam barreira física contra baratas, formigas, moscas e roedores.
11. Descrever a relação entre a poluição biológica do ar e doenças respiratórias infecciosas.
12. Descrever a poluição química do ar por poeira, fumo, compostos orgânicos voláteis, e maus odores.
13. Descrever as práticas básicas de higiene pessoal (incluindo lavar mãos, tomar banho diariamente, escovar os dentes, cortar as unhas, lavar e passar a ferro a roupa, evitar contacto com água contaminada, não andar descalço, combater infestações por piolhos, não cuspir no chão, e cobrir a boca quando tossir).
14. Descrever as práticas de manter a higiene do lar (incluindo limpeza da casa e quintal, proteger o lar e as crianças de contacto com animais domésticos, estender roupa de cama, remoção de lixo, e controle de buracos e charcos).
15. Descrever o processo de Diagnóstico Rural Participativo (DRP).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Cuidados com a Água		
3	Higiene dos Alimentos		
4	O Meio Aéreo, Higiene Pessoal e do Lar		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Werner D, Cliff J, Mariano A, Mungambe, K. Onde não há médico. Hisperian Foundation, TALC: 2009.

Werner D., Thuman C., Maxwell J. Onde não há médico: um manual de cuidados de saúde (Where there is no doctor: a village health care handbook). Hisperian Foundation. Rev. ed. 1992. (Impressão No.10: Abril 2009).

Martins, Prof. Helder, MANUAL DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, MISAU, 2008

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: CUIDADOS COM A ÁGUA

2.1 Água como Meio de Transmissão de Doenças

A água pode servir como meio de transmissão de doenças através de várias formas, alguns exemplos são apresentados a seguir:

- Alguns micróbios causadores de doença vivem ou passam uma parte do seu ciclo de vida na água, como é o caso do schistosoma, parasita causador de bilharziose. Sempre que as pessoas entrarem em contacto com águas paradas e pouco profundas podem ser infectadas. O mosquito, tem uma parte do seu ciclo de vida na água.
- Por outro lado, a água pode ser contaminada por microrganismos, como por exemplo *Vibrio Cholerae*, o agente causador da cólera. Neste caso, se as pessoas consumirem a água sem tratar ou, então, utilizá-la para lavar alimentos que são consumidos crus podem ser infectadas.
- Alguns produtos químicos também podem contaminar a água e dessa forma provocarem doença nas pessoas que a consumirem sem qualquer forma de tratamento. Estes produtos incluem produtos utilizados em fábricas (químicos como metano), nas machambas (fertilizantes, pesticidas) ou por criadores de gado. Alguns desses produtos podem ser utilizados para tratar a água para o regadio, mas os produtos utilizados não são para consumo das pessoas, por isso, são prejudiciais à saúde.

2.2 Doenças relacionados com falta de água

A falta de água ou o uso de quantidades insuficientes para a higiene pessoal e da família também está associada certas doenças, tais como diarreias, doenças da pele e dos olhos.

- As doenças como sarna e piolhos são facilmente transmitidas a pessoas que não tomam banho todos os dias.
- Os piolhos também são transmitidos por falta de água suficiente e sabão para a lavagem de roupa da família
- As doenças dos olhos, como tracoma e conjuntivite, são facilmente transmitidas quando as pessoas não lavam a cara com frequência.
- A roupa de cama (lençóis), toalhas e mantas também devem ser lavadas com frequência e serem colocadas ao sol para evitar a transmissão de doenças como a sarna, os piolhos.

2.3 Medidas de controlo e barreiras de propagação de doenças por água:

2.3.1 Fontes de água limpa (potável) onde a água pode ser usada sem outro tratamento

- Torneira e fontenários
- Poços protegidos (com tampa) e revestidos de blocos
- Furos protegidos
- Nascente

2.3.2 Como manter a higiene / limpeza de água no transporte e armazenamento

- Durante o transporte da água da fonte para casa, utilizar recipientes limpos (ou limpar antes de encher) e mantê-los fechados
- Conservar a água em recipientes limpos e mantê-los sempre tapados para protegê-los de animais, moscas, poeira e outra sujidade
- Caso seja utilizado o mesmo recipiente para a conservação da água, deve ser lavado frequentemente. Se for pequeno, todos os dias, se muito grande, como um tanque, uma vez por mês.
- Armazenar a água dentro de casa;
- Se possível, entornar a água directamente do recipiente onde se armazena, ou então, utilizar um objecto limpo para mergulhar e tirar a água.
- Usar uma caneca limpa para tirar a água – e não tocar a água com as mãos. É sempre melhor ter uma caneca utilizada só para tirar água do recipiente (a mesma caneca não deve ser usada para beber)

2.3.3 Como minimizar o risco de transmissão de doença se não tiver acesso a fontes de água limpa (medidas e conselhos)

Muitas vezes não é possível ter acesso a água potável, por isso grande parte das nossas comunidades utilizam água de, barragens, lagos, , poços ou furos não protegidos ou de reservatórios de água da chuva. Nestes casos algumas medidas devem ser tomadas, como:

- **Barragens e Lagos** – a água das barragens e dos lagos não é aconselhável para consumo, nem para higiene pessoal. Caso não haja alternativas deve ser tratada por um dos métodos que serão descritos posteriormente.
- **Rios** – caso a fonte de água seja um rio, deve ser escolhido um local que esteja acima do local onde lavam a roupa, tomam banho e do local onde os animais bebem água. Esta água deve ser tratada antes do consumo.
- **Nascentes** - Caso a água seja tirada da nascente, o mais provável é que seja limpa e esteja pronta para ser consumida, mas para garantir isso deve-se:
 - Colocar uma vedação à volta de toda a nascente;
 - Fazer uma vala à volta da nascente para drenar a água da chuva;
 - Construir um dreno para a água em excesso e proteger contra a erosão;
 - Manter os animais afastados da nascente.
- **Poços ou furos não protegidos** – nestes casos, o mais importante é arranjar formas de proteger esses locais, do seguinte modo:
 - Colocar os poços a pelo menos 20 metros de uma latrina;
 - Ter uma profundidade de pelo menos 3 metros;
 - Colocar uma protecção à volta, com pelo menos meio metro de altura;
 - Colocar uma tampa;
 - Colocar uma bomba ou um balde para tirar a água;

- Colocar uma vala ao redor para drenar a água da chuva e a que se espalha quando as pessoas tiram água do poço, porque essa mesma água, que se encontra suja, pode voltar a entrar no poço e sujar a restante.
- **Reservatório da água da chuva** – para a utilização dessa água, deve-se:
 - Esvaziar e limpar o reservatório onde é recolhida a água no início de cada época chuvosa;
 - Utilizar objectos limpos e/ou aplicar uma torneira para tirar a água do reservatório;
 - Tapar o reservatório durante o período em que não chove;
 - Tratar a água para beber.

2.3.4 Recomendações para evitar contaminação por produtos químicos

Os produtos químicos com grande perigo para a saúde das pessoas são conjuntamente chamados de pesticidas. Estes incluem produtos químicos usados para matar certas plantas (herbicidas), fungos (fungicidas), insectos (insecticidas), ou outros animais como ratos (rodenticidas ou raticidas).

Esses pesticidas são muito perigosos e para além de causar doença, podem provocar cegueira, esterilidade (incapacidade de gerar filhos), paralisia ou ainda levar as crianças a nascer com defeitos.

Para evitar esses problemas deve-se viver longe de locais pulverizados com pesticidas, não deixar as crianças brincarem nos locais pulverizados.

Por outro lado, para aquelas pessoas que trabalham com pesticidas, as seguintes precauções devem ser tomadas:

- Vestir roupa protectora e que cubra todo o corpo
- Misturar os químicos e preparar o pulverizador com cuidado
- Verificar se o tanque do pulverizador não está roto
- Trabalhar de costas para o vento, para que o pó seja soprado para longe
- Tomar banho e mudar de roupa logo depois de pulverizar
- Lavar as roupas depois de pulverizar
- Marcar bem os recipientes que contenham os pesticidas e manter sempre bem longe das crianças e as mulheres a amamentar.
- Nunca utilizar os recipientes que conservam pesticidas para beber água, ou outras bebidas ou conservar comida.

2.3.5 Tratamento da água

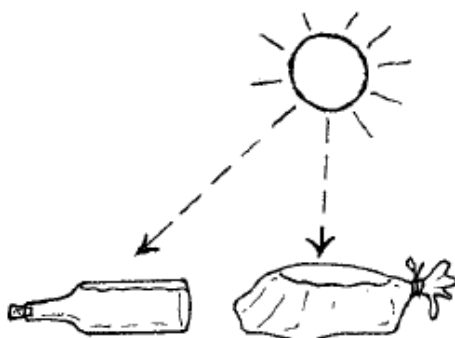
O ideal seria que toda a água utilizada para beber e cozinhar fosse proveniente de uma fonte que garantisse que seja limpa, mas não acontece desse jeito, por isso a água deve ser tratada em casa. Algumas formas de tratamento que podem ser utilizadas incluem:

- **Filtração** – é um método de tratamento de água. Podem ser utilizados filtros já fabricados (mais aconselhável), Se for possível, pode se ferver a água depois da filtração, principalmente se forem utilizados panos.
- **Fervura** :
 - ✓ Colocar a água numa panela e deixar ao lume;
 - ✓ A água deve ferver durante 20 minutos;

- ✓ Deixar a água arrefecer antes do consumo. Manter o recipiente onde a água vai arrefecer limpo e tapado.
- **Cloração** – é um método de tratamento da água utilizando o cloro. O cloro pode ser encontrado em produtos com concentrações fixas e todas as instruções (preferível) ou então pode-se utilizar a lixívia (javel) no lugar. Neste último caso deve-se ter cuidado com as quantidades a usar, porque as concentrações variam. Deve-se pôr uma colher de chá ou tampinha de lixívia em 10 litros de água limpa e deixar repousar 30 minutos antes de utilizá-la.

Nas situações de cólera, a utilização do cloro pode ajudar a controlar os surtos porque permite tratar grandes quantidades de água

- **Tratamento solar** – pode ser utilizado como última alternativa, caso não há condições para a fervura da água. Faz-se usando garrafas transparentes que devem ser bem lavadas, enchidas de água e colocadas no telhado de preferência de zinco. No telhado, as garrafas ficam **no mínimo 6 horas**, ao fim das quais devem ser retiradas para arrefecer. A água está pronta para ser consumida!. Nos dias de sol fraco, deixar a garrafa por dois dias.



BLOCO 3: HIGIENE DOS ALIMENTOS

3.1. Higiene dos alimentos

A higiene dos alimentos é muito importante para a prevenção de doenças, principalmente diarreias e parasitoses, muito comuns em crianças. Para isso as seguintes medidas devem ser tomadas:

3.1.1. Durante a preparação dos alimentos

- Lavar sempre as mãos com sabão antes de começar a preparar uma refeição;
- Lavar bem as verduras e os legumes, com água limpa, antes de preparar, principalmente os que são consumidos sem ser cozidos;
- Lavar bem as frutas antes de comer.
- Evitar o contacto de alimentos crus com cozidos, porque alimentos como carne, frango e peixe crus podem ser contaminados por micróbios perigosos. Lavar bem as mãos depois de preparar alimentos crus;
- Preparar os alimentos em superfícies ou objectos limpos;
- Utilizar sempre pratos, tigelas e copos limpos para servir os alimentos;
- Cozer bem todos os alimentos, principalmente carnes e mariscos;
- Não comer ovos crus.

3.1.2. Durante a conservação

- Os alimentos devem ser preparados na altura da refeição.

- Caso tenham passado 4 horas após a cozedura, a temperatura ambiente, devem ser bem requeentados antes do consumo.
- Evitar que moscas e outros insectos pousem ou andem nos alimentos. Manter os alimentos tapados.
- Proteger os alimentos do contacto com animais domésticos.
- Guardar os alimentos que não se estragam separados de insecticidas (produtos usados para matar insectos), desinfectantes (produtos usados para limpar materiais contaminados) ou outros produtos químicos (petróleo, sabão, gasolina etc).
- Aqueles alimentos que se estragam, como carnes, frangos, peixes, se forem adquiridos dias antes da cozedura, devem ser guardados em locais frescos, como geleiras ou congeladores para evitar que estraguem. Se não tiver, o ideal é comprar no dia do consumo.
- Utilizar no prazo de validade todos produtos incluindo os enlatados e outras conservas.

BLOCO 4: O MEIO AÉREO, HIGIENE PESSOAL E DO LAR

4.1. Ar

O ar pode ser, igualmente, veículo de algumas doenças, principalmente aquelas que afectam as vias respiratórias. Podemos ter dois tipos principais de doenças, as infecciosas e as não infecciosas.

4.1.1. Doenças infecciosas – são causadas pela contaminação do ar por agentes infecciosos, geralmente, a partir de uma pessoa doente que os expele através de gotículas durante a fala ou a tosse. Esses agentes podem entrar em contacto com pessoas saudáveis e causar doenças. Exemplos de agentes:

- *Streptococcus pneumonia* (causa pneumonia)
- *Mycobacterium tuberculosis* (causa tuberculose)
- *Neisseria meningitidis* (causa meningite)
- Vírus do sarampo (causa sarampo)
- *Haemophilus influenzae* (causador da pneumonia e meningite)
- *Rhinovirus species* (causador de constipação)

A melhor medida para evitar isso é proteger a boca com um lenço ou com a parte interna do cotovelo durante a tosse.

Evitar partilhar a cama com pessoas doentes.

Garantir bom arejamento da casa e evitar aglomerados.

4.1.2. Doenças não infecciosas – neste caso o ar é poluído por substâncias químicas, provenientes de queimaduras de lixo, escapes de carros, fábricas, lenha doméstica, substâncias podres, outros produtos que utilizamos diariamente e que produzem substâncias prejudiciais à saúde. Estes agentes provocam bronquites e outros distúrbios às vias aéreas.

Gases produzidos pela lenha doméstica (fumo) contêm grandes quantidades de CO (monóxido de carbono) e podem levar à morte de pessoas por asfixia.

Para evitar as doenças e mortes causadas por esses agentes devem ser tomadas as seguintes precauções:

- Enterrar o lixo
- Se possível residir em locais distantes de fábricas
- Evitar cozinhar com lenha ou carvão em locais fechados
- Defecar em latrinas

4.2. Higiene pessoal e do lar

Para manter a saúde não basta ter o meio ambiente limpo, as pessoas e o ambiente familiar também devem ser preservados.

Em relação à higiene pessoal, devemos:

- Lavar sempre as mãos com água corrente e sabão (ou cinzas): antes de comer, antes de preparar os alimentos, antes de dar de comer às crianças, bem como depois de utilizar a latrina, depois de defecar ou ainda depois de lavar uma criança que tenha defecado.
- Tomar banho e lavar as crianças todos os dias.
- Lavar frequentemente as caras e as mãos das crianças.
- Escovar bem os dentes, todos os dias, pelo menos duas vezes (ao acordar e ao deitar).
- Cortar as unhas frequentemente, para evitar que micróbios, ovos de vermes e sujidade se escondam por baixo das unhas.
- Mudar e lavar frequentemente a roupa pessoal, toalhas e lençóis, sempre que possível, com água limpa e sabão.
- Não tomar banho nos charcos, nas valas de drenagem ou águas provenientes de esgotos.
- Evitar andar descalço, porque alguns micróbios e outros parasitas como lombrigas que causam doenças podem penetrar através da pele da planta dos pés.
- Despiolhar frequentemente toda a família.
- Não cuspir no chão, porque a saliva pode transmitir doenças.

Em relação ao lar, devemos:

- Cobrir adequadamente as casas para evitar a entrada da água da chuva.
- Colocar portas e janelas para ventilar a casa.
- Colocar redes nas janelas e nas portas para evitar a entrada de animais e insectos.
- Maticar o chão e as paredes para evitar poeiras, permitir uma boa limpeza e evitar a entrada de insectos.
- Construir drenagem adequada para colher as águas do banho e da lavagem da roupa.
- Ter locais apropriados para depositar o lixo.
- Ter locais apropriados para construir latrinas.
- Limpar frequentemente o interior da casa, varrer e limpar o chão, as paredes e por baixo dos móveis
- Varrer o quintal e o pátio da casa.
- Não deixar os animais domésticos entrarem em contacto com as crianças ou entrarem na casa.

- Remover diariamente o lixo da casa e colocá-lo numa cova ou queimá-lo, conforme explicado anteriormente.
- Tapar buracos e aberturas no chão e nas paredes para evitar alojamento de baratas, carraças, percevejos e escorpiões.
- Destruir poças de água e charcos, porque são locais onde os mosquitos se multiplicam.

Diagnóstico Rural Participativo (DRP)

É uma forma de envolvimento das comunidades na percepção dos seus problemas e obtenção de soluções, que resulta da contribuição dos membros dessa mesma comunidade através de reuniões em que há partilha de experiências dos participantes.

O objectivo do DRP é de melhorar as condições de saúde das populações baseadas nos conhecimentos e experiências fornecidos pelos membros, o que garante uma maior participação e melhores resultados. Também dá auto-confiança e satisfação às comunidades pelo facto de poderem participar activamente no melhoramento das suas condições.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1. A água pode servir como meio de transmissão de doenças.
- 5.2. A falta de água ou o uso de quantidades insuficientes para a higiene pessoal e da família também está associada a certas doenças.
- 5.3. A água deve ser conservada em recipientes limpos, tapados e devidamente manuseada para o consumo.
- 5.4. Os métodos de tratamento da água são: filtração, fervura, cloragem e tratamento solar
- 5.5. A água dos poços (menos de 30 metros de profundidade), rios e lagos ou lagoas é sempre duvidosa e deve ser tratada por um dos métodos de tratamento de água.
- 5.6. Os alimentos mal conservados podem ser veículos de doenças.
- 5.7. O ar pode ser contaminado por produtos biológicos ou químicos e transmitir doenças, principalmente das vias respiratórias.
- 5.8. A higiene pessoal é importante para nos mantermos saudáveis.
- 5.9. Se as pessoas não tomarem banho frequentemente podem ter doenças favorecidas por falta de higiene.
- 5.10. As casas devem ser mantidas limpas para manter um ambiente saudável no lar.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	25
Tópico	Outros Programas Comunitários e de Educação para Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Programa de Controlo de Malária	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os grupos mais vulneráveis à malária.
2. Descrever o ciclo de vida do mosquito.
3. Explicar as medidas de protecção contra a proliferação e o contacto com os mosquitos.
4. Descrever o uso e os cuidados a ter com as redes mosquiteiras;
5. Discutir repelentes tradicionais e comerciais.
6. Descrever a estrutura e a organização de campanhas de pulverização intra-domiciliária.
7. Discutir as vantagens e precauções da pulverização intra-domiciliária.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Prevenção e Controlo da Malária		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Werner D, Cliff J, Mariano A, Munguambe, K. Onde não há médico. Hisperian Foundation, TALC: 2009.

MISAU, Programa Nacional de Controlo da Malária. Plano nacional de prevenção e controlo da malária em Moçambique 2010-2014. Maputo: 2009.

BLOCO 1. INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2. PREVENÇÃO E CONTROLO DA MALÁRIA

2.1. Malária

A malária é uma doença infecciosa, causada por um parasita do género *Plasmodium*, com várias espécies, das quais a mais importante no país é *P. falciparum* e que é transmitido pela picada da fêmea do mosquito *Anopheles*.

Qualquer pessoa residente de uma zona endémica, ou que se desloque à uma, tem risco de contrair a malária. No nosso país as populações de maior risco são as mulheres grávidas, crianças (principalmente aquelas com idade inferior a cinco anos) e pessoas infectados pelo vírus do HIV.

2.2. Ciclo de vida do mosquito

O mosquito nasce na água, a partir de ovos que foram depositados pela fêmea do mosquito adulto. Dois ou três dias depois dos ovos terem sido depositados na água, surgem as larvas. As larvas crescem e tornam-se mosquitos adultos, nessa altura abandonam a água e voam. Durante o período em que se encontram fora da água, as fêmeas acasalam com os machos e posteriormente procuram sangue, que pode ser de animais ou de pessoas. Após a ingestão desse sangue, as novas fêmeas vão depositar os ovos na água e o ciclo recomeça.

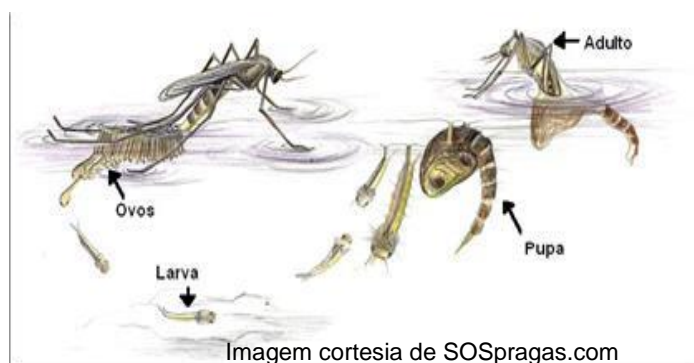


Figura 1. Ciclo de vida do mosquito.

2.2.1. Notas importantes

- O mosquito que transmite a malária, *Anopheles*, prefere águas estagnadas (ou com pouca corrente) e limpa, que podem ser encontradas em charcos, margens de lados, valas de drenagem, margens de rios, cisternas e outros tipos de reservatório de água construídos por pessoas etc.
- A água que se acumula em recipientes como pneus, latas, garrafas, vasos de plantas e jarros, embora não seja o lugar de preferência, também pode ser utilizado pelos mosquitos da malária para se reproduzir.
- Os mosquitos que transmitem a malária pousam no interior das casas para descansar e aproveitam para se alimentar de sangue, principalmente, durante as primeiras horas da noite e as primeiras horas da manhã, enquanto as pessoas dormem.

2.3. Como evitar a proliferação dos mosquitos e o contacto

No ambiente de casa encontramos tanto os mosquitos que transmitem a malária quanto aqueles que não a transmitem. Por esse motivo as acções de eliminação e de prevenção da proliferação dos mosquitos têm de ser abrangentes e consistem em:

- Construir as casas longe de zonas pantanosas, rios, lagos, barragens
- Plantar árvores nas zonas alagadas para absorver a água e secar a terra.
- **Eliminar charcos e pequenas colecções de água**, principalmente à volta das casas.
- Eliminar a água que se acumula à volta das torneiras e dos poços de água, através da construção de pequenos drenos.
- Destruir ou enterrar recipientes que acumulam água, como latas, pneus velhos, garrafas.
- Colocar areia nos vasos de flores que embelezam as casa.
- Tapar bem os recipientes em que se conserva água.
- No caso de reservatórios para apanhar água da chuva, tapa-se o topo com rede mosquiteira o que permite a água da chuva entrar mas impede a entrada de mosquitos

Estas medidas visam interromper o processo de proliferação de mosquitos, através da destruição dos locais onde eles se multiplicam, o que vai levar à diminuição do número de mosquitos transmissores e, conseqüentemente, o risco de apanhar a malária.

As seguintes medidas podem ser tomadas para evitar o contacto directo com os mosquitos causadores da malária:

- Colocar, sempre que possível, redes nas portas e janelas de casa.
- Maticar bem as casas de caniço com terra ou rectos de cimento.
- Evitar dormir ao ar livre.
- Evitar ficar ao ar livre durante a noite.
- **Usar repelentes**
- Usar **redes mosquiteiras**, de preferência impregnadas com insecticida, sobre as camas ou esteiras, durante a **hora de dormir**.
- Fazer **pulverização intradomiciliária** (dentro das casas).

Para além das medidas contra a proliferação, temos as que visam evitar o contacto. Estas incluem a utilização de barreiras físicas (redes mosquiteiras) e/ou químicas (repelentes, impregnação das redes e pulverização com insecticidas). As barreiras químicas referem-se à aplicação de substâncias capazes de matar o mosquito, uma vez em contacto.

Uma forma eficaz de protecção deve ter os dois tipos de medidas simultaneamente, ou seja, evitar a proliferação e o contacto com os mosquitos.

2.4. Redes mosquiteiras

As redes mosquiteiras podem actuar das duas formas, mecânica (redes não tratadas) ou mecânica e química (redes tratadas com insecticida).

Redes não tratadas – estas redes protegem da picada impedindo que o mosquito tenha contacto com as pessoas (acção mecânica). Mas, o seu uso tem alguns inconvenientes, tais como:

- Se a pessoa estiver a dormir encostada à parede, os mosquitos conseguem picar;
- Se houver buracos, os mosquitos podem entrar e picar.

Redes tratadas com insecticida – no nosso país usam-se redes mosquiteiras impregnadas com insecticidas de longa duração (REMILD). São eficazes porque, para além da acção mecânica, previnem as picadas repelindo e matando os mosquitos que pousam nela (dupla acção). Algumas vantagens com o uso deste tipo de redes incluem:

- Se a rede for utilizada normalmente, o efeito insecticida pode permanecer por 3 a 5 anos.
- Para além dos mosquitos, a rede tratada também pode matar outros insectos, como percevejos, piolhos e pulgas.
- Devido à longa duração do seu efeito, pode ser comprada apenas uma vez de 5 em 5 anos.

Para que as redes tenham longa duração e sejam eficazes na protecção contra os mosquitos, devem ser tomados os seguintes cuidados:

- Cozer, com agulha e linha, todos os locais furados das redes, porque podem ser locais de entrada dos mosquitos.
- Não lavar com muita frequência, nem lavar com força, porque pode enfraquecer a rede e criar buracos.



<http://wikis.lib.ncsu.edu/images/1/1a/MosquitoNet.jpg>

Figura 2: Rede mosquiteira

2.5. Repelentes

São produtos químicos que servem para afugentar e matar os mosquitos. Existem vários tipos de repelentes e podem ser químicos ou tradicionais.

2.5.1 Repelentes químicos – estes repelentes apresentam-se em concentrações adequadas para afugentar e matar os mosquitos. São comerciais (encontrados à venda) e podem ser de dois tipos principais:

- Espirais ou serpentinas (também conhecidos por “dragão”), são acesos e libertam um fumo que afugenta e mata os mosquitos;
- Produtos que se aplicam na pele. Estes podem apresentar-se em forma de “spray”, creme ou “roll-on”.



Fonte: cgi.ebay.co.uk

Figura 3: Serpentinhas

2.5.2 Repelentes tradicionais

São métodos utilizados por certas comunidades, que utilizam fumo provocado por vários materiais para afugentar os mosquitos. Esses materiais podem ser: folhas húmidas de eucalipto, lenha ou restos de madeira humedecidos.

Outro método comum consiste em plantar citronela (planta de chancelacate / balacate), uma planta aromática com propriedades repelentes contra os mosquitos. Para um bom efeito, ela deve ser semeada num local percorrido pelo vento, de modo a poder transportar o seu aroma e afugentar os mosquitos.

Os métodos tradicionais, embora tenham algumas vantagens, podem ter desvantagens prejudiciais.

Vantagens:

- Afugentam temporariamente os mosquitos;
- Diminuem o número de picadas por mosquitos;
- São à base de material local (sem custo);

Desvantagens:

- Não matam os mosquitos, logo que o fumo desaparece, voltam;
- As pessoas não podem ficar muito tempo ao fumo pelo incómodo e, também, devem eliminar o fumo muito tempo antes de ir dormir, porque podem ficar asfixiadas durante o sono;
- O fumo polui o ar e pode provocar bronquite nas crianças
- Pode provocar incêndios.

2.6. Pulverização intradomiciliária (PIDOM)

A PIDOM é um dos métodos mais eficazes no controlo do mosquito adulto. Consiste numa pulverização intra-domiciliária (aplicação de insecticida nas paredes internas da casa) periódica com uso de um insecticida com efeito residual (prolongado) para a redução do tempo de vida e da quantidade de mosquitos, o que resulta na redução da transmissão da malária.

A PIDOM é considerada apropriada para lugares com grande densidade populacional e elevado número de construções precárias e/ou indivíduos com baixo rendimento económico.

No nosso país, a actividade é levada a cabo pelo MISAU e, usa-se os piretróides e em algumas regiões o DDT (dicloro-difenil-tricloroetano). Equipas das Direcções Provinciais de Saúde são enviadas às comunidades antes do início da época chuvosa para a realização da pulverização.

Previamente ao início da PIDOM deve-se ter conhecimento do número de casas a pulverizar numa determinada comunidade ou região. Este número será a meta a ser alcançada durante a PIDOM e servirá de base para requisitar os insecticidas. É necessário a participação da comunidade no processo, que podem auxiliar esta actividade como mobilizadores ou como rociadores (as pessoas que pulverizam). Estes membros da comunidade devem ser treinados sob como proceder durante a PIDOM.

As comunidades devem ser comunicadas das datas e dos procedimentos. Deve-se lembrar que os insecticidas usados no país são específicos para os mosquitos causadores da malária e que após a pulverização pode haver aparente aumento de outros insectos. Isso deve-se ao facto de os outros insectos serem irritados pelo produto, mas não implica falta de acção contra os mosquitos. Devem ser adoptados outros meios para eliminação dos outros insectos.



http://entomology.ucdavis.edu/faculty/scott/aellis/Research/residual_spray_200w.jpg

Figura 4: Pulverização Intra-domiciliar (PIDOM)

2.6.1. Vantagens da PIDOM

- Redução do tempo de vida e da quantidade de mosquitos.
- Tem um efeito que pode durar entre 3 a 12 meses.
- Quando aplicados cuidadosamente e com conhecimento, os insecticidas utilizados não perigam a vida das pessoas, a de animais domésticos nem o meio ambiente.
- O insecticida fica impregnado nas paredes, o que ajuda a matar todos os mosquitos que pousam.
- Exerce grande controlo sobre o mosquito da malária.

2.6.2. Precauções

- As pessoas que tenham as suas casas pulverizadas não devem maticar, pintar ou lavar as paredes durante 6 a 12 meses após a pulverização.
- A família deve ficar fora de casa durante a pulverização e até 12 horas após.
- Manter fora do alcance das crianças qualquer recipiente que tenha entrado em contacto com os insecticidas (ou outro pesticida).

BLOCO 3. PONTOS-CHAVE

- 3.1.** As mulheres grávidas, as crianças menores de 5 anos e pessoas infectadas pelo vírus do HIV estão em maior risco de contrair a malária, e assim devem ser priorizadas nas medidas de prevenção da malária.
- 3.2.** Malária é transmitida principalmente pela fêmea do mosquito de género Anopheles.
- 3.3.** Os mosquitos que transmitem a malária desenvolvem-se em água paradas e limpas, assim todo esforço deve ser feito de eliminar charcos e pequenas colecções de água (principalmente em volta das casas)
- 3.4.** O mosquito que transmite malária pica principalmente à noite, por isso pessoas devem evitar dormir ou passar muito tempo fora da casa a noite, e sempre devem usar redes mosquiteiras para prevenir malária
- 3.5.** Pessoas devem usar repelentes para evitar picadas de mosquitos à noite (esse repelentes podem ser comerciais ou tradicionais)
- 3.6.** A associação de barreiras mecânicas (redes mosquiteiras) e químicas (insecticidas usados para tratar as redes) produz maior efeito na prevenção de picadas de mosquitos, por isso devemos usar redes mosquiteiras tratadas
- 3.7.** Redes mosquiteiros devem ser lavadas com cuidado para evitar buracos porque os mosquitos podem entrar por eles. Se houver um buraco deve ser reparado o mais rápido possível.
- 3.8.** As redes tratadas podem ter uma acção que dura cerca de 5 anos, se bem conservadas e manuseadas.
- 3.9.** A PIDOM é um método de prevenção da malária que consiste em pulverizar o interior das casas com insecticidas que matam os mosquitos causadores da malária dependendo do tipo de insecticida, a duração do efeito pode ser entre 6 a 12 meses.

Disciplina	Saúde da Comunidade	Nº da Aula	26
Tópico	Outros Programas Comunitários e de Educação para Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Programa de Tuberculose e Lepra	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever em linhas gerais tuberculose e lepra, incluindo:
 - a. Agente etiológico;
 - b. Sinais e sintomas comuns;
 - c. Duração do tratamento e dificuldade de adesão ao tratamento.
 - d. Riscos ligados a abandono do tratamento;
 - e. Vias de transmissão;
 - f. Medidas de prevenção;
 - g. Mitos associados às doenças;
 - h. Estigma associado às doenças.
2. Descrever o Programa Nacional de Controlo da TB (PNCT) e Lepra (PNCL) previamente conhecidos como “Estratégia de Luta Anti-TB e Estratégia de Luta Anti-Lepra (ELAT/ELAL)”
 - a. Descrever a estrutura organizacional do Programa ao nível distrital;
 - b. Descrever as responsabilidades do TM/Clínico e do Responsável Distrital do PNCT/L no âmbito do Programa;
 - c. Descrever o processo de coordenação entre eles;
 - d. Descrever o processo de busca activa dos doentes e contactos (despiste).
3. Descrever a associação da tuberculose com o HIV e o rastreio da tuberculose nos pacientes com HIV e vice-versa;
4. Descrever o processo de busca activa dos abandonos.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Tuberculose e Lepra		
3	Programa Nacional de Controlo da TB/Lepra		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para o desenvolvimento do conteúdo):

Werner D, Cliff J, Mariano A, Munguambe, K. Onde não há médico. Hisperian Foundation, TALC: 2009.

MISAU, Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. Manual de Tuberculose. Maputo: 2009.

MISAU, Direcção Nacional de Saúde. Manual de Lepra – Clínica geral e especial. Maputo: 2007.

MISAU. Plano estratégico de controlo da Tuberculose em Moçambique para 2008 a 2010. Maputo: 2007.

BLOCO 1. INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2. TUBERCULOSE E LEPRA

2.1. Tuberculose

É uma doença infecciosa, crónica causada pelo *Micobacterium tuberculosis* (ou, menos frequentemente, pelo *M. bovis* ou *M. africanum*), uma bactéria longa, em forma de bastão (bacilo de Kock – BK), e caracterizada pela formação de lesões em qualquer tecido do organismo, mas principalmente nos pulmões (a chamada tuberculose pulmonar).

O sintoma mais comum da tuberculose pulmonar é uma tosse persistente, que dura duas semanas ou mais e que, geralmente, é acompanhada por um ou mais dos seguintes sintomas:

- Perda de peso (**E**magrecimento)
- Falta de apetite
- Cansaço persistente (**A**stenia)
- Febre ao fim do dia
- Sudorese (transpiração) nocturna
- Dor no peito
- Falta de ar
- Tosse e Expectoração com sangue (hemoptises)

Pode ser lembrado pela mnemónica **FESTA** (Febre, Emagrecimento, Sudorese, Tosse e Astenia)

2.1.1. Tratamento

O tratamento da tuberculose é longo e dura cerca de 6 a 8 meses, dependendo do regime.

O regime padrão, em vigor no país, é dividido em duas fases, a intensiva que dura cerca de 2 meses e a de manutenção com duração de 4 meses, completando um total de 6 meses.

Por outro lado, para aqueles doentes que são submetidos a retratamento, por abandono ou falência do tratamento, o tratamento pode durar 8 meses ou mais, divididos em 3 para a fase intensiva e 5 para a de manutenção.

Devido ao tempo prolongado de toma dos medicamentos, alguns pacientes param de tomar os medicamentos por vários motivos abaixo mencionados;

- Geralmente ao fim dos 2 primeiros meses começa uma melhoria geral do quadro e pensam que já não precisam.
- Alguns medicamentos usados no tratamento da tuberculose têm efeitos colaterais: dor nas articulações, comichão na pele, erupção da pele (borbulhas), náuseas, vômitos e icterícia (devido a toxicidade hepática).

Apesar da ocorrência de problemas relacionados com a aderência ao tratamento, é importante que se saiba dos riscos da sua interrupção antes de completar o tempo previsto, que incluem:

- Reactivação dos bacilos, que se encontravam enfraquecidos por causa do tratamento;
- Resistência dos bacilos aos medicamentos, o que torna a doença mais grave e mais difícil de curar;
- Transmissão e disseminação dos bacilos a outras pessoas, na família e na comunidade;
- Morte por agravamento dos sintomas.

2.1.2. Transmissão

A tuberculose transmite-se através do ar, quando uma pessoa com a doença, ao tossir liberta gotículas que contêm o bacilo para o ambiente. Por este motivo, pessoas que vivem em ambientes fechados e em aglomerações, encontram-se em maior risco de contrair a doença se no meio deles existir um indivíduo que expele os bacilos.

A tuberculose também se pode transmitir através do leite da vaca e cabra não pasteurizado ou fervido.

2.1.3. Prevenção

A melhor maneira de prevenir a tuberculose é diagnosticar rapidamente as pessoas doentes e administrar o tratamento até a cura.

Por outro lado, todas as crianças devem ser vacinadas contra a tuberculose (vacina do BCG) à nascença.

Também pode-se minimizar / reduzir a transmissão e disseminação do bacilo causador da tuberculose através das seguintes medidas:

- Cobrir o nariz e a boca com um pano/lenço ao tossir e espirrar (ou mesmo com a mão se não tiver lenço).
- Escarrar para uma latinha com areia e tampa e depois enterrar.
- Manter o ambiente interno dos edifícios arejado, através de abertura das janelas e portas, o que permite a circulação do ar assim como entrada de raios solares (o bacilo de koch é sensível à luz solar).

2.1.4. Mitos associados à tuberculose

Há vários mitos relacionados com a forma como a tuberculose é transmitida, eis alguns deles:

- As mulheres que ficaram viúvas recentemente e aquelas que abortaram podem transmitir tuberculose aos seus parceiros por manterem relações sexuais, sem antes terem seguido os rituais tradicionais.
- Se uma criança for posta no colo de uma pessoa que tenha perdido um ente querido recentemente e tenha mantido relações sexuais, pode contrair tuberculose.

Estes mitos não correspondem a verdade, são crenças que as pessoas têm, mas que distorcem completamente a verdade.

2.2. Lepra

A lepra é uma doença infecciosa, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*, também chamado bacilo de Hansen (BH) e que é caracterizada pelo aparecimento de manchas claras na pele e lesões dos nervos que, posteriormente, podem levar à perda de sensibilidade e deformações.

Os sinais comuns da lepra incluem:

- Lesões da pele (manchas claras ou avermelhadas) com perda de sensibilidade.

- Engrossamento de alguns nervos periféricos.
- Presença de bacilos da Lepra nos esfregaços da pele (exame no microscópio).

2.2.1. Tratamento

O tratamento da lepra é igualmente longo (como o da tuberculose) e depende do tipo de doença, podendo ser de 6 meses se os dentes tiverem poucas lesões (paucibacilar, poucos bacilos) ou 12 meses se tiver muitas lesões (multibacilar, muitos bacilos).

Devido aos mesmos motivos que no tratamento da tuberculose, a adesão é difícil e pode haver abandonos. O estigma e discriminação em relação à lepra, constitui um factor de fraca adesão e abandono ao tratamento.

Os maiores riscos em relação à paragem da toma dos medicamentos incluem:

- Transmissão contínua à outras pessoas, sejam da família ou da comunidade.
- Agravamento do quadro, com aparecimento de deformidades, principalmente nas mãos e nos pés.
- Agravamento da perda da sensibilidade, com aparecimento de ferimentos graves decorrentes dessa perda.
- Perda da visão.

2.2.2. Transmissão

A porta de saída (local por onde sai da pessoa infectada) principal do bacilo da Lepra, a partir de uma pessoa doente, é a mucosa nasal.

A Lepra transmite-se duma pessoa para outra através do ar, quando um doente tosse, espirra ou fala e espalha os bacilos e, posteriormente, outras pessoas inalam o ar com os bacilos.

A maioria das pessoas é naturalmente resistente à Lepra e quando é infectada pelo bacilo, elimina-o e desenvolve imunidade permanente.

2.2.3. Prevenção

A principal forma de prevenção da lepra consiste no início precoce do tratamento, para evitar a transmissão e o aparecimento de deformidades.

2.2.4. Mitos e estigma

- Antigamente, pensava-se que lepra era castigo de Deus.
- Devido às deformidades que aparecem em doentes com lepra, estes passam a ter vergonha da sua aparência e afastam-se das pessoas do seu meio. Para além disso, passam a estar impossibilitados de fazer grande parte das suas tarefas do dia-a-dia.
- As pessoas acham que lepra é altamente transmissível. Mas na verdade tem uma transmissibilidade muito baixa.
- No passado foram construídos leprosários ou gafarias, que eram locais de isolamento dos pacientes com lepra, o que aumentava ainda mais o estigma

2.3. Tuberculose e HIV

A associação TB/HIV é muito frequente e deve-se ao facto do HIV provocar a destruição de células de defesa do sistema imunológico, nomeadamente os linfócitos T- CD4 e macrófagos que são as principais células de defesa contra a infecção tuberculosa. Desta forma, os doentes com o sistema imunológico

enfraquecido, tais como as infectadas com o HIV, têm um risco aumentado de desenvolverem a Tuberculose.

Em Moçambique, estima-se que metade das pessoas com tuberculose também estão infectadas pelo HIV. Assim, todos doentes com tuberculose devem ser encorajados a fazerem o Aconselhamento e Testagem de Saúde (ATS) para conhecerem o seu estado em relação ao HIV.

Por outro lado, A Tuberculose é uma das infecções oportunistas mais frequentes e com alta taxa de mortalidade nos doentes com HIV/SIDA e pode surgir em qualquer das fases da infecção pelo HIV. Quanto mais avançado o estado de imunodepressão torna-se mais difícil diagnosticar a tuberculose, porque aparece em forma atípica (completamente diferentes na forma comum que foi descrita anteriormente). Deve ser feito o despiste da tuberculose (pesquisa de sinais e sintomas) que inclui exame do escarro (baciloscopia), RX de tórax em todas as pessoas em que se detecta HIV positivo, logo que for possível.

BLOCO 3. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA TUBERCULOSE (PNCT) E LEPRO (PNCL)

3.1. Estrutura do Programa ao nível distrital

Estes programas têm a estrutura vertical e os seus serviços são prestados dentro da estrutura dos Serviços de Saúde e dos Cuidados Primários de Saúde. Em cada um dos 128 Distritos administrativos do país, existe uma unidade sanitária que é designada de Unidade Básica de Gestão.

A unidade básica de gestão é o hospital rural, hospital distrital ou o centro de saúde com um supervisor de Tuberculose/Lepra, que, geralmente é um(a) enfermeiro(a), membro da equipa do pessoal da unidade sanitária

Existe pelo menos uma unidade básica em cada um dos 128 distritos, que serve entre 50 a 500,000 habitantes. Cada uma destas unidades básicas tem condições para o diagnóstico, baseado no exame bacteriológico da expectoração, com um profissional responsável por registar dados do laboratório e outro que regista dados do tratamento da Tuberculose e da Lepra.

As outras unidades do distrito têm a unidade básica como referência e devem realizar as seguintes tarefas no âmbito da tuberculose/lepra:

- Enviar doentes com suspeita de tuberculose/lepra, ou suas amostras de expectoração, para exame.
Realizar serviços terapêuticos, incluindo:
 - Administrar medicamentos aos doentes
 - Fazer regularmente educação para a saúde aos doentes
- Procurar doentes que não colectam os seus medicamentos, após decorrido um certo tempo (faltosos e abandonos).

Para além das unidades sanitárias, o programa estende-se até as comunidades, onde há estratégias de controlo do tratamento por agentes comunitários, que têm a função de se certificar de que os doentes tomam os medicamentos todos os dias (DOTC – directa observação do tratamento na comunidade) e vão a todas as consultas de seguimento.

O PNCT/PNCL estabelece como actividades de gestão do Programa a nível distrital, que devem ser feitas pelo responsável do programa e pelos clínicos, as seguintes:

3.1.1. Responsável distrital

- Implementar o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose/Lepra, na equipe de trabalhadores distritais de saúde
- Supervisar a gestão do PNCT/L em todo o distrito, garantindo particularmente que:
 - Em qualquer unidade sanitária, se administrem os regimes de tratamento adequados,
 - Os doentes recebam os medicamentos adequados, sob supervisão de trabalhadores de saúde/voluntários comunitários,
 - Os regimes sejam administrados pelo período necessário, e os doentes curados recebam alta atempadamente,
 - Nos períodos recomendados, seja feito o exame da expectoração/esfregaço da pele (baciloscopias de controlo).
 - Os doentes recebam educação sanitária individual e colectiva sobre a TB e o HIV utilizando o material informação Educação e Comunicação (IEC) do PNCT/L
 - Em caso de falência terapêutica, os pacientes iniciem o regime de retratamento
 - Os resultados do tratamento dos doentes sejam registados no Livro de Registo de Doentes com Tuberculose/Lepra
 - As actividades colaborativas de TB/HIV sejam realizadas e monitoradas
- Garantir a expansão do DOTs comunitário
- Assegurar que todas as Unidades Sanitárias tenham um plano escrito de controlo das infecções e que o mesmo seja realizado.
- Apoiar os trabalhadores de saúde no despiste de casos, em todas as unidades de saúde do distrito
- Manter os Livros de Registo de Doentes com Tuberculose/Lepra precisos e actualizados
- Visitar regularmente o laboratório de microscopia do distrito para avaliar a qualidade dos resultados fornecidos.
- Preencher os formulários trimestrais de notificação de casos de tuberculose/lepra e de avaliação dos resultados do tratamento
- Garantir que os trabalhadores de saúde identifiquem adequadamente pacientes com suspeita de TB/Lepra, colectem e transportem amostras de expectoração/pele e refiram pacientes para diagnóstico
- Manter um estoque adequado de medicamentos, fichas do PNCT/PNCL, escarradores e lâminas para baciloscopias, materiais para o laboratório.
- Monitorizar a manutenção do Livro de Registo do Laboratório e da documentação relacionada a exames microscópicos
- Visitar todas as unidades de saúde periféricas pelo menos uma vez em cada 6 a 12 semanas e os hospitais e centros de saúde urbanos mensalmente.

3.1.2. Clínicos

- Administrar medicamentos aos doentes
- Fazer regularmente educação para a saúde aos doentes
- Realizar exames de expectoração para controlo.

- Procurar e investigar contactos.
- Realizar actividades colaborativas de TB/HIV
- Dar alta a doentes que chegaram ao fim de seu regime de tratamento
- Fazer o controlo da infecção
- Manter actualizadas Fichas de Tratamento da Tuberculose e Lepra e registos, e colocá-los à disposição do Supervisor Distrital de Tuberculose/Lepra, quando este visitar a unidade de saúde.

3.2. Busca activa de doentes e contactos

Este processo consiste na identificação das pessoas que tenham tuberculose, através de suspeita e perguntas acerca dos sinais e sintomas comuns da doença. Todas as pessoas com os sintomas devem fazer um exame de escarro, o mais cedo possível.

Para o caso da lepra, o clínico deve examinar as lesões para avaliar a sensibilidade da pele e os membros para avaliar a sua mobilidade.

Quando se confirma através do exame do escarro/esfregaço da pele que o suspeito tem a doença, os trabalhadores de saúde devem pedir ao doente que encaminhe à unidade de saúde mais próxima qualquer pessoa que tenha estado em contacto próximo consigo, a fim de ser examinado, caso o contacto tenha algum dos sintomas acima descritos ou seja HIV+ ou ainda se for uma criança.

3.3. Busca activa dos abandonos

Neste processo, pessoal das unidades sanitárias ou voluntários da comunidade, vão ao encontro das pessoas que tiverem abandonado o tratamento, procuram saber dos motivos para a decisão e aconselham-nos para que voltem. Neste aconselhamento, devem ser lembrados dos riscos do abandono e da exposição a que seus familiares e amigos podem estar sujeitos.

BLOCO 4. PONTOS-CHAVE

- 4.1.** Todas as pessoas com tosse persistente por mais de duas semanas devem procurar uma unidade sanitária próxima para fazer o teste de tuberculose.
- 4.2.** A tuberculose é uma doença com tratamento prolongado, mas que se for seguido leva à cura.
- 4.3.** Mesmo que o doente se sinta melhor, deve continuar a tomar os medicamentos até ao fim.
- 4.4.** Parar o tratamento antes do fim implica pôr a saúde dos seus familiares e da sua comunidade em perigo.
- 4.5.** A lepra também é uma doença com tratamento prolongado, mas que leva a cura dos doentes.
- 4.6.** O risco de não fazer adequadamente o tratamento contra a lepra é desenvolver deformidades graves, que podem levar a pessoa a se excluir da comunidade.
- 4.7.** A associação entre tuberculose e HIV é muito comum.
- 4.8.** Nem todos os doentes com tuberculose têm infecção por HIV.
- 4.9.** Todos os doentes com tuberculose devem fazer o teste de HIV e as pessoas infectadas por HIV devem fazer testes de tuberculose.
- 4.10.** Os familiares que vivem na mesma casa com um doente de tuberculose devem ser encaminhados à unidade sanitária para despiste.