

Ministério da Saúde

*P*rofissionalização de
*A*uxiliares de *E*nfermagem

Cadernos do Aluno



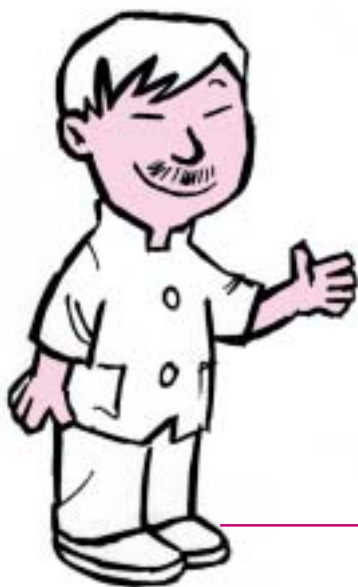
SAÚDE COLETIVA

6

Brasília - DF

*P*rofissionalização de *A*uxiliares de *E*nfermagem

Cadernos do Aluno



SAÚDE COLETIVA

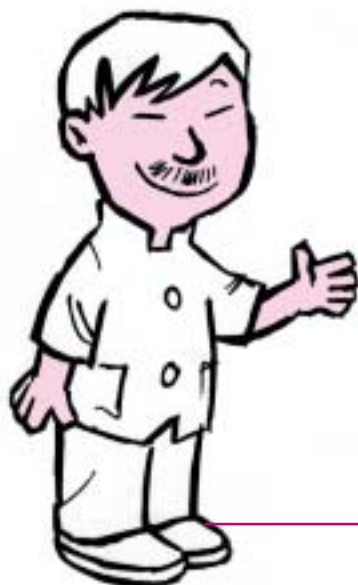


*Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*

*P*rofissionalização de *A*uxiliares de *E*nfermagem

Cadernos do Aluno

Série F. Comunicação e Educação em Saúde
2ª Edição
1ª Reimpressão



SAÚDE COLETIVA



Brasília - DF
2003

Ó2001. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 2.^a edição revista - 1.a reimpressão - 2003 - 100.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.º andar, sala 733

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tel.: (61) 315 2993

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente: Paulo Marchiori Buss

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública: Jorge Antonio Zepeda Bermudez

Diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: André Paulo da Silva Malhão

Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem

Coordenação - PROFAE: Leila Bernarda Donato Göttems, Solange Baraldi

Coordenação - FIOCRUZ: Antonio Ivo de Carvalho

Colaboradores: Andréia Rodrigues Gonçalves Ayres, Anna Maria Chiesa, Estela Maura Padilha, Inah Maria de Queiroz, Júlia Ikeda Fortes, Leila Bernarda Donato Göttems, Maria Regina Araújo Reicherte Pimentel, Marta de Fátima Lima Barbosa, Sandra Ferreira Gesto Bittar, Robson Willis Torres

Capa e projeto gráfico: Carlota Rios, Adriana Costa e Silva

Editoração eletrônica: Carlota Rios, Ramon Carlos de Moraes

Ilustrações: Marcelo Tibúrcio e Maurício Veneza

Revisores de português e copidesque: Lilian Rose Ulup, Marcia Stella Pinheiro Wirth, Mônica Caminiti Ron-Ren, Napoleão Marcos de Aquino

Apoio: Abrasco

Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde coletiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed. rev., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

140 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0549-9

1. Educação Profissionalizante. 2. Auxiliares de Enfermagem. 3. Saúde Coletiva. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. III. Título. IV. Série.

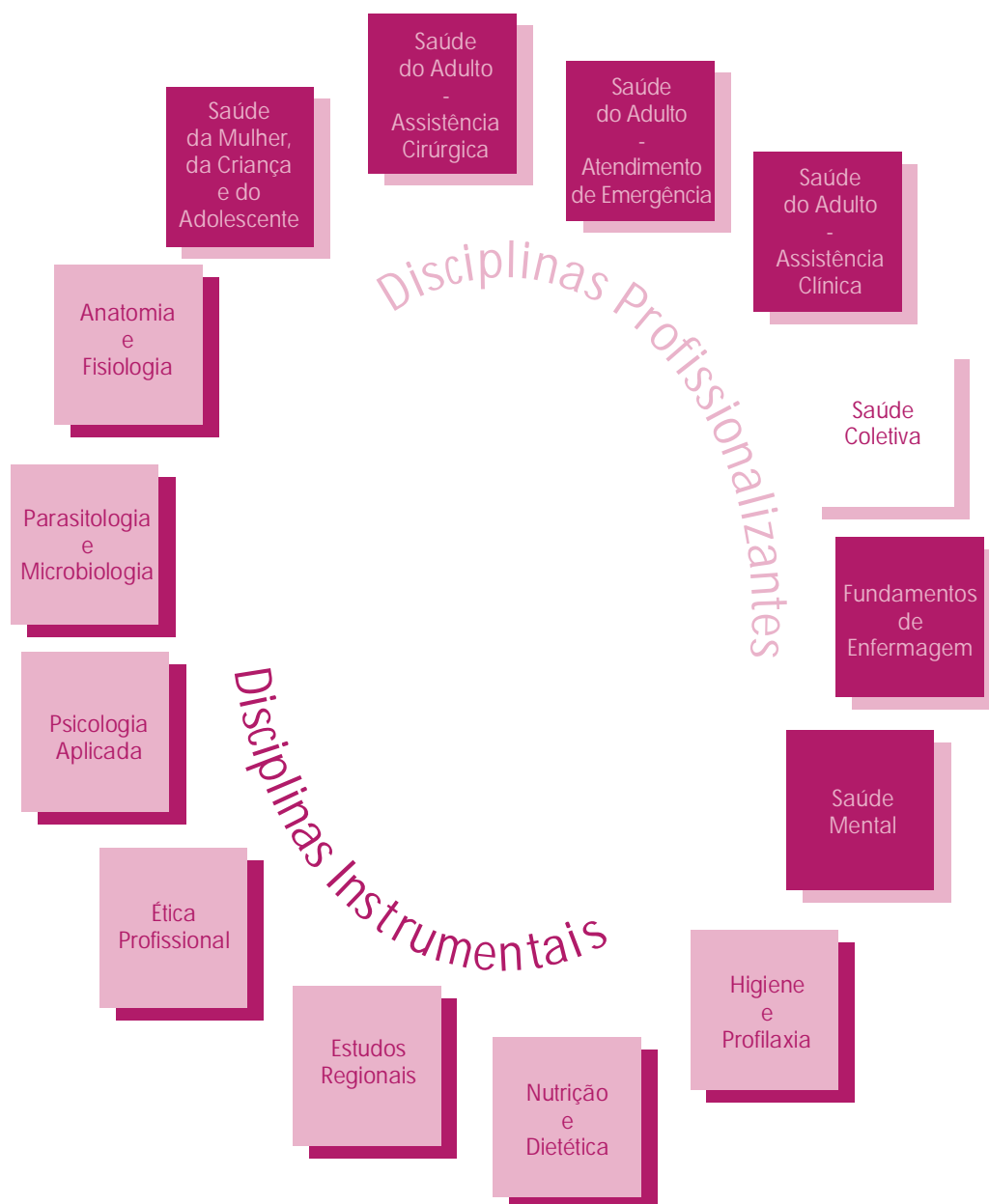
NLM WY 18.8

Catálogo na fonte - Editora MS

SUMÁRIO

1 *Apresentação* ————— *pág 7*

2 *Saúde Coletiva* ————— *pág 9*



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM

O processo de construção de Sistema Único de Saúde (SUS) colocou a área de gestão de pessoal da saúde na ordem das prioridades para a configuração do sistema de saúde brasileiro. A formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, a regulamentação do exercício profissional e a regulação e acompanhamento do mercado de trabalho nessa área passaram a exigir ações estratégicas e deliberadas dos órgãos de gestão do Sistema.

A descentralização da gestão do SUS, o fortalecimento do controle social em saúde e a organização de práticas de saúde orientadas pela integralidade da atenção são tarefas que nos impõem esforço e dedicação. Lutamos por conquistar em nosso país o Sistema Único de Saúde, agora lutamos por implantá-lo efetivamente.

Após a Constituição Federal de 1988, a União, os estados e os municípios passaram a ser parceiros de condução do SUS, sem relação hierárquica. De meros executores dos programas centrais, cada esfera de governo passou a ter papel próprio de formulação da política de saúde em seu âmbito, o que requer desprendimento das velhas formas que seguem arraigadas em nossos modos de pensar e conduzir e coordenação dos processos de gestão e de formação.

Necessitamos de desenhos organizacionais de atenção à saúde capazes de privilegiar, no cotidiano, as ações de promoção e prevenção, sem prejuízo do cuidado e tratamento requeridos em cada caso. Precisamos de profissionais que sejam capazes de dar conta dessa tarefa e de participar ativamente da construção do SUS. Por isso, a importância de um "novo perfil" dos trabalhadores passa pela oferta de adequados processos de profissionalização e de educação permanente, bem como pelo aperfeiçoamento docente e renovação das políticas pedagógicas adotadas no ensino de profissionais de saúde.

Visando superar o enfoque tradicional da educação profissional, baseado apenas na preparação do trabalhador para execução de um determinado conjunto de tarefas, e buscando conferir ao trabalhador das profissões técnicas da saúde o merecido lugar de destaque na qualidade da formação e desenvolvimento continuado, tornou-se necessário qualificar a formação pedagógica dos docentes

para esse âmbito do ensino. O contato, o debate e a reflexão sobre as relações entre educação e trabalho e entre ensino, serviço e gestão do SUS, de onde emanam efetivamente as necessidades educacionais, são necessários e devem ser estruturantes dos processos pedagógicos a adotar.

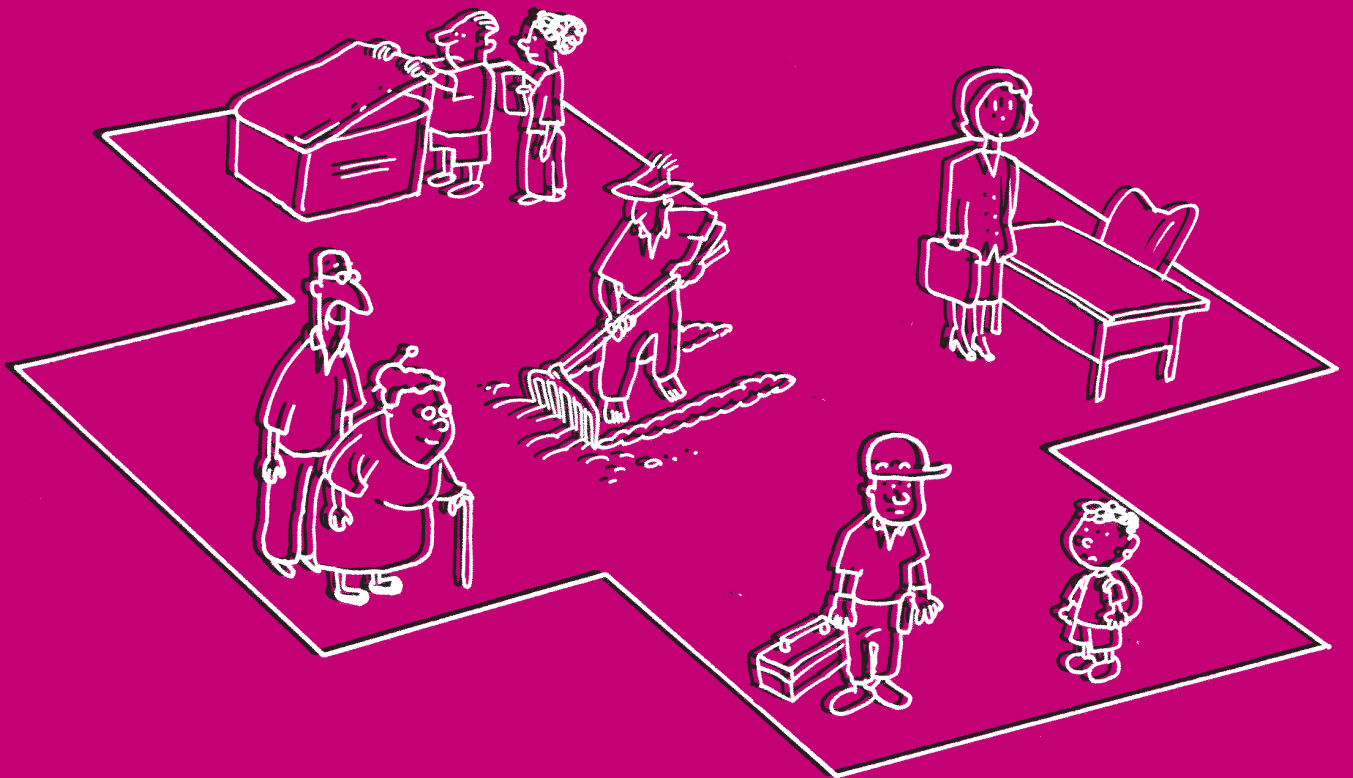
Não por outro motivo, o Ministério da Saúde, já no primeiro ano da atual gestão, criou uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que passa a abrigar o Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) em seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Dessa forma, o conjunto da Educação Profissional na Área da Saúde ganha, na estrutura de gestão ministerial, nome, lugar e tempo de reflexão, formulação e intervenção. As reformulações e os desafios a serem enfrentados pela Secretaria repercutirão em breve nas políticas setoriais federais e, para isso, contamos com a ajuda, colaboração, sugestões e críticas de todos aqueles comprometidos com uma educação e um trabalho de farta qualidade e elevada dignidade no setor da saúde.

O Profae exemplifica a formação e se insere nesta nova proposta de educação permanente. É imprescindível que as orientações conceituais relativas aos programas e projetos de formação e qualificação profissional na área da saúde tenham suas diretrizes revistas em cada realidade. Essa orientação vale mesmo para os projetos que estão em execução, como é o caso do Profae. O importante é que todos estejam comprometidos com uma educação e um trabalho de qualidade. Esta compreensão e direção ganham máxima relevância nos cursos integrantes do Profae, sejam eles de nível técnico ou superior, pois estão orientadas ao atendimento das necessidades de formação do segmento de trabalhadores que representa o maior quantitativo de pessoal de saúde e que, historicamente, ficava à mercê dos "treinamentos em serviço", sem acesso à educação profissional de qualidade para o trabalho no SUS. O Profae vem operando a transformação desta realidade. Precisamos estreitar as relações entre os serviços e a sociedade, os trabalhadores e os usuários, as políticas públicas e a cidadania e entre formação e empregabilidade.

Sabe-se que o investimento nos recursos humanos no campo da saúde terá influência decisiva na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Por isso, a preparação dos profissionais-alunos é fundamental e requer material didático criterioso e de qualidade, ao lado de outras ações e atitudes que causem impacto na formação profissional desses trabalhadores. Os livros didáticos para o Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, já em sua 3ª edição, constituem-se, sem dúvida, em forte contribuição no conjunto das ações que visam a integração entre educação, serviço, gestão do SUS e controle social no setor de saúde.

Humberto Costa
Ministro de Estado da Saúde

Saúde Coletiva



ÍNDICE

1	<i>Apresentação</i>	15
2	<i>A promoção da saúde como base das ações de enfermagem em saúde coletiva</i>	16
	2.1 <i>Aspectos históricos da promoção da saúde</i>	17
	2.2 <i>A promoção da saúde e o modelo da vigilância da saúde</i>	21
3	<i>Vigilância Epidemiológica</i>	24
	3.1 <i>Medidas de controle e prevenção em vigilância epidemiológica</i>	31
	3.2 <i>Principais indicadores de saúde coletiva</i>	33
4	<i>Vigilância das Doenças Transmissíveis</i>	35
	4.1 <i>Doenças preveníveis mediante vacinação</i>	36
	4.2 <i>Doenças veiculadas pela água e por alimentos</i>	48
	4.3 <i>Doenças transmitidas por vetores</i>	52
	4.4 <i>Doenças causadas por ectoparasitas</i>	59
5	<i>Prevenção e Controle da Hanseníase e Tuberculose</i>	61
	5.1 <i>Hanseníase</i>	62
	5.2 <i>Tuberculose</i>	66
	5.3 <i>A atuação na prevenção e controle da hanseníase e tuberculose</i>	68

6	<i>Imunização</i>	69
	<ul style="list-style-type: none"> <i>6.1 Imunidade e imunização</i> 69 <i>6.2 Programa Nacional de Imunizações (PNI)</i> 70 <i>6.3 As vacinas do PNI</i> 71 <i>6.4 A cadeia de frio</i> 78 <i>6.5 Calendário de vacinação do PNI</i> 81 <i>6.6 Aspectos importantes relacionados às vacinas do PNI</i> 83 <i>6.7 Vigilância das reações adversas</i> 84 	
7	<i>Programas de Atenção Básica Ampliada</i>	84
	<ul style="list-style-type: none"> <i>7.1 A implantação do Programa Saúde da Família (PSF)</i> 86 <i>7.2 O papel dos profissionais do PSF</i> 88 <i>7.3 As práticas de trabalho da equipe do PSF</i> 89 	
8	<i>Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids</i>	90
	<ul style="list-style-type: none"> <i>8.1 Aids/SIDA</i> 91 <i>8.2 Sífilis</i> 92 <i>8.3 Gonorréia</i> 93 <i>8.4 Uretrites não-gonocócicas</i> 94 <i>8.5 Condiloma acuminado</i> 95 <i>8.6 Linfogranuloma venéreo</i> 95 <i>8.7 Cancro mole</i> 96 <i>8.8 Herpes genital</i> 97 <i>8.9 Donovanose</i> 97 <i>8.10 Candidíase (monilíase)</i> 98 <i>8.11 Tricomoníase</i> 98 <i>8.12 Pediculose genital</i> 99 <i>8.13 Giardíase e amebíase</i> 99 <i>8.14 Ações de atenção básica frente às DST/Aids</i> 100 <i>8.15 O que podemos fazer para auxiliar a prevenção de DST/Aids?</i> 101 	

9	<i>Doenças Crônicas Não-transmissíveis</i>	102
	9.1 <i>Estratégias para o controle das doenças crônico-degenerativas</i>	103
10	<i>Saúde da Mulher</i>	105
11	<i>Saúde da Criança: uma preocupação coletiva</i>	110
	11.1 <i>O Cartão da Criança como instrumento de vigilância à sua saúde</i>	112
12	<i>Saúde do Adolescente</i>	113
	12.1 <i>O profissional de saúde e o cliente adolescente</i>	114
	12.2 <i>A assistência à saúde do adolescente</i>	114
	12.3 <i>Atenção ao crescimento e desenvolvimento</i>	115
	12.4 <i>Sexualidade e saúde reprodutiva</i>	116
	12.5 <i>Saúde do escolar adolescente</i>	118
	12.6 <i>Prevenção da violência e de mortes por causas externas</i>	119
	12.7 <i>A família do adolescente</i>	120
13	<i>Saúde do Idoso</i>	121
	13.1 <i>Estratégias para atendimento às necessidades específicas dos idosos</i>	121
	13.2 <i>Promoção à saúde</i>	122
	13.3 <i>Prevenção de agravos</i>	122
	13.4 <i>Assistência aos idosos</i>	123
14	<i>Saúde Bucal</i>	123
	14.1 <i>O que podemos fazer?</i>	124
	14.2 <i>Responsabilidades da equipe de saúde</i>	125
15	<i>Referências bibliográficas</i>	126
16	<i>Anexos</i>	131

Saúde Coletiva



1- APRESENTAÇÃO

O presente trabalho visa propiciar ao estudante, futuro auxiliar de enfermagem, os fundamentos básicos e necessários para o conhecimento do campo de atuação que envolve a priorização do bem comum na assistência: a enfermagem em saúde coletiva.

Sua elaboração foi estruturada de modo a apresentar as recentes concepções da área de saúde, como a reorganização do modelo assistencial - baseada em princípios e práticas que priorizam a atenção à saúde e não à doença -, destacando, como fatores relevantes, a vigilância da saúde e a inter-relação dos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais no processo saúde-doença. Além disso, destacam-se os importantes papéis desempenhados pelas áreas da promoção e educação em saúde, cujas atuações são vitais para se intentar a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Para facilitar a aprendizagem e possibilitar uma visão ampla do universo de trabalho, apresentamos, concisamente, a organização das ações de várias áreas técnicas direcionadas à saúde coletiva: os programas de atenção básica ampliada; a vigilância epidemiológica e de doenças transmissíveis; a atenção às doenças crônico-degenerativas; o programa de imunização; a atenção à Aids e às doenças sexualmen-

te transmissíveis; os programas de atenção à saúde de mulheres, crianças, adolescentes e idosos, e à saúde bucal. Todos esses programas exigem do auxiliar de enfermagem uma atuação mais responsável, ética e qualificada, motivo pelo qual nossa preocupação em proporcionar-lhe os subsídios necessários à sua inserção nessa nova vertente de atuação.

Esperamos que após sua leitura e efetiva compreensão, você, estudante, possa apropriar-se das informações dando significados de forma concreta através de uma atuação profissional mais acolhedora e comprometida com as pessoas assistidas, contrapondo-se à mera reprodução de procedimentos e de ações fragmentadas.



2- A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO BASE DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

O primeiro aspecto a ser destacado, com vistas à compreensão de questões que envolvem o tema promoção da saúde, é o conceito que sustenta as propostas de atuação nesta área. Assim, para iniciarmos a discussão sobre as ações de enfermagem em saúde coletiva, é fundamental recuperarmos o entendimento do processo saúde-doença considerando-o resultante de determinada organização social e influenciado por diversos aspectos que caracterizam a inserção social dos indivíduos e grupos em busca de melhor qualidade de vida.

Atualmente, apesar de a saúde não mais ser considerada apenas como a inexistência de doença, ainda podemos perceber, em diversas situações, que a prática dos serviços volta-se prioritariamente para uma atuação curativa que envolve ações relativas somente à doença, principalmente queixas específicas e pontuais. Por exemplo, num serviço de Pronto-Atendimento a preocupação dos profissionais centra-se na queixa apresentada pelo paciente e a conduta a ser adotada procura apenas “solucionar” o problema, sem a preocupação de esclarecer suas causas. A crítica que fazemos é que idêntica postura também ocorre em outras fases da assistência. Tal fato só ratifica a necessidade de que devemos desenvolver intervenções de prevenção e controle permanentes da saúde da população, visando à melhoria dos indicadores de saúde.



Os aspectos que caracterizam a inserção social dos indivíduos relacionam-se com as condições de acesso à educação, moradia, trabalho, lazer, transporte, serviços de saúde, etc.



Você já observou ou ouviu algum relato de paciente com queixa de dor que, no atendimento ambulatorial, foi medicado apenas com um analgésico, sem que tenha sido detalhadamente avaliada a origem de sua dor?

A figura a seguir apresenta esquematicamente o entendimento do processo saúde-doença que buscamos desenvolver:



Fonte: Fonseca, RMGS

O esquema apresenta a idéia de que saúde e doença são manifestações das formas de viver em sociedade, e não um acaso no destino das pessoas. Ilustra o conceito de que o processo saúde-doença decorre da qualidade de vida das populações. As possibilidades de adoecimento e morte dependerão, em última instância, de como se vive em sociedade, sendo distintas em função da classe ou grupo social, da cultura, da raça, da geração e do gênero.

Esse entendimento está presente na definição de saúde que originou o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a importância de que, para se ter um melhor nível de saúde na sociedade, faz-se necessário investir em melhorias na habitação, na renda, no consumo de alimentos, no aumento da escolaridade e na construção de ambientes saudáveis. Ou seja, não basta investir apenas em serviços de saúde voltados para atender às doenças das pessoas, é preciso ampliar os **espaços de promoção da saúde**.

2.1 Aspectos históricos da promoção da saúde

Neste breve histórico, a qualidade de vida é entendida como uma condição relacionada ao modo de viver em sociedade, articulando o momento histórico, o grau de liberdade social, as conquistas técnico-científicas e a possibilidade de seu usufruto pela população.



O artigo 196 da Constituição de 1988 estabelece que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".





Eqüidade – é a condição de igualdade de oportunidades para o uso de recursos existentes, com o objetivo de diminuir as conseqüências negativas associadas ao adoecimento, diferenciando o atendimento conforme sua complexidade.

Em 1977, a Organização Mundial da Saúde propôs a seguinte meta: “Saúde para Todos no ano 2000”. Como decorrência, tanto o cenário brasileiro quanto o mundial estabeleceram um debate sobre o conceito de saúde-doença e a estruturação dos serviços de saúde. Um dos aspectos centrais no encaminhamento dessa meta era o detalhamento e a operacionalização do conceito de eqüidade, reconhecendo-se como fundamental a superação das desigualdades sociais para a melhoria das condições de saúde das populações.

A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde ocorreu em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, tornando-se a principal referência nesse campo e contribuindo para ampliar as discussões sobre os determinantes da saúde (fatores sociais, econômicos e ambientais) e as ações de promoção.

Na ocasião, a promoção da saúde foi conceituada como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.¹

Essa concepção faz com que a população deixe de ser apenas o alvo dos programas, passando a assumir uma posição atuante na definição dos problemas a serem enfrentados. Amplia-se a concepção de saúde referindo-a aos seus determinantes e, também, à possibilidade de intervenções que extrapolam o setor saúde. Os campos de ação definidos na Carta de Ottawa, documento elaborado nessa Conferência, incluem cinco eixos de atuação, quais sejam:

1. Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
2. Criação de ambientes favoráveis à saúde;
3. Reforço para a ação comunitária;
4. Desenvolvimento de habilidades pessoais;
5. Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Em 1988, na conferência realizada em Adelaide, Austrália, as discussões centraram-se no tema políticas públicas saudáveis, reforçando o entendimento da saúde como direito humano fundamental e sólido investimento social.

Para o fortalecimento das políticas públicas saudáveis, foi evidenciada a necessidade de ampliar o interesse e a preocupação de diferentes setores no sentido de criar ambientes favoráveis à vida.

Nas discussões, foi ainda destacado o conceito de eqüidade, como meta para a superação das desigualdades decorrentes da inserção social diferenciada – e também ressaltada a importância do desenvolvimento de parcerias com vistas a ações intersectoriais capazes de causar impacto sobre as condições geradoras de saúde.



Ações intersectoriais – é a articulação entre os diferentes setores que executam políticas públicas para planejamento conjunto dos problemas da população.

1 Ministério da Saúde, 1996.

Por exemplo: no caso das doenças diarréicas, a ação intersetorial sobre os determinantes poderia envolver, além das instituições de saúde, o setor de habitação e urbanismo (que verificaria o planejamento do crescimento das cidades, oferecendo moradias em locais que não prejudiquem o meio ambiente), os órgãos responsáveis por água e esgotos (com vistas à ampliação da oferta de água tratada com qualidade e disponibilização de rede de esgoto para a população), os órgãos ligados à comunicação e publicidade (para o incentivo ao aumento da prática de aleitamento materno e divulgação de medidas adequadas para limpeza de verduras, frutas e o acondicionamento de outros alimentos), a vigilância sanitária (no tocante à fiscalização dos locais que comercializam alimentos) e o setor de educação (que introduziria conceitos de higiene pessoal no conteúdo curricular, a partir das primeiras séries).

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que aconteceu em 1991, em Sundsvall, na Suécia, contribuiu para a melhor caracterização do que vem a ser ambientes saudáveis. As discussões realizadas incorporaram ao conceito de ambiente as dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais, além dos aspectos físicos e naturais. Ou seja, ambiente saudável é aquele isento de riscos de acidentes, de contaminação, de esforço físico inadequado, de exposição a situações de discriminação, violência ou injustiça.

Em 1992, na América Latina, em Santafé de Bogotá, Colômbia, foi realizada uma Conferência Internacional de Promoção da Saúde com a participação de representantes de vários países latino-americanos, onde foi discutido principalmente o conceito do novo campo de conhecimentos e práticas da promoção da saúde no contexto do continente latino-americano. Nessa reunião, foi destacada a importância dos determinantes sociais sobre a saúde dos povos, propondo-se que o conceito de promoção da saúde incorporasse a tarefa de “transformar as relações excludentes, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar social”.²

A principal contribuição da América Latina no âmbito da promoção da saúde se deu no sentido de explicitar o entendimento da produção social da saúde. Ou seja, incorporou ao debate a análise das situações concretas de vida das populações, ressaltando o contingente da população em situação de miséria e de exclusão social nos países de economia dependente.

Em 1997, em Jacarta, Indonésia, ocorreu a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Foi a primeira vez que um país asiático e em desenvolvimento, com problemas básicos extremamente sérios nas áreas de educação, saúde, trabalho,



Os problemas de saúde que acontecem na comunidade onde você mora ou trabalha são resolvidos de forma isolada ou intersetorial?



Que correlação você estabelece entre o conceito de ambiente saudável e os locais de sua moradia e trabalho?



Relações excludentes – são situações que geram ou perpetuam a exclusão social, como, dentre outras, o desemprego, o analfabetismo ou a escolarização insuficiente, a falta de moradia.



² Ministério da Saúde, 1996.

sediou um evento como esse, o que acabou por reforçar os propósitos anteriormente delineados para a promoção da saúde. Nesse encontro, foi destacada a importância de se formular ações concretas para o alcance dos propósitos e de se estabelecer uma articulação mundial para efetivá-las, dadas as condições desiguais vivenciadas pelos diferentes países.

Em síntese, é possível perceber que o nível de saúde de uma população depende da ação de diversos setores que atuam na sociedade, sendo que o setor saúde é apenas um dentre eles. Se pretendemos alcançar melhores indicadores na área da saúde, precisaremos desenvolver uma ação integrada com os demais setores que executam políticas públicas.

Apesar de muitos autores defenderem a capacitação da população no sentido de participar do controle e/ou melhoria das condições de saúde - aspecto central no processo das mudanças necessárias -, isto ainda não é uma realidade, pois um sistema social e político saudável necessita de ações educativas associadas a ações gerenciais e econômicas.

No controle das doenças diarreicas, podemos perceber que a prática da educação em saúde centrava-se principalmente na orientação sobre higiene pessoal e alimentação para a população. Em geral, tal orientação não modificava as condições que geravam ou perpetuavam os problemas, como a ausência de saneamento básico, por exemplo. Os programas educativos tendiam a focalizar somente a ação individual, e não as ações de alcance coletivo.

Outro aspecto muito importante na organização dos programas e na prática em saúde coletiva é a identificação das necessidades sentidas pela população-alvo. Reconhecer os problemas sempre foi uma função dos profissionais de saúde, porém é necessário identificar o que a população considera problema e quais são os mecanismos para o seu enfrentamento. Se a prática em saúde não considerar esse aspecto da realidade, as políticas poderão se tornar medidas não apropriadas para a população, com soluções tecnocráticas voltadas para problemas inexistentes ou pouco importantes para ela, a quem se destinam as ações.³

Considerando-se que a qualidade de vida de uma população sofrerá modificações a partir da ação de diferentes instituições executoras de políticas públicas, faz-se indispensável a leitura das necessidades de saúde de uma população concreta.



População-alvo – é a população que esperamos atingir com as ações de saúde.

Soluções tecnocráticas – são soluções técnicas planejadas de forma burocrática em gabinetes, sem muitas vezes considerar a realidade sentida pela população.

3 Green e Kreuter, 1991; Robertson e Minkler, 1994; Mendes, 1990.

2.2 A promoção da saúde e o modelo da vigilância da saúde

No contexto brasileiro, o campo da promoção da saúde é recente, ainda em expansão, porém com enorme potencial dadas as demandas emergentes na década de 90, decorrentes da descentralização preconizada pelo SUS na Constituição de 1988, que favoreceram a descentralização e o fortalecimento da participação popular e o controle social da população nas questões de saúde⁴.



A proposta do SUS, surgida após quase uma década de lutas pela melhoria da saúde no país - lutas que envolveram diversos segmentos da sociedade, como os movimentos populares de saúde, técnicos, sindicalistas, universidades e outros movimentos sociais -, incorpora princípios e diretrizes que apontam para o compromisso do Estado com a promoção das condições necessárias à saúde dos cidadãos.

Consideramos que o SUS é uma política pública avançada e tem como princípios, além do direito à saúde, a participação da população na gestão dos serviços, a integralidade e a equidade das ações.

A concretização destes princípios requer, entre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial cujo foco de atenção esteja voltado para os determinantes das condições de saúde de uma população, e não apenas para o tratamento das doenças.

O novo modelo assistencial por nós considerado necessário para a implementação do SUS se estrutura a partir da maior capacidade de resolução dos problemas de saúde pelo nível local. É necessário, portanto, que os serviços se organizem em uma rede hierarquizada, por níveis de complexidade diferenciada. Nessa rede, cabe ao nível básico atender aos problemas e, também, identificar as causas sociais, econômicas e culturais a eles relacionadas, para buscar posteriores intervenções junto aos outros setores – complementando, assim, a esfera de atuação sobre os determinantes das condições de saúde.

Nesse contexto insere-se a proposta da vigilância da saúde, entendida como um processo amplo e complexo voltado para o enfrentamento dos inúmeros problemas e agravos que comprometem a qualidade de vida dos diferentes segmentos populacionais.



Como se organizava o Sistema de Saúde no Brasil, antes da criação do SUS? Quem podia ser atendido no INAMPS? O que os centros e postos de saúde ofereciam como atendimento para a população como um todo? Quais as principais mudanças que ocorreram a partir do SUS?



Apesar de termos conquistado uma política pública de saúde avançada no Brasil, o modelo econômico adotado atua no sentido inverso, ou seja, fortalece a concentração de riquezas e diminui o investimento em áreas sociais, como a saúde e a educação. Esse modelo gera, sem dúvida, inúmeras dificuldades para o alcance da qualidade de vida da população, que se sentem frágeis devido às incertezas em relação a seu acesso ao mercado de trabalho e à abrupta perda de seu poder aquisitivo, quando se aposentam.



Modelo assistencial – é a forma como se organizam os diferentes serviços de saúde e, principalmente, a lógica que embasa essa organização.

⁴ Westphal, 1998.



Quais as condições sociais, econômicas e culturais relacionadas à elevada mortalidade infantil por doenças diarreicas, à grande procura por atendimento ambulatorial em saúde da criança por queixas respiratórias e à elevada mortalidade de mulheres por câncer de colo uterino?



Iniquidades – são as diferenças sociais injustas e inaceitáveis.

A vigilância da saúde constitui o modelo assistencial capaz de reverter a lógica de atender somente as doenças, pois visa a articulação entre as ações preventivas e curativas, de caráter individual e de alcance coletivo, e ao reconhecimento das dimensões biológica, ambiental e social dos problemas de saúde.

E é nessa perspectiva que os profissionais de saúde podem construir uma assistência integral à população atendida nos serviços. Para tanto, a fim de promover a melhoria da qualidade de vida, é fundamental que estejam aptos a reconhecer tanto as condições existenciais que geram os problemas de saúde da comunidade que compõe sua população-alvo como a atuar no sentido de diminuir as diferenças injustas e inaceitáveis.

Pode-se perceber, nessa conjuntura, que o objetivo das práticas em saúde se torna muito mais ampliado, exigindo que os profissionais de saúde considerem outros campos de conhecimento que não apenas o das ciências biológicas, como as ciências humanas (Sociologia, Antropologia, Filosofia, Educação), por exemplo.

A formação dos profissionais deve prepará-los para que se tornem sensíveis à conscientização dos problemas da realidade e para que incorporem, em sua prática, uma perspectiva de trabalho conjunto que se valha de outros saberes, buscando uma integração multidisciplinar.⁵

Destaca-se, também, a necessidade de que os profissionais de saúde desenvolvam processos educativos que favoreçam a participação da comunidade, estimulando-a a reconhecer seus problemas e intervir sobre eles, bem como a participar das discussões e decisões que lhe digam respeito. Esses processos são ações prioritárias do campo da promoção da saúde para lidar com as iniquidades evidenciadas.

Nesse sentido, a formação de recursos humanos em saúde, consoante com os princípios do SUS, ocorre em dois âmbitos. Um, relativo à aquisição de conhecimentos e habilidades para lidar com a problemática de saúde da população, com base no perfil epidemiológico - ou seja, de reconhecimento e de priorização dos problemas - para orientar a intervenção; o outro, se refere à especificidade da intervenção da enfermagem em saúde coletiva, o que significa estar preparado para o “cuidar”, essência e base histórica da enfermagem que, na saúde coletiva, pode ser interpretado como conjunto de práticas e habilidades para o acompanhamento, controle e resolução dos problemas de saúde da população.

Mais do que reproduzir procedimentos ou desenvolver ações de caráter fragmentado (pré-consulta, pós-consulta), ligadas aos programas de saúde e voltadas para a atuação de outros profissionais, cabe à enfermagem aproveitar as oportunidades de contato com a

5 Chiesa, Bertolozzi e Fonseca, 2000.

população para ampliar o conhecimento sobre a mesma, com vistas a uma assistência integral.

Trata-se, portanto, de redirecionar o perfil dos profissionais de enfermagem para que atuem em conjunto com os outros trabalhadores da saúde, na perspectiva de concretizar as diretrizes mais gerais do SUS. Garrafa⁶ destaca dois aspectos fundamentais na formação desse “novo profissional”: além de estar comprometido com a competência técnica deverá também estar envolvido com as éticas da responsabilidade e solidariedade. Este somatório fará com que a especificidade da prática de enfermagem não se restrinja apenas à realização de procedimentos técnicos, mas incorpore a dimensão de comunicação e percepção das necessidades do outro.

Como vimos, a tarefa de construção do novo modelo assistencial não é simples e nem depende apenas de alguns profissionais. O que nos cabe é dirigir a nossa prática profissional no sentido da responsabilidade pela implementação das mudanças necessárias e adoção de uma postura solidária junto à clientela atendida, reconhecendo suas principais necessidades.

Reconhecer-se como sujeito/profissional ativo do processo de transformação da realidade e gerador das mudanças necessárias parece-nos fundamental para romper com a herança de uma prática subordinada, muitas vezes, aos interesses das instituições ou, ainda, a outras práticas profissionais⁷.

O trabalho em saúde coletiva requer dos profissionais de todos os níveis uma postura participativa e criativa, balizada pela realidade do exercício profissional.

Entendemos por “nova” prática na enfermagem em saúde coletiva o reconhecimento do território no qual a equipe de saúde atua, ou seja: área, população, número de domicílios, tipos de habitação, tipos de instituições econômicas (comércio, indústria), instituições culturais e outras instituições públicas (escolas, creches, delegacias), representações da sociedade civil (associações de moradores, Conselhos de Saúde, conselhos de pais da escola, Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente) e presença de organizações não-governamentais (ONGs). Esses dados são fundamentais para a construção dos perfis epidemiológicos, bem como para o planejamento das ações programáticas mais necessárias.

Assim, o Programa Saúde da Família (PSF), por exemplo, deve ser entendido como possibilidade para a produção de ações voltadas para a saúde, desde que contemplados os princípios que dão forma ao SUS. Com esse Programa, é possível pôr em prática várias ações que auxiliam o fortalecimento da vigilância da saúde. Uma delas é a atuação das instituições de saúde em locais periféricos (residências, escolas, creches, associações, igrejas) - e não de forma tradicional,



Competência técnica – é o conjunto de conhecimentos e habilidades relacionados às práticas de enfermagem.

6 Garrafa apud Almeida et al, 1996.

7 Chiesa, Bertolozzi e Fonseca, 2000.



O que se propõe é explorar mais o papel de agente comunitário e menos o de agente de saúde. Nessa última perspectiva, o agente pode construir uma identidade como um “pseudoprofissional de saúde”, voltando-se também para o desenvolvimento de ações centradas na doença, distanciando a equipe e a população do enfrentamento das condições geradoras dos problemas de saúde identificados na região.



No século XIV, houve uma epidemia de peste bubônica — doença infecciosa, essencialmente do rato, transmitida ao homem pela pulga ou contato direto com secreção ganglionar contaminada — que matou milhões de pessoas na Europa. No início do século XX, a gripe espanhola matou pessoas pelo mundo afora. No final do século XX e início do XXI, surge a Aids.



Medidas empíricas - são medidas empregadas sem comprovação científica de sua eficácia. Em muitas regiões do país, as pessoas amarram fitas vermelhas no pescoço quando pegam caxumba, por exemplo.

atuando-se somente sobre uma demanda que procura os serviços para participar de uma ação programática ou mediante um problema em curso.

Nessa proposta, os profissionais de saúde conhecem a população de uma forma bem mais ampliada ou, pelo menos, dispõem de informações que lhes possibilitam reconhecer as condições de vida, o que anteriormente não acontecia.

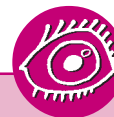
Finalmente, o último aspecto que merece destaque é o encaminhamento da participação comunitária. Conforme ressaltado anteriormente, esse é um dos elementos fundamentais na construção do novo modelo. Nesse sentido, os Agentes Comunitários de Saúde poderiam contribuir para desencadear um processo de envolvimento das lideranças locais na discussão sobre os problemas de saúde e seus determinantes sociais, pois residem nas regiões de atuação das equipes.

3- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Durante muitos séculos, vários países tiveram suas populações atingidas por doenças transmissíveis que levavam à morte. A idéia sobre esse acontecimento baseava-se na teoria miasmática, que entendia que as doenças eram causadas pela movimentação do ar, pois este carregaria gases pestilenciais originados da matéria orgânica apodrecida, resultado de águas pantanosas, “contaminando” o meio ambiente.



Mesmo não tendo noção da existência de microrganismos patogênicos, nem tampouco de suas formas de transmissão, os profissionais de saúde daquelas épocas implementavam medidas empíricas de isolamento social e confinamento em instituições (as “Santas Casas”), bem como limpeza das ruas e casas, aterro de águas paradas, controle das instalações de cemitérios e de estabelecimentos para comércio do pão, vinho e carne e proibição da entrada de indivíduos contaminados pela peste - particularmente pelos portos.



Essa forma de entender a doença é conhecida como história natural da doença.

A partir da primeira metade do século XX, com o desenvolvimento de métodos de combate - como as vacinas - e o surgimento da noção de agente infeccioso, iniciou-se uma prática científica de controle das doenças dando-se maior importância ao indivíduo portador e ao microrganismo. Anteriormente, acreditava-se que a doença era uma conseqüência natural da interação agente infeccioso-hospedeiro; nesse contexto, as medidas de controle voltavam-se prioritariamente para essa interação, ou seja, objetivavam exterminar o agente infeccioso e isolar o hospedeiro, sem considerar qualquer outro fator que pudesse influenciar o processo.

A partir desse quadro, em que havia grave acometimento de grandes parcelas populacionais por doenças transmissíveis, criou-se a necessidade de analisar as manifestações dessas doenças — o que propiciou o surgimento e desenvolvimento da **ciência epidemiológica**, que possibilitou o estudo da distribuição dos determinantes da frequência das doenças no homem. Tornou-se, então, possível conhecer melhor as condições e fatores que favoreciam a ocorrência das moléstias — faixa etária (infância, velhice), sexo, lugares (meio urbano, proximidade com florestas), épocas do ano (estações, meses), ocupações (profissionais do sexo, operários da construção civil) e outras condições de interesse.

Como saber então que tipos de enfermidades transmissíveis estavam surgindo e quantos eram os casos? Que doenças estariam sendo controladas com os procedimentos adotados?

Para que as informações necessárias à adoção de medidas pertinentes relacionadas ao controle e prevenção de doenças pudessem ser atualizadas constantemente, surgiram os serviços de **vigilância epidemiológica**, cujo objetivo era desenvolver atividades de coleta e análise de dados, determinando, assim, as medidas a serem aplicadas ao ambiente e aos doentes ou às pessoas em risco de adoecer.

As **ações epidemiológicas** direcionavam-se para o controle da transmissão do agente infeccioso, centradas no isolamento do hospedeiro e no extermínio do agente do ambiente. Tais medidas melhoraram a assistência à população, mas ainda relacionavam-se a uma visão restrita da epidemiologia.

Assim, tanto no Brasil como no mundo, a aplicação de medidas epidemiológicas viabiliza a redução do número de casos de doenças transmissíveis, chegando-se mesmo a eliminar algumas, como a poliomielite, e a erradicar outras, como a varíola - a partir do momento em que são controladas, perdem um pouco de sua importância anterior.

A partir da obtenção de um controle relativo sobre as doenças transmissíveis, ocorreram importantes mudanças sociais, geradas pelo processo de industrialização, êxodo rural e crescimento das cidades. Começaram, então, a aumentar o número de casos de doenças não-



Erradicar uma doença significa reduzir totalmente o número de casos, de modo que nenhum indivíduo volte a ser acometido por ela.



As **doenças não-transmissíveis**, conhecidas como crônico-degenerativas, são aquelas que surgem em função de desequilíbrios orgânicos não-transmitidos, como a hipertensão ou o diabetes. **Agravos** são acometimentos de origem externa, geralmente ligada a situações acidentais, como uma queimadura causada por fogos de artifício, por exemplo.



Vivemos um momento em que se implementam ações intersetoriais. Como essas ações têm sido implementadas em sua cidade e/ou local de trabalho?



Devido a essa **confluência de riscos**, com a ocorrência simultânea de doenças típicas de países desenvolvidos (como a Bélgica) e de doenças características de países não-desenvolvidos (como a Índia), é que muitas vezes os nossos cientistas se referem ao Brasil como “Belíndia”.

transmissíveis e de indivíduos acometidos por **agravos**, fortemente influenciados por fatores externos relacionados a um estilo de vida pouco saudável, tais como dieta inadequada, excesso de trabalho, vida sedentária, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estresse, abuso de drogas, violência urbana e no trânsito, dentre outros.

O aumento da ocorrência dessas disfunções e agravos passou a despertar a atenção das autoridades sanitárias pelo impacto promovido na população economicamente ativa (PEA). O alto índice de pessoas afastadas do trabalho por longos períodos, bem como a ocorrência de pedidos de aposentadoria precoce por invalidez parcial ou total e aumento do número de óbitos a elas relacionados fizeram com que os profissionais de saúde começassem a questionar se também não seria necessária a elaboração de medidas de prevenção e controle das doenças não-transmissíveis e agravos.

Como nessas situações não havia um agente etiológico (causador), iniciou-se a discussão e valorização dos determinantes sociais como potenciais causadores de doenças não-transmissíveis e agravos. O estilo de vida e as condições sociais, influenciando a existência desses acometimentos populacionais, levaram os profissionais de saúde a constatarem sua inter-relação com outros setores públicos – o que fez com que o planejamento das ações na promoção de condições que favorecessem a prevenção e o controle dessas doenças passasse a ser elaborado em conjunto com os órgãos responsáveis pelo saneamento, transporte, segurança, trabalho, agricultura, habitação e educação.

Essa nova forma de encarar as doenças, a organização dos profissionais em torno da discussão acerca desses temas e a emergência de uma reforma do setor saúde influenciam diretamente a reformulação do conceito de epidemiologia – a qual não mais irá somente considerar a distribuição das frequências das doenças, mas também incorporará a importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença, redirecionando as ações relacionadas à prevenção e ao controle das doenças transmissíveis, bem como das doenças não-transmissíveis e agravos. A atuação isolada ou em conjunto de cada um desses determinantes pode gerar um estímulo responsável pela ocorrência das doenças⁸.

A partir daí, o Brasil passa a apresentar duas realidades de saúde que determinam seu perfil epidemiológico: por um lado, o baixo investimento nas ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis permitiu que estas voltassem a se manifestar, mesmo onde parecia já estarem eliminadas; por outro, a cada dia aumenta o número de pessoas afetadas por doenças não-transmissíveis e agravos – o que faz com que tenhamos o fenômeno da **confluência de riscos**, que expõe a população a várias possibilidades de adoecimento.

Dessa forma, para os setores de política pública e serviços de saúde que desenvolvem ações considerando o perfil epidemiológico da população assistida, surgem dois desafios:

- voltar a intensificar ou até mesmo criar novas ações de vigilância epidemiológica que atinjam as doenças transmissíveis; e
- voltar a atenção da vigilância epidemiológica para as doenças não-transmissíveis (câncer, diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e outras) e agravos (mortes no trânsito, acidentes de trabalho, violência), cuja ocorrência aumenta diariamente, principalmente nas grandes cidades.

E quanto aos profissionais de saúde envolvidos nesse processo de redirecionamento das práticas assistenciais?

Cada vez mais lhes será requisitado que o desenvolvimento de suas atividades junto à população assistida volte-se à identificação de grupos suscetíveis, expostos a sofrer alterações nas suas condições de saúde. Dessa maneira, realça-se a importância de se estar atento aos determinantes que atuam favorecendo o surgimento de doenças transmissíveis, não-transmissíveis e agravos. Somente mediante a intervenção sobre os mesmos poderemos contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, modificando seu perfil epidemiológico.

Por que estar atento às doenças e aos agravos? Que instrumentos possuímos para mantê-los sob vigilância?

Quando estamos supostamente saudáveis, não temos o hábito de procurar assistência objetivando prevenir alterações no organismo. É bem mais freqüente buscarmos atendimento apenas quando da existência de algum sintoma ou sinal preocupante. E essa demanda serve como parâmetro aos serviços de saúde para a avaliação do perfil epidemiológico da população, procurando, assim, manter uma vigilância constante. Portanto, vigiar as doenças e agravos é importante para conhecermos o seu modo de manifestação, que indivíduos têm maior facilidade para contraí-las, qual a faixa etária mais atingida, em que época do ano ocorrem com mais freqüência, que localidades apresentam maior número de casos de determinada doença e sobre quais determinantes faz-se necessário intervir para atender às necessidades de saúde da população.

A **vigilância epidemiológica (VE)** é um serviço que reúne um conjunto de ações que permite acompanhar a evolução das doenças na população. Funciona como um “termômetro”, um indicador de que ações devem ser priorizadas no planejamento da assistência à saúde. Se, por exemplo, for detectado o aparecimento de muitos casos de sífilis congênita em uma maternidade localizada na área X, tal fato indica ser necessário que os gestores realizem maiores inves-



Grupos suscetíveis – são grupos populacionais que, pelo comportamento ou condições de vida, se encontram expostos a determinada doença ou agravo. Os fumantes constituem um grupo suscetível ao câncer de pulmão, por exemplo.



Os laboratórios também representam uma fonte de dados. Os resultados de exames laboratoriais solicitados na rotina da vigilância epidemiológica são importantes para complementar o diagnóstico e possibilitar a confirmação diagnóstica, devendo ser repassados para os sistemas de vigilância.

No caso do teste anti-HIV, os laboratórios não repassam seu resultado aos serviços de saúde por estarem impedidos em razão do sigilo profissional ao qual estão sujeitos.

timentos em assistência pré-natal naquela área, visando controlar a incidência de casos.

Entretanto, para que a vigilância epidemiológica possa propor ações de prevenção e controle a partir do estudo do comportamento das doenças e agravos à população, é importante seguir algumas etapas:

- **coleta de dados** – consiste em buscar junto às fontes de dados (população, imprensa, serviços de saúde, escolas, creches, presídios e indústrias) as informações relevantes que possam colaborar na identificação de situações de risco. Os dados podem ser agrupados como demográficos e ambientais, de morbidade e mortalidade. As informações obtidas sobre casos de doenças, agravos e epidemias devem ser consideradas somente após prévia investigação para confirmar ou descartar o caso, pois muitas vezes sua divulgação, além de assustar a população, tem origem duvidosa;
- **processamento dos dados** – significa reunir todos os dados coletados e agrupá-los de acordo com seu grau de importância e relevância. As informações são organizadas em gráficos, quadros e tabelas, para permitirem melhor visualização dos problemas e seus determinantes. Geralmente, são ordenadas em ordem de ocorrência e separadas por mês, bairro de moradia do doente, unidade que notificou a suspeita do caso e região do município, estado e país;
- **análise dos dados** – busca interpretar as informações coletadas, procurando estabelecer as relações causais. Sua realização permite que os responsáveis pela vigilância epidemiológica relacionem os determinantes de doenças e agravos. Por exemplo, ao se estudar o período de maior registro de doentes com câncer de pele, estabeleceu-se relação com o verão, época em que as pessoas permanecem mais tempo expostas ao sol, e com as profissões que, para seu desempenho, exigem exposição ao sol forte: lavradores e vendedores ambulantes na praia, entre outras;
- **recomendação de medidas de controle e prevenção** – aponta que precauções podem ser recomendadas no controle e prevenção da ocorrência da doença. As campanhas de vacinação, as campanhas educativas disseminadas pela televisão e na escola, a campanha de controle do diabetes são exemplos de medidas empregadas com esse fim;
- **promoção das ações de controle e prevenção** – consiste em planejar e executar ações como vacinações, tratamento dos doentes, controle do ambiente, divulgação de informações sobre precauções para transmissão de doenças;

- **avaliação da eficácia das medidas** – é a análise dos resultados das ações, visando identificar se as metas propostas foram alcançadas e avaliar seu impacto na saúde coletiva, por meio dos indicadores de saúde. Por exemplo: o Programa Saúde da Família planeja atender um quantitativo de famílias em determinado território e em um dado período. Ao final do prazo estipulado, a equipe do PSF deve avaliar se conseguiu ou não atingir a meta proposta e que fatores foram responsáveis pelo alcance ou não da meta;
- **divulgação das informações** – objetiva mostrar os resultados alcançados de forma simples e clara, de modo que todos os interessados possam compreendê-los. Após a realização de uma campanha de vacinação, é comum que as secretarias de Saúde divulguem o número de doses de vacinas aplicadas e de pessoas vacinadas, para que se tenha a noção do impacto das medidas adotadas.

Os ambulatórios, unidades básicas de saúde e hospitais representam importantes fontes de informação para a realização da vigilância epidemiológica, em virtude de prestarem assistência direta à maioria da população.

Por esse motivo, realizam com maior frequência a **notificação**, entendida como “a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão (...)”⁹.

A notificação é essencial para o efetivo conhecimento da realidade vivida pela população assistida, bem como para a adoção de medidas de intervenção pertinentes, sendo importante seu registro e divulgação. Apesar desse fato, muitos profissionais desprezam a importância dessa prática na determinação das condições sanitárias populacionais, provocando, assim, uma **subnotificação** — quando o número de registros de ocorrência de casos de doenças é menor do que o realmente ocorrido —, o que impede o poder público atuar no atendimento às reais necessidades da população.

Visando acompanhar a notificação de doenças de grande impacto coletivo, foi criada uma lista de doenças de notificação obrigatória em todo o território nacional, a qual deve ser periodicamente atualizada. Denominada lista de doenças de notificação compulsória, é atualmente constituída apenas por doenças transmissíveis, o que é bastante questionável, haja vista o crescente aumento do número de pessoas acometidas por doenças crônicas não-transmissíveis e provocadas por causas externas, gerando doença e morte. No entanto, estados e municípios podem incluir novas doenças na lista, desde que sejam claramente definidos o objetivo da notificação, os instrumentos e o fluxo da informação.



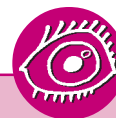
A relação entre o número de doses aplicadas de uma vacina e o número de pessoas que se objetivava vacinar é expressa através de um cálculo denominado **cobertura vacinal** - através da qual os serviços de saúde avaliam o impacto do programa de imunização.



É comum você observar notificações feitas por profissionais que atuam em consultórios particulares? Que motivo você identifica para justificar os números de notificação por eles realizados?



É bastante frequente o fato de muitos profissionais de saúde não notificarem os acidentes de trabalho, deixando, assim, de contribuir com o planejamento das atividades de educação continuada das equipes.



A Portaria MS nº 1943, de 18 de outubro de 2001, traz a última atualização da lista de doenças de notificação compulsória.

9 Ministério da Saúde, 1998.

Outras importantes fontes de dados e de notificação são os sistemas nacionais de informação. Quando os profissionais ou a população não notificam as doenças ou agravos aos serviços de saúde (centros ou postos de saúde), o banco de dados pode ser alimentado por outras fontes e documentos como boletins de produção ambulatorial, atestados de óbito, declarações de nascidos vivos, prontuários dos clientes ou autorizações para internação hospitalar, por exemplo. Tais documentos irão contribuir para a avaliação de alguns indicadores de saúde da população, sendo fundamentais para a determinação das prioridades assistenciais.

No Brasil, além do **Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)** - que reúne todas as informações relativas aos agravos de notificação, alimentado pelas notificações compulsórias - existem outros sistemas de informações de interesse para a vigilância epidemiológica, dentre os quais se destacam:

- **Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)** – reúne os dados relativos aos óbitos ocorridos. Alimentado pelos atestados de óbito emitidos, possibilita o conhecimento da distribuição dos óbitos por faixa etária, sexo, causa e outras informações – variáveis de acordo com o interesse da consulta;
- **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)** – permite conhecer quantas crianças nascem por ano e por região, bem como as características ligadas à saúde da mãe (idade gestacional, por exemplo) e do recém-nascido (presença de malformações congênitas ao nascer), apontando que necessidades assistenciais devem ser atendidas na região dos nascimentos para melhorar a qualidade da assistência pré-natal e à criança;
- **Sistema de Informações Hospitalares (SIH)** – reúne informações sobre a assistência prestada pelos hospitais. É alimentado principalmente pelos dados contidos nas autorizações de internações hospitalares e pelos relatos contidos nos prontuários dos pacientes. É importantíssimo para a definição do perfil epidemiológico da população assistida, pois muitos doentes hospitalizados não chegam a ser assistidos nas unidades básicas de saúde, principal fonte de notificação dos serviços de epidemiologia locais;
- **Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)** – reúne as informações obtidas com os atendimentos ambulatoriais, seja em unidades básicas de saúde, seja em hospitais. Permite, entre outros dados, verificar se todos os atendidos em um ambulatório são moradores da região, indicando a falta de serviços voltados para o atendimento das necessidades dos moradores que se deslocam de muito longe para obter serviços de saúde;

- **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)** – permite conhecer o perfil das condições nutricionais. As informações disponíveis possibilitam constatar a ocorrência de desnutrição e sua distribuição, permitindo, assim, a determinação de medidas que controlem e previnam sua ocorrência. Com o aumento dos casos de doenças não-transmissíveis, assume importância na vigilância sobre a obesidade, fator determinante de risco cardiovascular;
- **Sistema de Informações sobre Ações Básicas (SIAB)** – criado mais recentemente, esse sistema destina-se a reunir informações acerca das atividades desempenhadas em nível de atenção básica. É utilizado para medir o impacto das ações básicas desenvolvidas, auxiliando na determinação das prioridades e avaliação do que já foi feito pelas equipes dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS).

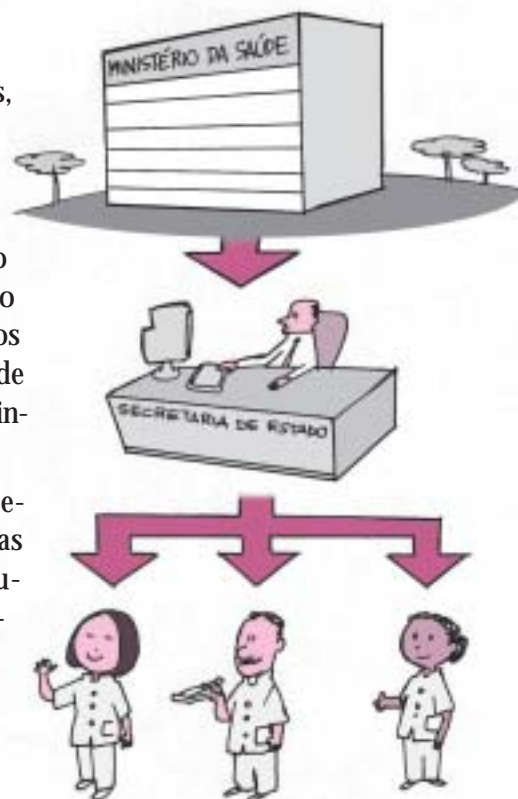
3.1 Medidas de controle e prevenção em vigilância epidemiológica

As ações de vigilância epidemiológica são hierarquizadas, ou seja, cada nível assume responsabilidades para com o planejamento e execução das medidas e ações a serem empreendidas.

O **nível central** (Governo Federal/Ministério da Saúde) é o grande responsável pela determinação e regulamentação nacional das ações de vigilância epidemiológica. Nele, as ações são discutidas para, somente após, serem recomendadas a todos os estados da Federação. Detém as bases de dados dos sistemas de informação da vigilância epidemiológica - que reúnem todas as informações referentes à saúde e às doenças no Brasil.

Ao **plano regional**, correspondente aos estados da Federação (Secretarias de Estado de Saúde), cabe coordenar as ações de vigilância desenvolvidas pelos municípios, procurando estabelecer prioridades de acordo com as informações obtidas, prestando consultoria.

As centrais estaduais de regulação de transplante de órgãos são exemplo de ação de vigilância diretamente desenvolvida pelo nível de gestão regional. Por seu intermédio as secretarias estaduais de Saúde controlam o número de doadores, os pacientes para os quais o transplante é prioritário, a localização dos possíveis doadores e que hospitais dispõem de estrutura para realizar a intervenção cirúrgica necessária. Assim, é possível conhecer as necessidades relacionadas a um problema de saúde específico e intervir diretamente sobre ele, estabelecendo uma rede de comunicação entre as unidades locais coordenadas pelas centrais.



Ao **nível local**, traduzido na figura do município (Secretarias Municipais de Saúde) e sua região administrativa (Distritos Sanitários), cabe executar as práticas de vigilância, desenvolvendo as ações mais diretamente relacionadas aos indivíduos, por meio dos serviços assistenciais oferecidos. Neste nível, principalmente, faz-se necessário que os serviços de saúde estejam informados da ocorrência das doenças de notificação compulsória para que possam, assim, planejar e implementar as medidas de promoção, prevenção e controle adequadas às necessidades da população local – o que chamamos “**informação para a ação**”.

As ações de vigilância epidemiológica variarão de acordo com os objetivos pretendidos, contribuindo para o controle e prevenção de determinada doença ou agravo - entretanto é sempre importante considerar em seu planejamento e adoção que o sucesso dependerá diretamente da proximidade com os determinantes causadores da doença ou agravo sobre os quais se pretende intervir. Algumas medidas de vigilância epidemiológica são mais conhecidas pelos profissionais devido à frequência com que são recomendadas e executadas, o que se explica pelo fato de, atualmente, as **ações de vigilância epidemiológica** estarem centradas no controle e prevenção de doenças transmissíveis. Dentre as mais frequentemente recomendadas, destacamos:

- a **investigação epidemiológica** – processo que permite acompanhar a ocorrência de uma doença ou agravo nos indivíduos, operacionalizada mediante um **inquérito epidemiológico**, ou seja, pelo preenchimento de ficha de investigação que reúne as informações sobre as condições relacionadas ao adoecimento do indivíduo, com vistas a implementar o máximo de medidas necessárias para garantir a prevenção e controle. Nessa ficha, o profissional de saúde relata a conduta adotada em relação ao indivíduo acometido ou a seus comunicantes - em muitas localidades, é comum o auxiliar de enfermagem também ajudar nesta investigação.

A investigação epidemiológica deve ocorrer sempre que for notificado um **caso suspeito** de alguma doença. Significa que mesmo que o diagnóstico não esteja confirmado deve-se realizar a investigação e executar as medidas de controle e prevenção da transmissão, recomendadas pelos serviços de epidemiologia e padronizadas pelo nível central (Ministério da Saúde);

- a **busca de casos e visita domiciliar** – quando os serviços locais de epidemiologia, ao receberem notificações de doenças de clientes atendidos, procuram localizá-los por meio de aerograma, telefonema ou visita ao domicílio para realizar a investigação epidemiológica;



Um indivíduo é considerado **caso suspeito** quando apresenta um conjunto de sinais e sintomas que induzem o profissional de saúde a desconfiar da presença de determinada doença - e fazer sua notificação.



Nos programas de atenção básica ampliada (PSF e PACS) a visita domiciliar é uma atividade rotineira.

- **o apoio a procedimentos diagnósticos** – quando da definição de suspeita ou confirmação de uma doença, a coleta de material biológico, realização de testes específicos e interpretação de seus resultados são procedimentos freqüentemente desenvolvidos pelo auxiliar de enfermagem.

Por sua vez, as medidas de precaução em relação à transmissão de doenças podem incluir:

- **vacinação de bloqueio** - é a intensificação da administração de uma vacina, visando a impedir a transmissão de uma doença de um indivíduo doente para aqueles que com ele convivem em espaço restrito, como no trabalho, escola, creche ou quartéis. Essa medida é usualmente utilizada quando há o acometimento por uma doença de transmissão fácil e contra a qual se dispõe de vacina, como a coqueluche ou sarampo A febre amarela, por exemplo, teve vacinação de bloqueio para evitar que novos casos atingissem outras regiões do país;
- **intensificação de vacina** - é uma estratégia utilizada para aumentar o número de pessoas protegidas contra uma doença. Para tanto, podem ser modificados os critérios normalmente utilizados para a aplicação da vacina, aumentando-se o número de doses ou a faixa etária da população-alvo;
- **indicação de restrição de circulação** - o objetivo não é isolar o cliente, mas sim garantir que outras pessoas de seu convívio não corram o risco de contrair a doença por ainda não estarem protegidas;
- **quimioprofilaxia** – algumas vezes, o uso de vacinas para prevenir a transmissão de determinada doença não está disponível ou recomendado - casos em que são utilizados medicamentos para diminuir o risco de transmissão. A adoção desta conduta é chamada quimioprofilaxia, geralmente adotada para os comunicantes de casos suspeitos ou confirmados de meningite meningocócica ou causada por hemófilos, tuberculose ou leptospirose, e ainda frente à exposição acidental envolvendo objetos perfurocortantes potencialmente contaminados com material biológico.

3.2 Principais indicadores de saúde coletiva

Para o planejamento de ações de prevenção e controle de doenças e agravos, é importante conhecer o perfil dos problemas de saúde da população assistida e das doenças apresentadas -



Vigilância entomológica designa o conjunto de atividades que permite combater a proliferação de insetos vetores de doenças, como a fêmea do mosquito *Aedes aegypti* – vetor do vírus da dengue.



Os profissionais de saúde são vítimas freqüentes de acidentes com material biológico. Por isso, é muito importante que estejam vacinados contra a hepatite B e o tétano.



quais mais acometem a população, quais mais matam e quantas pessoas morrem. Para o conhecimento de aspectos de saúde não diretamente observáveis foram criados os indicadores de saúde, que representam e tentam “medir” os aspectos normalmente não percebidos. Dentre outros importantes componentes da estrutura de assistência à população, esses indicadores orientarão o processo de planejamento em saúde, a organização dos serviços de atenção e a determinação do número de leitos hospitalares necessários para determinada região. Como destaques, ressaltamos:

3.2.1 Morbidade

A morbidade refere-se ao comportamento das doenças numa população exposta ao adoecimento. Seus índices permitem conhecer que doenças existem habitualmente na área, no período e na população estudada (prevalência), e quais os novos casos das doenças na mesma área, período e população (incidência).

Dessa forma, a quantidade de casos de uma doença também permite estimar sua importância para aquela população. Estão relacionados à morbidade os termos: surto, endemia, epidemia e pandemia.

- **Surto** é um aumento repentino do número de casos, dentro de limites muito restritos, como uma série de casos de rubéola em uma creche, vários indivíduos com conjuntivite em um quartel ou vários bebês com infecção respiratória em um berçário de hospital. Também pode ser assim considerado o aumento do número de casos de uma doença em uma área específica, considerada livre da mesma. Por exemplo, um único caso de poliomielite no Brasil seria suficiente para configurar um surto;
- **Endemia** é a ocorrência de certo número de casos controlados em determinada região;
- **Epidemia** é o aumento do número de casos de determinada doença, muito acima do esperado e não delimitado a uma região;
- **Pandemia**, por sua vez, compreende um número de casos de doença acima do esperado, sem respeitar limites entre países ou continentes. Os exemplos mais atuais são a Aids e a tuberculose.



Quando não há discriminação da causa relacionada aos óbitos ocorridos numa região, período e população, o indicador é denominado **mortalidade geral**.

3.2.2 Mortalidade

A mortalidade é definida como a relação entre o número de óbitos e o número de pessoas expostas ao risco de morrer. Dados esses que podem ser agrupados por características como sexo, idade, estado civil, causa, lugar, condição, dentre outras. Os óbitos ocorridos podem estar classificados segundo a associação de duas ou mais dessas características.

3.2.3 Letalidade

Permite conhecer a gravidade de uma doença, considerando-se seu maior ou menor poder para causar a morte. A determinação da letalidade de certas doenças permite avaliar a eficácia de estratégias e terapias implementadas. Por exemplo, espera-se que a vacina anti-sarampo reduza o número de complicações e óbitos decorrentes da doença. Se há muitos óbitos causados pelo sarampo, isto significa que as crianças não estão tendo acesso à estratégia de vacinação ou que a vacina não está desempenhando adequadamente seu papel na proteção à saúde.

Para que se possa avaliar o significado dos indicadores e compará-los frente a populações diferentes sem que haja distorção das informações, esses indicadores são calculados por meio de taxas, índices e coeficientes, e expressos em porcentagens. Traduzem, muitas vezes, as condições socioeconômicas e sanitárias locais, pois estão intimamente relacionados com as condições de vida e saúde da população.

Dessa forma, as ações de vigilância epidemiológica e os resultados obtidos com a sua implementação e divulgados através de suas bases de dados constituem um elemento precursor da elaboração e implementação de programas de saúde coletiva, ao permitirem a identificação de fatores de risco para a determinação dos processos de morbidade que atingem os grupos populacionais que recebem atenção específica dos serviços de saúde.

4- VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Com o intuito de realizar adequadamente a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, o sistema de vigilância utiliza diferentes condutas relacionadas a cada uma delas.

Como integrante da equipe de saúde é muito importante que o auxiliar de enfermagem adquira conhecimentos sobre o comportamento das diversas doenças transmissíveis e as medidas gerais de profilaxia e controle, pois isto lhe possibilitará maior segurança ao atuar nas intervenções que visam a redução da incidência e/ou prevalência de doenças que ainda constituem problemas de saúde coletiva no país.



4.1 Doenças preveníveis mediante vacinação

Atualmente, com o advento da vacina e os avanços tecnológicos e científicos observados nas últimas décadas, muitas doenças que determinavam elevados índices de mortalidade podem ser prevenidas e controladas. Entretanto, por que ainda vemos pessoas com tétano, crianças acometidas pela meningite ou coqueluche? E por que, todos os anos, ocorrem campanhas de vacinação contra a poliomielite?

Para responder a estas perguntas muitos determinantes podem ser considerados, dentre eles a cobertura vacinal que não alcança todas as pessoas suscetíveis a essas doenças, os movimentos migratórios que favorecem as idas e vindas de hospedeiros (pessoas portadoras ou doentes), a desnutrição que pode interferir nos mecanismos de defesa orgânica e a capacidade do sistema imunobiológico produzir o estímulo e a devida resposta no organismo.



Os anticorpos são constituídos por cadeias de proteínas. Se, como no caso do desnutrido, a ingestão de proteína é insuficiente, conseqüentemente a produção de anticorpos também ficará prejudicada.



Amazônia Legal é o território formalmente definido como aquele em que a vegetação característica da floresta amazônica se faz presente. É composto pelo Maranhão e estados da região Norte, e também por países do norte e noroeste da América do Sul.



Portador é toda pessoa ou animal que não apresenta sintomas clinicamente reconhecíveis de determinada doença transmissível ao ser examinado, mas que está albergando o agente etiológico respectivo.

4.1.1 Hepatite B

No Brasil, são consideradas áreas de alta endemicidade para a hepatite B o estado do Espírito Santo, a região oeste do estado de Santa Catarina e os estados integrantes da Amazônia Legal. O agente infeccioso da doença é o vírus HBV, que infecta o homem, seu reservatório natural. A transmissão ocorre por meio de solução de continuidade da pele e/ou mucosas, em contato com o sangue e outros fluidos corpóreos (como sêmen, secreção vaginal e saliva) de doente ou portador. Diversas situações possibilitam a transmissão do vírus, tais como relação sexual, uso de seringas e agulhas compartilhadas - no caso de usuários de drogas - transfusão de sangue e seus derivados - quando fora da recomendação técnica -, procedimentos odontológicos, cirúrgicos e de hemodiálise - quando não respeitadas as normas de biossegurança. A transmissão vertical se verifica, sobretudo, no período perinatal, durante o parto.

O período de incubação é de 30 a 180 dias, sendo em média de 60 a 90 dias. O indivíduo transmite a doença duas a três semanas antes de apresentar os primeiros sintomas e a continua transmitindo durante a fase aguda da hepatite B e no estado de portador crônico.

A infecção pelo HBV pode apresentar formas assintomáticas, sintomáticas ou graves, das quais a primeira é a mais freqüente. Os sinais e sintomas característicos são mal-estar, cefaléia, febre, náuseas e vômitos, ocorrendo também dor abdominal, icterícia, fezes esbranquiçadas (acolia), aumento do fígado (hepatomegalia), urina escurecida (colúria) e aumento do baço (esplenomegalia).

A confirmação diagnóstica é feita laboratorialmente, através de exame de sangue com a identificação dos marcadores sorológicos virais da hepatite.

Após a notificação de um caso suspeito ou confirmado, imediatamente devem ser tomadas providências de acordo com o sistema de vigilância epidemiológica. É importante que a população seja esclarecida em relação à doença, e que nesta orientação reforçe-se a necessidade do uso de preservativos durante a relação sexual e os riscos inerentes ao uso de seringas compartilhadas – especificamente para os usuários de drogas injetáveis. Considerando-se a dimensão dos problemas sociais e de saúde que envolvem o dependente químico e seus familiares, vários municípios possuem serviços ou equipes especializadas para o atendimento dessas pessoas.

De acordo com as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), a vacina para prevenir a hepatite B deve ser administrada nos menores de um ano de idade a partir do nascimento, de preferência nas primeiras 12 horas após o parto, para evitar a transmissão vertical. É indicada também para menores de 20 anos de idade, doadores regulares de sangue - para mantê-los em tal condição - e grupos de risco como, dentre outros, usuários de hemodiálise, hemofílicos e profissionais de saúde.

Na fase aguda, os indivíduos com hepatite devem receber acompanhamento especializado, sendo indicado repouso, administração mínima de medicamentos, abstenção do consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo e dieta pobre em gorduras, devido à fragilidade hepática presente nesta fase. Para os doentes crônicos, estes cuidados são redobrados e os mesmos devem ser orientados para não fazerem uso de bebidas alcoólicas e/ou fumo, bem como esclarecidos sobre a possibilidade de hospitalização em caso de agravamento do quadro clínico.

Pelo risco de se adquirir a hepatite B por exposição ocupacional a sangue e materiais potencialmente infectantes, faz-se necessário que os profissionais de saúde sejam vacinados, além de orientados para que utilizem as precauções padrão quando da execução dos procedimentos.

4.1.2 Poliomielite

Até 1980, o Brasil apresentava alto índice desta doença. Considerando-se sua gravidade, deu-se então início à estratégia dos dias nacionais de vacinação, com imunização em grande escala, que associados às ações de vigilância epidemiológica possibilitaram a gradativa diminuição do número de casos - motivo pelo qual, em 1994, o país recebeu, da Organização Mundial da Saúde, o “Certificado de Erradicação da Transmissão Autóctone do Poliovírus Selvagem nas Américas”.



Os marcadores virais da hepatite são um conjunto de antígenos e anticorpos cuja presença auxilia na determinação do tipo de vírus causador da doença, indicando o seu estágio clínico.



Autóctone – pessoa, animal ou planta originários do lugar que habitam.



O poliovírus apresenta tropismo (atração) pelas terminações nervosas, particularmente dos membros inferiores, lesando-as e causando deficiência motora.

A partir daí, o Brasil assumiu o compromisso de manter altas coberturas vacinais para evitar a reintrodução do vírus, bem como adotar medidas de controle que consistem em ações de vigilância epidemiológica sobre os casos de paralisia aguda flácida, sugestivos de poliomielite.

A poliomielite, também chamada de paralisia infantil, pode ser causada por três tipos de poliovírus: I, II e III. A transmissão acontece, principalmente, por contato direto de pessoa a pessoa, sendo a boca a principal porta de entrada dos vírus. A transmissão oral ocorre através das gotículas de muco da orofaringe expelidas pela tosse, fala ou espirro. Entretanto, a água e os alimentos contaminados com fezes de doentes ou portadores (assim considerados aqueles indivíduos cujo intervalo de tempo após a infecção situa-se entre uma a sete semanas) também são formas de transmissão do polivírus.

O período de incubação é de 2 a 30 dias, mas em geral varia de 7 a 12 dias.

O doente apresenta, subitamente, deficiência motora, além de febre e flacidez muscular assimétrica, sendo afetados, sobretudo, os membros inferiores. No entanto, a doença pode apresentar-se assintomática ou não-aparente em cerca de 90% a 95% dos casos, podendo ser confundida com outros distúrbios que afetam o sistema nervoso.

Não há tratamento específico após a instalação do quadro de poliomielite. Nestes casos, é importante detectar a doença precocemente, pois além da implementação de medidas de vigilância epidemiológica torna-se imprescindível uma rápida intervenção para que o doente tenha o suporte necessário para evitar maiores danos. De maneira geral, os acometidos pela paralisia infantil e seus familiares necessitam de acompanhamento rotineiro da equipe de saúde, com atuação de profissionais de várias áreas (enfermagem, fisioterapia, médica, psicologia, terapia ocupacional e nutrição), possibilitando um atendimento integral e de acordo com suas reais necessidades.

4.1.3 Tétano

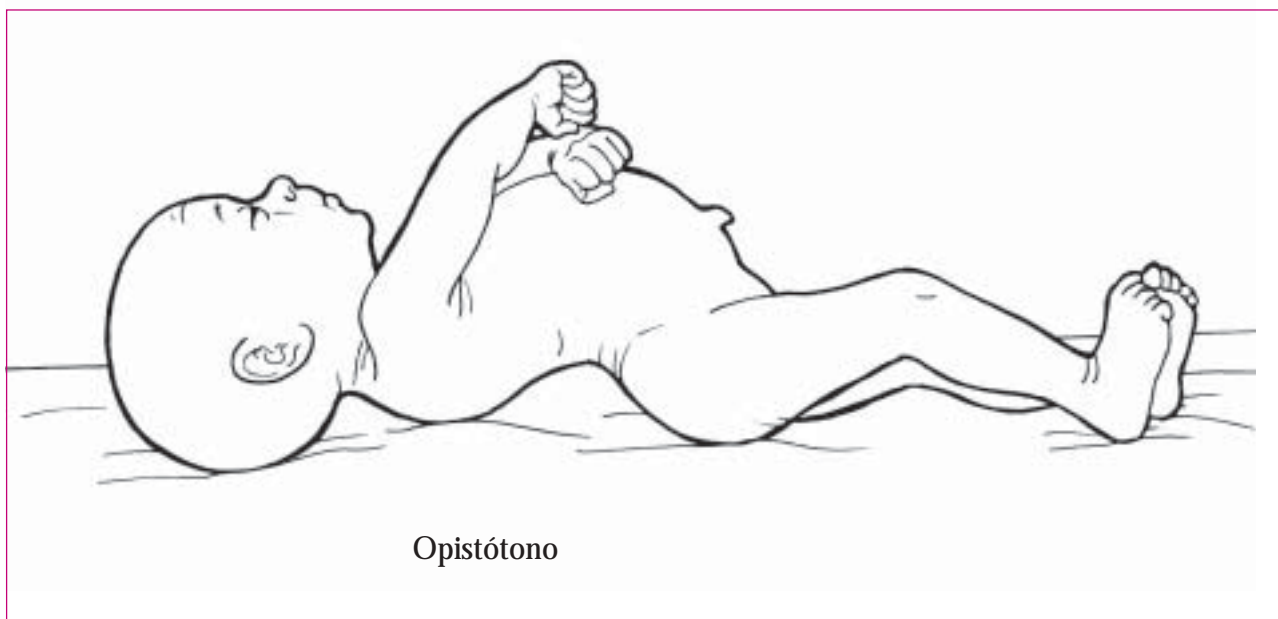
O tétano é uma doença infecciosa aguda, não contagiosa, relativamente comum em países subdesenvolvidos - nos quais a cobertura vacinal é baixa. Seu agente etiológico é o *Clostridium tetani*, um bacilo anaeróbio cujo reservatório é o trato intestinal do homem e de animais, o solo ou qualquer objeto perfurocortante contendo os esporos. O período de incubação varia de acordo com a extensão, natureza e localização da ferida, levando em média de 2 a 21 dias.

A transmissão ocorre pela introdução dos esporos do agente patogênico em um ferimento, sobretudo do tipo perfurante, contami-

nado com terra, poeira e fezes de animais, podendo também ser causado por queimaduras e ferimentos necrosados.

O tecido lesado, com pouco oxigênio devido ao próprio trauma ou à infecção, fornece as condições ideais para que os esporos do *C. tetani* transformem-se em formas vegetativas, reproduzindo-se e formando a toxina tetânica que é absorvida pelos nervos e transportada até a medula espinhal, onde causam estímulos nervosos. A partir desse momento, os nervos tornam-se muito sensíveis e qualquer estímulo externo pode desencadear contraturas dos músculos, inicialmente da face, pescoço e, depois, do tronco, podendo se estender para todo o corpo, desencadeando espasmos e convulsões que podem causar asfixia e morte. A contratura generalizada faz com que o doente adote uma posição corporal denominada opistótono. Considerando tal quadro, uma importante medida de profilaxia do tétano pós-ferimento é a limpeza da lesão com bastante água e sabão e, se necessário, realizar desbridamento.

Uma vez instalada a doença, o tratamento consiste em internação hospitalar em quarto silencioso, com pouca luminosidade, pois os estímulos visuais e sonoros podem provocar respostas em forma de contratura muscular. Recomenda-se a administração de sedativos, soro antitetânico (SAT) e antibioticoterapia.



Os cuidados de enfermagem ao doente hospitalizado incluem o mínimo de manipulação possível, para que não surja o estímulo de contratura, a monitorização das vias aéreas, para garantir que estejam pervias (sem obstrução), e a observação de sinais de retenção urinária - caso haja contração da musculatura do trato urinário.

A susceptibilidade é geral, todos estão predispostos à contaminação pelo tétano, indiscriminadamente, porém os indivíduos maiores de 45 anos estão mais expostos por estarem muitas vezes com a vacinação incompleta ou por nunca terem sido vacinados. Por isso, o auxiliar de enfermagem deve estar atento ao estado vacinal de indivíduos adultos e idosos, além das mulheres em idade fértil e das crianças.

A imunidade é conferida pela aplicação de vacina contendo o toxóide tetânico em suas diversas formas de apresentação: tríplice bacteriana (DTP), dupla adulto (dT), dupla infantil (DT) ou toxóide tetânico (TT).

4.1.4 Tétano neonatal

Também conhecido como “mal de sete dias”, sua ocorrência é maior em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, sobretudo pela precariedade ou ausência de acompanhamento pré-natal, impossibilitando o controle vacinal da gestante, incluindo a vacina contra o tétano. Uma gestante não vacinada não possui anticorpos maternos para transferir ao filho, tornando-o susceptível à doença após o nascimento. A infecção ocorre pela contaminação do coto umbilical com o bacilo tetânico, quando de sua manipulação são utilizados instrumentos ou substâncias impróprias como teia de aranha, moeda ou cinteiros. Em média, o período de incubação dura sete dias.

O recém-nascido infectado abandona o aleitamento materno pela dificuldade de movimentar a musculatura da face, tronco e abdome, devido à rigidez. A paralisia da musculatura da respiração pode levar a criança à obito.

Após a notificação de um caso de tétano neonatal, a mãe do recém-nascido deve ser encaminhada para receber vacinação. Há necessidade de se cadastrar as parteiras locais e orientá-las quanto aos cuidados com o coto umbilical. Os óbitos ocorridos em recém-nascidos menores de 28 dias devem ser investigados.

Para o adequado controle da doença é importante que as mulheres em idade fértil estejam com a imunização contra o tétano atualizada e que o atendimento pré-natal seja garantido a todas as gestantes.

4.1.5 Coqueluche

A coqueluche é causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, cujo único reservatório é o homem, não existindo portadores crônicos assintomáticos.

Sua transmissão ocorre pelo contato direto pessoa a pessoa, através de secreções da nasofaringe, eliminadas pela tosse, espirro ou fala. Após a entrada da *B. pertussis* pelas vias aéreas superiores, a bactéria



Que cuidados, onde você mora, as pessoas costumam ter com o coto umbilical? Existe mortalidade por tétano neonatal?

se adere à mucosa do trato respiratório, multiplicando-se e produzindo uma toxina que causa lesão no tecido colonizado e provoca manifestações sistêmicas por sua liberação e distribuição por todo o organismo.

O período de incubação varia entre 7 e 14 dias, e a doença é muitas vezes confundida com outras infecções respiratórias agudas, como a bronquite, por exemplo.

A coqueluche evolui em três fases:

- catarral - inicia-se com febre, mal-estar, coriza, tosse e expectoração de muco claro e viscoso;
- paroxística - apresenta tosse seca “comprida”, de acordo com a posição do doente, finalizada por inspiração forçada, acompanhada de um ruído característico (“guincho”) e seguida não raramente de vômitos (dura cerca de dois meses);
- convalescência - os episódios de tosse desaparecem e dão lugar à tosse comum (dura de uma a três semanas).

O diagnóstico pode ser realizado pela sorologia, para identificação dos anticorpos na corrente sanguínea, e pela cultura de material coletado da orofaringe. O tratamento é feito com base no uso de medicamentos sintomáticos, utilizando-se também antibióticos. A hospitalização está indicada para crianças que apresentam complicações.

Os cuidados adotados com os doentes incluem repouso e hidratação. Faz-se necessário que a família seja esclarecida para manter precauções respiratórias especialmente na fase catarral. Outras orientações relacionam-se ao controle dos fatores que favorecem os acessos de tosse, como poeira, fumaça de cigarros, atividade e excitação; no caso das crianças, grande maioria afetada pela doença, é importante que os pais tentem mantê-las mais calmas, ocupadas com atividades que não provoquem muita excitação, o que pode ajudar a diminuição do número de episódios de tosse paroxística.

Visando o controle da doença, a vacinação deve ser realizada em todos os indivíduos susceptíveis, conforme a rotina da rede básica de saúde. Crianças expostas ao risco de adoecimento, principalmente as que estão com o esquema vacinal incompleto, devem ser observadas durante 14 dias, na busca de sintomas respiratórios.

4.1.6 Difteria

Desde 1977, o número de casos de difteria notificados no Brasil vem diminuindo em vista do aumento da cobertura vacinal. A difteria ocorre durante todo o ano, havendo um aumento de incidência nas estações em que a temperatura é mais baixa (outono e inverno), devido à aglomeração de pessoas em ambientes fechados. Também conhecida como crupe, tem como agente causador a bactéria *Corynebacterium diphteriae*.



As complicações mais comuns após o adoecimento por coqueluche são pneumonia por *B. pertussis*, ativação de tuberculose latente, atelectasia, broquietasia, enfisema, pneumotórax, ruptura de diafragma, otite média e apnéia. As complicações neurológicas mais comuns são encefalopatia aguda, convulsões, coma, hemorragias cranianas, estrabismo e surdez.



Necrose – é a destruição de um tecido causada por vários fatores, no caso a toxina diftérica. O veneno de alguns animais peçonhentos, queimaduras de 3º grau ou pressão prolongada sobre uma superfície corpórea são alguns tipos de agentes capazes de causar a necrose tecidual.



Swab - é uma haste com ponta de algodão, que facilita a coleta de secreções para cultura. No caso da difteria, o swab deve ser introduzido através da narina até a nasofaringe ou da boca até a orofaringe.



Todas as meningites devem ser prontamente investigadas e tratadas, principalmente as bacterianas por *Haemophilus influenzae* do tipo b e a meningocócica.



Petéquias - são pequenas manchas cutâneas hemorrágicas, do tamanho de uma cabeça de alfinete, causadas por rompimento de pequenos vasos superficiais, indicando fragilidade vascular. Podem surgir após picada de insetos e pequenos traumatismos.

A transmissão ocorre por contato direto com doentes ou portadores da bactéria, por meio de secreções da nasofaringe, que penetram no organismo através das vias aéreas superiores. Uma vez na faringe, local mais freqüentemente afetado, a bactéria diftérica se fixa, estimulando a ocorrência de uma inflamação purulenta e produzindo uma toxina que causa necrose do tecido da faringe.

Embora com menor freqüência, outra forma de transmissão pode ocorrer através de objetos contaminados por secreções. O período de incubação dura em torno de um a seis dias, podendo ser mais longo. A manifestação clínica mais freqüente é a presença da pseudomembrana branco-acinzentada que pode surgir nas amígdalas e invadir as estruturas vizinhas. Pode ainda estender-se às fossas nasais, traquéia, brônquios e mais raramente na pele, conjuntiva ocular e mucosa vaginal. Nos casos mais graves, há intenso edema no pescoço, com aumento dos gânglios linfáticos presentes nessa região.

Para se diagnosticar a doença, realiza-se o exame das lesões existentes na orofaringe e nasofaringe. A coleta com swab deve ser efetuada antes de iniciado o tratamento com antibióticos.

As complicações mais comuns são miocardite e comprometimento dos nervos periféricos. Os doentes devem ser hospitalizados para receber tratamento, que consiste na administração de soro antidiftérico e terapia com base em antibióticos. É muito importante que a equipe de enfermagem oriente os doentes ou os seus responsáveis a relatar sinais de dificuldade respiratória, sintoma que indica a necessidade de um acompanhamento mais freqüente.

Para controlar a transmissão da doença, é indispensável administrar o toxóide diftérico em toda a população exposta ao risco, nas pessoas não vacinadas e nas inadequadamente vacinadas ou com estado vacinal desconhecido. Para todos os comunicantes de doentes (escolares e familiares) deve ser indicado o exame clínico, mantendo-se a vigilância sobre os mesmos durante uma semana, pelo menos. Devem ser adotadas medidas de precaução respiratória para os doentes e seus comunicantes, até que duas culturas de secreção de nasofaringe e orofaringe não revelem a presença da bactéria diftérica.

4.1.7 Meningite

A meningite pode ser causada por diversos microrganismos como vírus, fungos e bactérias, mas para a saúde coletiva as de maior destaque são as meningites bacterianas por *Haemophilus influenzae* do tipo b, tuberculosa e a meningocócica.

A transmissão ocorre de pessoa a pessoa, por meio de gotículas e secreções da nasofaringe. Os sintomas, subitamente iniciados, são febre, dor de cabeça intensa, náuseas, vômitos, rigidez de nuca e, algumas vezes, petéquias. O diagnóstico é feito com base em exames laboratoriais e clínicos.

Após a notificação do caso suspeito, faz-se necessário adotar as medidas de controle de acordo com o sistema de vigilância. A quimioprofilaxia é indicada apenas para os contatos de casos confirmados, em consonância com os critérios definidos pela autoridade sanitária.

O tratamento para a meningite consiste na administração de antibióticos e exige hospitalização do doente e precaução respiratória.

Como medida de prevenção, recomenda-se seguir a rotina do calendário de vacinação:

- vacina BCG - previne a ocorrência da tuberculose e de sua forma mais grave, a meningite tuberculosa;
- vacina anti-Hib - previne a infecção pelo *Haemophilus influenzae* do tipo b;
- vacina antimeningocócica - utilizada excepcionalmente em situações de surto, previne a infecção por alguns tipos de meningococos, especialmente os tipos A, B e C.

É importante ressaltar que após a implantação das vacinas BCG e anti-Hib no calendário vacinal das crianças a incidência das meningites causadas pelo bacilo da tuberculose e pelo *Haemophilus influenzae* foi bastante reduzida no Brasil.

4.1.8 Febre amarela

A febre amarela é uma doença infecciosa aguda, causada pelo vírus amarílico, encontrado principalmente em regiões de mata. Pode apresentar-se sob duas formas:

- febre amarela silvestre (FAS), cujos vetores são os mosquitos do gênero *Haemagogus* e *Sabethes*, sendo os primatas os principais hospedeiros e o homem, hospedeiro acidental;
- febre amarela urbana (FAU), que tem como vetor o mosquito *Aedes aegypti* e o homem como hospedeiro principal.

A febre amarela urbana foi erradicada no Brasil em 1942, quando foi notificada pela última vez no município de Serra Madureira, no Acre.

Em 2000 e 2001, a ocorrência de surtos de febre amarela silvestre em áreas onde a doença não ocorria há praticamente 50 anos levou as autoridades sanitárias a redefinir os limites das áreas de risco para sua transmissão (área endêmica e de transição), que passaram a ser:

- áreas endêmicas: estados do AM, PA, AP, AC, RR, RO, MA, TO, GO, MT, MS e DF;
- áreas de transição: parte dos estados do PI, MG, BA, SP, PR, SC e RS.

A transmissão ocorre pela picada do mosquito infectado pelo vírus da febre amarela e após três ou seis dias o indivíduo pode começar



Hematêmese - vômito sangüíneo, que pode provir do estômago ou do esôfago.

Melena - eliminação de fezes com presença de sangue, causando coloração escurecida.



Todo indivíduo residente ou procedente de área de risco, não comprovadamente vacinado, que apresente quadro de febre há sete dias, icterícia e sinais de hemorragia é considerado caso suspeito de febre amarela.



Todo caso ou óbito suspeito de febre amarela deve ser imediatamente notificado para o nível nacional, haja vista que esta doença é sujeita ao Regulamento Sanitário Internacional.



O vírus da rubéola, presente na circulação sangüínea materna, atravessa a barreira de defesa da placenta, atinge o feto e interfere negativamente em sua formação – o que provoca a síndrome da rubéola congênita: as malformações presentes no recém-nascido.

a apresentar sinais da doença. O sangue do doente é considerado infectante para o mosquito cerca de 24 a 48 horas antes do aparecimento dos sintomas e de três a cinco dias após o início da doença.

A doença manifesta-se subitamente, com febre, calafrios, cefaléia, dor muscular, náuseas e vômitos. Na forma grave, o indivíduo apresenta icterícia, hematêmese, melena e manifestações hemorrágicas que podem estar ligadas a sinais de insuficiência das funções hepáticas e renais.

A adoção de condutas de vigilância é importante, pois essa doença pode ser confundida com malária, hepatite ou leptospirose.

Após a notificação do caso suspeito, deve ser realizada a investigação epidemiológica para confirmação diagnóstica, bem como o preenchimento da ficha de investigação epidemiológica. Além disso, faz-se necessário desencadear a busca ativa de novos casos suspeitos no local provável de infecção e providenciar a vacinação de bloqueio, na área de ocorrência do caso, para os moradores não vacinados ou que não puderem comprovar a vacinação. Indica-se também a investigação entomológica, buscando capturar vetores silvestres, para isolamento do vírus.

Para o controle do vetor urbano (*Aedes aegypti*) é importante a destruição de criadouros favoráveis à sua proliferação e/ou o uso de larvicidas e inseticidas em recipientes com água parada. Em áreas infestadas por Aedes, deve-se evitar o acesso do mesmo ao paciente mediante a colocação de telas nas janelas e utilização de mosquiteiros.

Como medida de prevenção, a vacina contra a febre amarela deve ser aplicada em toda a população residente na área endêmica e na área de transição, além de ser também indicada para os viajantes que se deslocam para essas áreas de risco.

4.1.9 Rubéola

Durante muitos anos, a rubéola foi considerada “doença de criança”, de pouca importância. No entanto, esse conceito vem mudando em vista da incidência de complicações por ela causadas, principalmente a síndrome da rubéola congênita (SRC), que afeta recém-nascidos e cujo risco está associado ao acometimento da gestante durante a gestação.

O aumento do número de casos ocorre na primavera, com maior frequência na faixa etária de zero a nove anos de idade. Após a introdução da administração de vacinas contra a rubéola em crianças, observou-se o seu surgimento entre adultos e adolescentes.

A transmissão ocorre de pessoa a pessoa, pelo contato direto com as secreções nasofaríngeas de indivíduos infectados. O período de incubação varia de 14 a 21 dias ou de 12 a 23 dias.

A rubéola manifesta-se pelo aparecimento de um exantema máculo-papular, ou seja, de manchas avermelhadas na pele, com elevação eruptiva que termina em descamação. Inicialmente, essas manchas surgem na face, pescoço e couro cabeludo, distribuindo-se em seguida para o restante do corpo. Há febre baixa e presença de aumento ganglionar nas regiões retroauriculares, occipital e cervical posterior.

Não há tratamento específico para a rubéola, pois na maior parte dos casos regride espontaneamente. O tratamento prescrito é sintomático, ou seja, as medicações, quando necessárias, visam aliviar os sintomas. Como medidas preventivas existem a vacina específica anti-rubéola monovalente e a vacina tríplice viral, também conhecida como MMR.

As medidas de vigilância relativas à rubéola incluem: investigação epidemiológica do caso; tentativa de identificação do contato; solicitação de exames complementares; notificação compulsória às autoridades sanitárias competentes; fornecimento de atestado de impedimento sanitário para o indivíduo com sintomas, garantindo seu afastamento das atividades que desempenha, renovável se os sintomas persistirem, visando reduzir a circulação do caso suspeito; vacinação de bloqueio para os comunicantes domiciliares, sexuais, escolares e de trabalho, com a vacina tríplice viral, dupla viral ou contra rubéola monovalente; e aplicação de vacina seletiva nas mulheres em idade fértil, excluindo-se as gestantes.

4.1.10 Sarampo

O sarampo é causado por um vírus - o vírus do sarampo - cuja transmissão ocorre de pessoa a pessoa, através de secreções nasofaríngeas expelidas pela tosse, fala, respiração e espirro. É extremamente contagioso e transmissível, e seu período de incubação varia de 7 a 18 dias, sendo em média de 10 dias.

Após o período de incubação, o sarampo caracteriza-se por febre, tosse seca, coriza, lacrimejamento e fotofobia. Nesta fase, observa-se também o aparecimento de hiperemia da mucosa oral e manchas de Koplik. Em torno do quarto dia da doença, surge o exantema e a tosse passa a ser produtiva.

O diagnóstico é feito principalmente através de exame clínico. O tratamento é sintomático, não havendo nada específico a ser prescrito.

Após a notificação de um caso suspeito, deve-se tomar medidas de acordo as orientações do sistema de vigilância.

4.1.11 Caxumba

A caxumba é uma doença viral aguda, caracterizada pela inflamação das glândulas salivares e sua transmissão ocorre através do con-



Essa vacina é também conhecida como MMR, sua sigla inglesa, que significa *measles, mumps e rubella* (sarampo, caxumba e rubéola).



Manchas de Koplik - são pequenos pontos brancos que aparecem na mucosa bucal.

tato direto com secreções nasofaríngeas da pessoa infectada. O período de incubação é de 12 a 25 dias, sendo em média de 18 dias.

Basicamente, o diagnóstico é feito a partir dos sintomas apresentados, que incluem febre baixa, mal-estar geral, cefaléia, dor na garganta e anorexia. A estes, segue-se o aumento do volume das parótidas, tornando o rosto arredondado devido à eliminação do ângulo da mandíbula.

É importante orientar o doente para que faça repouso no leito, bem como alimentar-se com dieta líquida ou semipastosa e realizar a higiene oral adequadamente, para que não haja obstrução das glândulas e infecção. O restante do tratamento é basicamente sintomático, com indicação de uso de antitérmicos e analgésicos, caso necessários. A caxumba pode apresentar complicações, atingindo o pâncreas, testículos, epidídimos, ovários e até as meninges.

A caxumba não é doença de notificação compulsória, mas ao ser diagnosticada é importante manter vigilância sobre o caso, bem como tentar determinar os contatos e vigiar os comunicantes. Atualmente, a caxumba é rotineiramente prevenida através da administração, aos 15 meses, da vacina tríplice viral, em dose única.

4.1.12 Varicela

A varicela ou catapora é uma doença infectocontagiosa causada por vírus. É altamente contagiosa, com maior incidência em crianças de 2 a 10 anos. O vírus varicela zoster é transmitido por contato direto, por inalação de gotículas de secreção respiratória ou de aerossóis nos quais se encontram os vírus liberados das lesões cutâneas.

O período de incubação varia de 10 a 21 dias após o contágio. A transmissão da doença para outros indivíduos susceptíveis ocorre de 1 a 2 dias antes do aparecimento das vesículas e até 6 dias após, enquanto houver sinais de lesões úmidas. Os sintomas da varicela incluem febre e erupções de pele que começam como máculas, evoluindo para vesículas e, posteriormente, crostas. As lesões predominam na cabeça, face e tronco e são acompanhadas de mal-estar, inapetência e prurido.

A varicela é uma doença autolimitada, ou seja, normalmente evolui sem complicações para o doente, que se recupera em cerca de duas semanas. Ainda assim, oferece alguns riscos que não podem deixar de ser considerados. Durante o episódio de varicela, os indivíduos chegam a apresentar 250 a 500 vesículas, favorecendo a contaminação por bactérias, principalmente quando as lesões são coçadas com unhas sujas ou cobertas por talcos, pasta d'água e outras substâncias. Assim, os doentes devem ser orientados para não coçar as feridas, a manter as unhas bem cortadas e a tomar banhos frios para aliviar o mal-estar provocado pelo prurido, promovendo sua higiene.

A infecção primária causa a doença e posteriormente o agente infeccioso pode permanecer latente nos gânglios nervosos próximos à medula espinhal que, se reativado, causa o herpes zoster.

Comumente, o diagnóstico da doença é feito com base nos sintomas e sinais apresentados pelo doente, sem a necessidade de pesquisa específica do vírus na corrente sanguínea. O tratamento é sintomático, enfatizando-se as medidas de alívio do prurido, higiene corpórea e restringindo-se a circulação do doente para evitar novos casos.

Além dessas ações, a vigilância deve tentar identificar os contatos. Nos casos de surtos institucionais não mais se recomenda esvaziar enfermarias ou suspender aulas nas escolas.

4.1.13 Raiva humana

A raiva humana é uma doença extremamente preocupante para os serviços de saúde, pois é 100% letal. A Índia é a região que apresenta mais casos, seguida pela África, América e Europa.

É causada por vírus e transmitida ao homem por intermédio da saliva, por ocasião de mordidas, arranhões ou lambeduras de ferimentos ou mucosas por animais infectados, doentes ou não, dentre os quais se incluem cães, gatos, macacos e outros primatas, morcegos e bovinos.

Após a inoculação pela saliva, o vírus multiplica-se na área da agressão, invadindo as terminações nervosas locais e difundindo-se pelos neurônios até o sistema nervoso central. Ao chegar ao cérebro, produz uma reação inflamatória causando meningoencefalite, reproduzindo-se e levando ao agravamento do quadro. Do cérebro, o vírus volta a circular, atingindo as glândulas salivares, reiniciando a possibilidade de transmissão.

O período de incubação é muito variável e imprevisível, os sintomas podem aparecer em menos de uma semana até 1 ano ou mais (em média, 45 dias) no homem; e em 10 dias a dois meses, no cão. O doente relata diminuição da sensibilidade no local da lesão e queixa-se de mal-estar geral, dor, cefaléia e febre. Com o agravamento do quadro, ocorrem crises convulsivas, excitabilidade diante de estímulos luminosos ou sonoros, dilatação das pupilas e sudorese. A sialorréia está presente e a deglutição é prejudicada por espasmos da musculatura da faringe e do esôfago.

Na evolução do quadro, segue-se a paralisia progressiva dos músculos, podendo levar ao coma e óbito. O diagnóstico é feito por meio do isolamento do vírus na saliva ou no esfregaço da córnea.

Todos os casos suspeitos de raiva devem ser investigados e notificados e todo caso de agressão por animal transmissor da doença deve ser acompanhado adotando-se as medidas de acordo com as normas e orientações do sistema de vigilância.



Herpes zoster – doença infecciosa causada pelo vírus da varicela, que se caracteriza por erupções vesiculares (pequenas bolhas) dolorosas ao longo da distribuição nervosa de um ou mais gânglios. Acontece principalmente pessoas com imunodepressão.



A síndrome da varicela congênita pode gerar distúrbios neurológicos, oculares e anomalias esqueléticas no recém-nascido, causando a morte em 30% dos casos.

Já existem vacinas capazes de prevenir a varicela. No Brasil, em situações especiais, são utilizadas pelos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIEs (Anexo I).



Os Centros de Referência para Imunobiológicos (CRIEs) caracterizam-se por possuir imunobiológicos indicados para aqueles indivíduos que, por condições clínicas específicas, não podem fazer uso dos rotineiramente ofertados nos serviços de saúde.



Bioteristas – são trabalhadores de biotérios, ou seja, viveiros de animais (cobras, ratos, cães) ou plantas, utilizados para fins de pesquisas científicas.

A melhor forma de prevenir a ocorrência de agravo tão sério é a imunoprofilaxia, realizada nos animais e nos humanos.

Todos os profissionais que manipulam animais transmissores da raiva durante a execução de suas atividades, e portanto correm riscos de mordedura, devem ser vacinados, como veterinários, bioteristas, funcionários de jardins zoológicos, integrantes da Defesa Civil, carteiros, garis e visitantes domiciliares de todas as espécies. Dependendo do tipo de agressão, pode ser prescrito o soro anti-rábico. Ressalte-se que a prescrição de vacina anti-rábica e de soro anti-rábico segue critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O controle da doença envolve ações para restringir o número de animais vadios, que devem ser recolhidos para abrigos adequados. No meio rural, estimula-se a identificação de criadouros de morcegos (churrasqueiras e casas abandonadas, carvoarias e olarias desativadas), para que possam ser destruídos. Nos locais onde é comum as pessoas conviverem em grandes áreas verdes, as equipes de saúde devem orientá-las quanto ao risco de serem agredidas por micos e macacos.



4.2 Doenças veiculadas pela água e por alimentos

Algumas doenças são transmitidas ao homem pelo consumo de alimentos e água contaminados por microrganismos. Embora a ocorrência de algumas dessas doenças seja muito comum, é importante desenvolver atividades de vigilância para controlar e prevenir sua evolução para formas mais graves nos indivíduos acometidos. Uma vez que os alimentos e a água contaminados podem ser consumidos por várias pessoas ao mesmo tempo, acometendo grandes parcelas da população num mesmo período, tal fato pode gerar sérios problemas para a saúde coletiva.

No que se refere às ações desenvolvidas pelas equipes de saúde nas unidades assistenciais, a ocorrência de casos de doenças veiculadas pela água e alimentos contaminados irá desencadear atividades ligadas à prevenção de novos casos e atenção aos indivíduos já doentes, pois quanto mais cedo forem identificados e tratados melhor será o prognóstico, diminuindo o risco de transmissão para outras pessoas.

A existência de doenças transmissíveis veiculadas por água e alimentos contaminados sinaliza um problema a ser superado — o desencontro das ações de outros setores de políticas públicas não diretamente ligados à promoção da saúde e prevenção das doenças. Portanto, a notificação dos casos de doenças desse tipo é útil para indicar onde os órgãos responsáveis pelo saneamento básico, recolhimento do lixo, fornecimento de água e coleta e tratamento de esgoto, por exem-



Prognóstico – é a expectativa que se mantém em relação ao estado de saúde de um indivíduo ou a uma determinada situação.

plo, podem e devem atuar junto aos responsáveis pela assistência à saúde, garantindo, assim, melhores expectativas para a saúde da população beneficiada com a integração de suas ações.

Ao auxiliar de enfermagem compete fornecer orientações de medidas simples, em sua maioria relacionadas aos cuidados no preparo dos alimentos, higiene individual e do meio ambiente, objetivando maior amplitude da prevenção e controle das doenças.

4.2.1 Hepatite A

A hepatite A é um dos tipos de hepatite cuja incidência vem aumentando progressivamente, em virtude das precárias condições de higiene e saneamento básico existentes em muitas cidades brasileiras. Sua ocorrência é também observada em instituições fechadas, como quartéis, creches e escolas - cuja fonte de água é comum -, bem como na preparação dos alimentos. Nos países em desenvolvimento, as crianças e jovens são a faixa etária mais acometida por essa doença.

A transmissão ocorre pelo contágio fecal-oral, isto é, pela ingestão de água e alimentos contaminados pelas fezes de doentes. Após a entrada do vírus causador da hepatite A (HAV) no organismo, a doença pode manifestar-se entre 15 e 45 dias, em média, 30 dias.

A forma com que o vírus da hepatite A afeta as funções do fígado é semelhante à descrita para a hepatite B. As manifestações clínicas caracterizam-se por grande variabilidade, podendo ser inespecífica como um quadro gripal ou se apresentar com sinais e sintomas de mal-estar, cefaléia, febre, artralgias (dores articulares), náuseas, vômitos e inapetência – podendo também ocorrer dor abdominal, icterícia, fezes acólicas e colúria. O fígado e o baço podem estar aumentados (hepatomegalia e esplenomegalia, respectivamente). Na fase de convalescença, há melhora gradual do quadro clínico e os sintomas tendem a desaparecer.

O diagnóstico da hepatite é feito com base no exame clínico, na avaliação das provas sangüíneas de função hepática e na identificação dos marcadores sorológicos para hepatite, exame que permite identificar o tipo e estágio da hepatite apresentada pelo indivíduo.

O tratamento da hepatite A é sintomático, prescrevendo-se repouso relativo e dieta pobre em gorduras até a melhora do quadro, e a reversão das alterações nas provas de função hepática.

Após a notificação de um caso, deve-se preencher a ficha de investigação epidemiológica para a coleta de dados. As vigilâncias epidemiológica e sanitária devem trabalhar conjuntamente na tentativa de identificar a possível fonte de infecção relacionada com o ambiente e os alimentos, principalmente quando ocorrem em frequência aumentada, ocasionando um surto.



Os serviços de vigilância sanitária são responsáveis pela fiscalização dos estabelecimentos em que há manipulação de alimentos (restaurantes, padarias, supermercados, bares, lanchonetes, barraquinhas de alimentos na rua e nos *shoppings*).



Você sabia que existem leis que garantem que o consumidor conheça a cozinha do restaurante que frequenta? Já visitou a cozinha de um desses locais na sua cidade? Experimente e verá que esta é uma ótima oportunidade para se avaliar o preparo e a conservação dos alimentos que consumimos.



As provas de função hepática são testes realizados para avaliar a quantidade de substâncias produzidas pelo fígado. Quando essas substâncias, normalmente presentes na corrente sanguínea, estão aumentadas ou diminuídas, isto representa indicio de distúrbios da função hepática.



A dieta para os doentes de hepatite deve ser pobre em gorduras e rica em carboidratos, pois o fígado não será sobrecarregado pela necessidade de degradar os alimentos ricos em gorduras. Além disso, a recuperação ocorre mais rapidamente, em função do aporte calórico fornecido pelos carboidratos.



O choque hipovolêmico que ocorre na febre tifóide acontece quando há grandes perdas de sangue, reduzindo, assim, a quantidade de sangue circulante. Como sinais característicos, destacamos: sudorese, ansiedade, taquifigmia (pulso rápido), hipotensão.

Os doentes devem receber orientação de como evitar a disseminação do vírus, aprendendo a lavar as mãos após o uso do vaso sanitário e a higienizar adequadamente as instalações sanitárias com desinfetante à base de hipoclorito de sódio a 1% (água sanitária).

Diante de um surto ou epidemia, deve-se proceder a investigação epidemiológica e tomar medidas de acordo com o sistema de vigilância epidemiológica.

4.2.2 Febre tifóide

A incidência de febre tifóide está muito associada às condições de saneamento e hábitos individuais. Está praticamente erradicada em países que superaram problemas relacionados à higiene pessoal e ambiental. No Brasil, persiste de forma endêmica, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, onde as condições de vida são precárias. Transmite-se pela água e alimentos, especialmente leite e derivados contaminados com fezes e urina de paciente ou portador que contêm a bactéria *Salmonella typhi*.

A contaminação ocorre pela manipulação do alimento por portadores ou indivíduos com diagnóstico ainda não confirmado. A exposição do alimento a temperaturas frias não destrói a bactéria. Dessa forma, sorvetes e outros alimentos guardados em geladeiras também podem ser veículos de transmissão.

Após a ingestão de alimentos contaminados, a *S. typhi* invade a mucosa digestiva, atingindo os linfonodos regionais e a corrente sanguínea. Como proliferam em grande quantidade, muitas bactérias continuam a ser eliminadas pelas fezes. Os sintomas surgem, em média, em duas semanas. O indivíduo apresenta aumento do baço (esplenomegalia), falta de apetite (inapetência/anorexia), bradicardia, manchas rosadas no tronco, obstrução intestinal ou diarreia, tosse seca e febre alta.

A doença pode ser transmitida enquanto houver bactérias sendo eliminadas pelas fezes ou urina, o que pode acontecer desde a primeira semana da manifestação da doença até a convalescença. Cerca de 10% dos pacientes continuam eliminando a bactéria durante três meses após o início da doença. Aproximadamente, 5% dos doentes tornam-se portadores após a cura, podendo continuar a transmitir a *S. typhi* por muito tempo.

O tratamento da febre tifóide é realizado com o uso de antibióticos e sulfas, após o diagnóstico, que pode ser feito por hemocultura, coprocultura ou urinocultura. Tais exames procuram identificar o crescimento de colônias de bactérias existentes no sangue, fezes ou urina em ambiente especialmente preparado.

A equipe de enfermagem que assiste ao indivíduo acometido pela febre tifóide deve orientá-lo quanto à importância do aumento da ingestão de líquidos, para prevenir a desidratação, e quanto aos sinais de complicações intestinais - como a hemorragia intestinal, que pode levar ao choque hipovolêmico. Ressalte-se que a pior complicação é a hemorragia intestinal ocasionada por perfuração intestinal.

Para evitar a propagação da febre tifóide, deve-se, após a limpeza com água e sabão, realizar a desinfecção dos objetos nos quais se depositaram excreções (vasos sanitários, urinol, comadre/compadre, patinho), sendo também fundamental o tratamento adequado dos dejetos. Os portadores, uma vez identificados pelos exames, devem ser tratados e afastados da manipulação de alimentos.

A transmissão pela água pode ser evitada mediante regular análise bacteriológica nos reservatórios de distribuição, de modo a garantir água de boa qualidade à população; a transmissão por alimentos pode ser prevenida pela atenção à sua preparação, distribuição e armazenamento.

Como ações de educação em saúde, os hábitos de higiene pessoal precisam ser destacados, principalmente a lavagem correta das mãos, que deve ser especialmente incentivada entre os manipuladores de alimentos e pessoas que trabalham diretamente com pacientes e crianças.

A vacina contra a febre tifóide não é eficaz, pois não possui alto poder de estímulo sobre as defesas do organismo, tendo imunidade de curta duração. Pode, porém, ser indicada para trabalhadores que lidam com esgotos e indivíduos que vivem em áreas onde há alta incidência da doença.

4.2.3 Cólera

No Brasil, a introdução da cólera iniciou-se na região Norte, seguindo o curso do Rio Solimões/Amazonas e seus afluentes, já que o transporte local é feito principalmente por barcos. Em seguida, a doença surgiu nas regiões Nordeste e Sudeste, como decorrência do deslocamento das pessoas.

A cólera é causada por uma bactéria, o vibrião colérico (*Vibrio cholerae*), transportada pela água e por alimentos contaminados, principalmente quando consumidos crus ou mal cozidos.

Com a ingestão do alimento contaminado, a bactéria penetra no organismo e a doença pode manifestar-se em algumas horas ou em até cinco dias. Basicamente, a bactéria adere à mucosa intestinal produzindo uma enterotoxina que bloqueia a absorção de água e de outros eletrólitos importantes para o funcionamento do organismo. Além disso, aumenta a excreção intestinal, fazendo com que o indivíduo contaminado tenha diarreia do tipo “água de arroz”, vômitos, dor abdominal e, nas formas graves, câibras (devido à perda de potássio), choque



Enterotoxina – é um tipo de toxina que age no intestino.

hipovolêmico e desidratação, em consequência da grande quantidade de líquido eliminado pelos vômitos e diarreia, podendo ainda haver comprometimento dos rins.

Enquanto perdurar a eliminação da bactéria pelas fezes - o que pode ocorrer por cerca de 20 dias - a doença continuará a ser transmitida.

As medidas de controle da cólera consistem na ingestão de água de boa qualidade, destino adequado aos dejetos e lixo, desenvolvimento de ações de educação em saúde e controle da higiene dos alimentos e da entrada de possíveis indivíduos portadores pelos portos, aeroportos e fronteiras.

As fezes dos doentes hospitalizados devem ser tratadas com hipoclorito de sódio a 1% (por 10 minutos), antes de serem lançadas ao esgoto.

O diagnóstico é feito com base nos critérios clínicos e realização de coleta de material do intestino grosso para identificação da bactéria nas fezes.

Para reduzir-se o risco de transmissão, faz-se importante adotar medidas de higiene pessoal, alimentar e ambiental. No caso de surtos da doença, as medidas de prevenção e controle devem ser intensificadas, procurando-se identificar as fontes de contaminação e implementar tratamento adequado.



A redução da transmissão da doença ocorre pela ação conjunta das vigilâncias epidemiológica e sanitária.

4.3 Doenças transmitidas por vetores

A ocorrência dessas doenças é bastante elevada em nosso país, algumas delas endêmicas em determinadas regiões. Seu controle ainda é um desafio tanto para os responsáveis pela vigilância epidemiológica como para as equipes de saúde das unidades assistenciais, pois são muitos os determinantes envolvidos na sua incidência, ganhando importância especial os associados ao desequilíbrio ambiental - quase sempre decorrente das intervenções do homem nas condições naturais.

A ocupação desordenada das cidades, com desmatamento de grandes áreas verdes, poluição das águas e acúmulo de lixo em locais sem saneamento, cria condições favoráveis à multiplicação de insetos e ratos, animais nocivos ao homem.

A contaminação das águas com determinadas substâncias provoca a extinção de predadores naturais de caramujos e larvas, facilitando sua reprodução e aumentando, para o homem, o risco de exposição.

Dentre essas doenças, destacaremos algumas que merecem nossa atenção especial, por sua importância coletiva e frequência com que ocorrem.

4.3.1 Dengue

A dengue, atualmente, é considerada sério problema de saúde pública, principalmente nos países tropicais, pois as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do vetor.



A Constituição garante ao cidadão o direito de ser assistido em suas múltiplas necessidades, mas este precisa estar consciente de sua responsabilidade na busca por melhores condições de vida.

Seu agente infeccioso é o vírus da dengue, que pode ser dos tipos 1, 2, 3 ou 4, e seu vetor é o mosquito *Aedes aegypti*. Após a penetração do vírus, a doença pode manifestar-se de 3 a 15 dias, em média, de 5 a 6 dias. A presença do vírus no organismo estimula a produção de anticorpos e o deslocamento de células de defesa. Ao ser capturado pelos monócitos, o vírus neles se multiplica e os destrói, produzindo alterações nos vasos sanguíneos e promovendo a destruição periférica de plaquetas, células fundamentais para o processo de coagulação.

O diagnóstico da dengue pode ser feito clínica ou laboratorialmente, por meio de exames de sangue que detectam o vírus ou os anticorpos produzidos no processo de defesa do organismo.

A doença pode apresentar-se sob as formas de dengue clássica ou hemorrágica:

- dengue clássica – tem duração de cinco a sete dias, provocando febre de 39°C a 40°C, cefaléia, dor muscular (mialgia), prostração, dor nas articulações (artralgia) e na região retroorbitária (atrás dos olhos), náuseas e vômitos. Podem ocorrer pequenas manifestações hemorrágicas, como petéquias, *epistaxe* e gengivorragia;
- dengue hemorrágica – os sintomas iniciais assemelham-se aos da dengue clássica, porém evoluem rapidamente para manifestações hemorrágicas mais intensas, como sangramento gastrointestinal (melena, hematêmese e enterorragia), além de hepatomegalia e insuficiência circulatória.

O tratamento para a dengue consiste na administração de antitérmicos e analgésicos, exceto os derivados do ácido acetilsalicílico (AAS), pois oferecem o risco de causar sangramento. A hidratação oral e/ou venosa deve ser administrada de acordo com cada caso.

Para a detecção precoce de sinais de hemorragia, alguns sinais de alerta devem ser observados, tais como dor abdominal, vômitos, hepatomegalia, hipotensão arterial, oligúria e letargia (sonolência). Uma vez instalado esse quadro, é fundamental a adoção de medidas urgentes de hidratação venosa, o que requer hospitalização.

Todo caso suspeito deve ser notificado ao serviço de vigilância mais próximo. As ações do auxiliar de enfermagem consistem em orientar a comunidade quanto à importância do saneamento básico e das medidas de prevenção e controle, que consistem em não deixar água parada em garrafas, pneus ou vasos de plantas, por se tratarem de locais de proliferação do vetor.

4.3.2 Leptospirose

Doença grave, que exige severas medidas de controle, pois causa sérios prejuízos à saúde dos indivíduos e à economia, haja vista originar elevados custos sociais e hospitalares e exigir longo tempo de afastamento



Popularmente, a dengue é conhecida como febre “quebra-ossos”.



Epistaxe – sangramento que ocorre pelas narinas.



Cabe ressaltar a importância do trabalho realizado pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que responde pela aplicação de medidas de controle mais urgentes, que consistem na destruição de criadouros do *Aedes aegypti* com a aplicação de larvicidas.



De 1985 a 1997, foram notificados no Brasil 35.403 casos da doença.



Que cuidados devemos ter ao beber líquidos (cerveja, refrigerantes, água, suco, chá) diretamente de latas, garrafas ou recipientes plásticos armazenados em estoques?

do trabalho. Ocorre principalmente nos períodos de chuva, quando pessoas que moram em comunidades com saneamento precário têm suas casas invadidas pelas águas de rios ou valas contaminadas com a bactéria.

A *Leptospira interrogans*, bactéria causadora da leptospirose, encontra-se normalmente nos rins do rato, seu reservatório natural, que a elimina viva por meio da urina no meio ambiente — água das chuvas ou alimentos. Outra forma de contágio é o contato direto com embalagens de produtos comercializados em lugares onde possa haver ratos. A transmissão raramente ocorre de pessoa a pessoa.

A bactéria penetra no organismo pelas lesões da pele, mucosas (da boca, nariz e olhos) ou pela pele íntegra se o período de imersão na água for demorado. A partir daí, a *L. interrogans* chega à corrente sanguínea e pode atingir o líquido cefalorraquidiano, sem causar reação inflamatória. As manifestações clínicas importantes surgem após o aumento da quantidade de bactérias circulantes.

A doença pode manifestar-se no prazo de 1 a 20 dias. Seus sintomas são febre, mal-estar geral e cefaléia, podendo aparecer ou não icterícia. A forma anictérica (sem icterícia) afeta 60% a 70% dos casos e dura de um até vários dias. O doente apresenta febre, dor de cabeça, dor muscular (principalmente nas panturrilhas), falta de apetite, náuseas e vômitos. A forma icterica evolui para uma doença renal grave, problemas hemorrágicos, alterações vasculares, cardíacas e pulmonares, causadas por glicolipoproteínas e toxinas, produtos degradados da *Leptospira*. A icterícia tem início entre o terceiro e o sétimo dia da doença.

O diagnóstico pode ser feito com base em análise clínica, com confirmação laboratorial por meio de exame de sangue. Recomenda-se que a pesquisa laboratorial da *L. interrogans* seja realizada pelo menos em duas ocasiões: no início e após a quarta semana da doença.

Todos os casos suspeitos devem ser comunicados aos serviços de saúde.

O controle da leptospirose exige a adoção de medidas como utilização de água de boa qualidade, controle da população de roedores, proteção aos trabalhadores expostos à urina de rato durante a execução de suas atividades (garis, agricultores, bombeiros) e armazenamento correto de alimentos, em locais livres de roedores. Os dejetos dos doentes hospitalizados devem ser tratados com ácido bórico, antes de lançados ao esgoto.

4.3.3 Malária

A malária é causada por um protozoário do gênero *Plasmódio*, transmitido pelo mosquito do gênero *Anopheles*, que após contaminado permanece infectante por toda a sua existência. No Brasil, é uma das mais importantes doenças parasitárias.

A maior parte dos casos atinge extensa área da Amazônia Legal, considerada área endêmica da doença em virtude de o mosquito vetor procriar em água e o fato de a região Amazônica possuir a maior bacia hidrográfica do mundo, alimentada por chuvas torrenciais. Além disso, nessa área há grande desigualdade social e muitas pessoas vivem em condições de extrema pobreza, o que influencia a distribuição da doença. Na busca por melhores condições de vida e de saúde, essa população realiza intensos movimentos migratórios, possibilitando a contaminação por focos de *Anopheles* em outras regiões da Amazônia e do país.

As fêmeas do mosquito são hematófagas, ou seja, alimentam-se de sangue humano ou animal, que podem conter plasmódios. A maioria delas alimenta-se ao anoitecer ou nas primeiras horas da noite. Ao picar a pele de uma pessoa, injetam a saliva com efeito anticoagulante, atingindo os pequenos vasos capilares. Juntamente com a saliva, é inoculado o parasito que, pelo sangue, chega ao fígado, penetrando nas células hepáticas (hepatócitos) - onde os plasmódios se multiplicam durante alguns dias sem causar dano ou produzir sintomatologia. Do fígado, milhares de larvas em forma de anel retornam à circulação sanguínea invadindo as hemácias; dentro delas, crescem e se multiplicam, desencadeando o processo que irá provocar as manifestações clínicas.

A malária também pode ser transmitida pelo sangue de pessoas infectadas por meio de injeção, transfusão de sangue ou uso compartilhado de seringas e agulhas - no caso de usuário de drogas injetáveis.

Uma vez infectado, o indivíduo apresenta febre, cefaléia, náuseas, vômitos, astenia, fadiga. Os sintomas iniciam-se com uma sensação súbita de frio, que dura de 15 a 60 minutos, fazendo com que os lábios fiquem cianosados (arroxeados). Podem ocorrer crises convulsivas, especialmente em crianças. Em seguida, há uma sensação de calor que pode durar de duas a seis horas. O paciente começa a sentir-se quente, sua face fica ruborizada, seu pulso, forte, sua pele, seca e quente. A cefaléia é intensa. A temperatura do corpo pode alcançar 40° C ou mais. Alguns enfermos podem apresentar delírios. Quando a febre cede, o doente tem a sensação de alívio e tranqüilidade. Com a multiplicação dos plasmódios nas hemácias, estas se rompem, causando anemia intensa.

O início dos sintomas varia de acordo com a espécie do plasmódio: se *P. vivax*, surgem em torno de 14 dias; se *P. falciparum*, em cerca de 12 dias e se *P. malariae*, 30 dias. A febre da malária ocorre em episódios intermitentes e varia de acordo com o plasmódio causador da doença. Assim, nos casos de malária decorrente de infecção pelos plasmódios *vivax*, *ovale* e *falciparum*, a febre acontece em intervalos de um dia. Já em infecções pelo *P. malariae*, o intervalo para o aparecimento de novo episódio de febre é de dois dias. Ao se manifestar, a febre pode durar de 2 a 6 horas, desaparecendo por 2 a 3 horas, reduzindo-se os episódios até seu desaparecimento.

Os sintomas podem ser leves, moderados, graves ou, até mesmo, de urgência. Dependem da duração da febre, dos sintomas gerais, do nível de parasitas no sangue e da intensidade da anemia.



A malária também é conhecida como febre palustre, maleita, paludismo ou impaludismo, febre intermitente, febre terçã benigna, febre terçã maligna, febre quartã, sezão, tremedeira, bateadeira ou simplesmente febre.

No Brasil, os mosquitos anofelinos são também conhecidos como pernilongo, muriçoca, carapanã, sovela, mosquito-prego ou simplesmente mosquito.



Inoculação – é a introdução do agente infeccioso na corrente sanguínea, pela picada do mosquito.



A malária causa grandes prejuízos à população economicamente ativa, pois afasta o indivíduo de seu trabalho, afetando seu rendimento e, conseqüentemente, sua sobrevivência e a de sua família.



Casas de pau-a-pique - são casas feitas de barro prensado, sustentado por ripas de madeira ou bambu.

Considerando-se a possibilidade de comprometimento das funções hemodinâmicas dos indivíduos acometidos pela malária, é importante monitorar os sinais de agravamento do quadro de anemia - dores articulares, dificuldade para respirar, fraqueza e tonturas - e instituir oxigenoterapia para evitar anóxia dos tecidos.

O auxiliar de enfermagem também deve observar e relatar sinais de sangramento, pois a malária pode interferir no processo de coagulação. Deve-se oferecer ao paciente líquidos em grande quantidade, visando prevenir a desidratação, e administrar medidas de alívio da febre - além de supervisionar a administração dos antitérmicos e do medicamento específico para a malária.

O diagnóstico clínico pode ser feito com base na ocorrência de febre intermitente, anemia e esplenomegalia, além da observação da procedência ou local de residência do infectado em área endêmica. O tratamento consiste na administração do medicamento cloroquina, que destrói os plasmódios.

Nas regiões não-endêmicas todo caso suspeito ou confirmado deve ser investigado, com vistas à aplicação rápida de tratamento e prevenção de surtos, se constatada a presença de vetores na área.

As medidas de controle mais importantes a serem tomadas são: estabelecimento de diagnóstico rápido; controle do vetor; detecção rápida de epidemias, a fim de prontamente combatê-las; reavaliação constante da situação da malária na área onde há ocorrência de casos.

4.3.4 Doença de Chagas

A doença de Chagas é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, transmitido por insetos do gênero dos triatomídeos, especificamente o *Triatoma infestans* ou *Triatoma brasiliensis*, popularmente conhecidos como barbeiros ou chupões, que constroem suas tocas nas paredes das casas feitas de pau-a-pique. Uma vez infectado, o barbeiro transmitirá o *T. cruzi* por toda a sua existência.

No Brasil, há extensa área territorial com grande incidência de casos, abrangendo desde o Maranhão até o Rio Grande do Sul, destacando-se os estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Goiás, Sergipe e Bahia como os de maior prevalência.

A transmissão também pode ocorrer pelo sangue de pessoas infectadas, por meio de injeção, transfusão de sangue ou uso compartilhado de seringas e agulhas - no caso de usuário de drogas injetáveis. É possível, ainda, ocorrer transmissão pela placenta ou leite materno.

Os sintomas iniciais variam de acordo com a fase da doença, que pode ser aguda ou crônica. A forma aguda costuma manifestar-se cerca de 5 a 40 dias após a infecção, sendo diagnosticada pelo exame da gota espessa, que identifica a presença do parasita na corrente sanguínea periférica. Caracteriza-se por febre pouco elevada, mal-estar geral,

cefaléia, fraqueza, edema no local da inoculação, aumento de gânglios cervicais. Pode haver miocardite aparente, detectada apenas durante a realização de eletrocardiograma. Às vezes, é possível perceber o local de entrada do parasita por dois sinais: o sinal de Romanã, que é ocular, com edema palpebral bilateral e conjuntiva avermelhada, ou o chagoma de inoculação, que é cutâneo, parecido com um furúnculo sem pus.

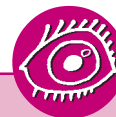
A doença de evolução crônica pode demorar anos para se manifestar e apresentar-se sob as formas indeterminada, cardíaca e digestiva, sendo esta última a mais freqüente e grave.

- forma indeterminada – segue-se à fase aguda, podendo consistir simplesmente em uma infecção assintomática que persiste por toda a vida ou retornar apenas décadas mais tarde, instalando-se de forma crônica;
- forma cardíaca – é a principal causa de limitação e morte entre os doentes chagásicos. Pode apresentar-se de modo assintomático, com alterações perceptíveis apenas durante a realização de eletrocardiograma, ou mesmo como insuficiência cardíaca progressiva. Seus sinais e sintomas podem ser palpitação, falta de ar, dor precordial, tontura, desmaios, dentre outros. Quando um doente, nessa fase, realiza exames de raios X de tórax, geralmente o coração se revela aumentado como um todo, o que é chamado de cardiomegalia chagásica;
- forma digestiva – caracteriza-se por alterações na motilidade e forma do trato digestivo. As manifestações mais freqüentes são o aumento do esôfago (megaesôfago) e do cólon (megacólon). Os sinais e sintomas do megaesôfago são: dificuldade para engolir, regurgitação, dor epigástrica, dor torácica, soluço, excesso de salivação e emagrecimento; os sinais e sintomas do megacólon incluem constipação intestinal, distensão abdominal, meteorismo e fecaloma.

O diagnóstico da doença de Chagas é feito com base em critérios clínicos, sendo indispensável a realização de exames complementares que permitam identificar a presença do parasita na corrente sanguínea ou de anticorpos produzidos pela defesa do organismo. As formas crônicas são diagnosticadas com o auxílio de exames mais específicos, como radiografias e eletrocardiogramas.

Na fase aguda, o tratamento da doença de Chagas consiste na administração de antiparasitários, como o benzonidazol, utilizados para reduzir a quantidade de parasitas na corrente sanguínea. Na fase crônica, é importante garantir o acompanhamento clínico das manifestações das formas da doença de Chagas nos pacientes, diminuindo, assim, o risco de desenvolverem complicações.

Na presença de um portador da doença de Chagas, cabe à equipe de enfermagem monitorar as queixas do mesmo, buscando relacioná-las às formas de apresentação da doença. Quanto antes se fizer a detecção, melhor será o prognóstico.



A doença de Chagas é também conhecida como tripanossomiase americana por ser uma parasitose exclusiva do continente americano.



Miocardite - inflamação do músculo cardíaco.



O exame da gota espessa consiste na verificação da presença ou não de protozoários no sangue periférico, colhido por picada na ponta do dedo e depositado em lâmina própria para a realização do exame.



Meteorismo – são os sons provenientes do tubo gastrointestinal, devido ao peristaltismo aumentado.



Doentes chagásicos - é a denominação dada aos indivíduos que apresentam o tripanossoma no organismo, independentemente de apresentarem ou não a doença.



Eclosão - é o rompimento dos ovos.

Todos os casos agudos suspeitos devem ser imediatamente notificados aos órgãos responsáveis, para orientação quanto às providências a serem tomadas, de acordo com o sistema de vigilância epidemiológica. Segundo norma do Ministério da Saúde, os casos suspeitos ou confirmados de doença de Chagas em fase crônica não precisam ser obrigatoriamente notificados.

É importante tentar controlar a população de insetos vetores, tanto os triatomídeos como os de outros gêneros e espécies cuja existência tem sido ultimamente relacionada à transmissão do *Trypanosoma cruzi* ao homem.

4.3.5 Esquistossomose mansônica

A esquistossomose mansônica é causada pelo parasita *Schistosoma mansoni*, cujo vetor é o caramujo do gênero *Biomphalaria*, encontrado em todo o Brasil e presente em águas de rios, lagos e outras fontes de água doce.

O ciclo compreende duas fases - uma dentro do caramujo; outra, dentro do homem -, que podem ser assim resumidas: os ovos do esquistossoma são eliminados pelas fezes do homem infectado na água ou próximo às fontes de água doce. Na água, eles eclodem, momento em que são liberadas as larvas, chamadas de miracídios, que infectam o caramujo. Este, após quatro a seis semanas, torna a eliminar o parasita sob a forma de cercária, que infectará as pessoas que tomarem banho nas fontes de água ou que andarem descalças nas margens dessas fontes.

Após a infecção, o indivíduo demora cerca de duas a seis semanas para manifestar os primeiros sintomas - e continuará a eliminar os ovos de esquistossoma pelas fezes desde a quinta semana até anos após ter sido infectado.

As manifestações podem nunca ocorrer, como acontece com a maioria dos indivíduos infectados pelo *Schistosoma mansoni*, ou podem apresentar-se basicamente sob três formas:

- dermatite cercariana - acontece no período e local de introdução da cercária no organismo. Devido à reação alérgica, apresentará edema, vermelhidão, erupções, prurido, podendo durar até 5 dias após a infecção;
- esquistossomose aguda ou febre de Katayama - ocorre de três a sete semanas após a entrada do agente infeccioso. Caracteriza-se por febre, perda de apetite, dor abdominal e cefaléia, podendo haver ainda diarreia, náuseas, vômitos e tosse seca;
- esquistossomose crônica - manifesta-se, geralmente, em torno de seis meses após a infecção. É caracterizada por comprometimentos, mais ou menos severos, das funções intestinais, de acordo com a quantidade de parasitas presentes no organismo. Varia desde a queixa de diarreia com muco e sangue até o rompimento de varizes do esôfago e hipertensão dos vasos do fígado, levando à ascite. Em estágios mais avançados, pode haver com-



Eosinofilia – é o aumento anormal da quantidade de eosinófilos (tipo de células brancas ou leucócitos) na corrente sanguínea.

prometimento pulmonar, cardíaco e até mesmo cerebral, afetando progressivamente as capacidades do indivíduo.

O diagnóstico da esquistossomose é feito com base em critérios clínicos e epidemiológicos, sendo complementado com a realização de exames, como a pesquisa de parasitas nas fezes, pelo método de Kato-Katz. A presença de eosinofilia no hemograma realizado na fase aguda também sugere infecção por esquistossomose.

O tratamento da esquistossomose é importante, pois reduz a carga de parasitas nos indivíduos infectados e previne as complicações da doença. Por isso, quanto mais cedo for iniciado, melhor. Para tanto, utiliza-se antiparasitários, preferencialmente o oxamniquine. Os cuidados de enfermagem são voltados para o alívio dos sintomas, principalmente a febre e as manifestações digestivas, por meio de repouso, hidratação, observação da aceitação da dieta e manutenção de ambiente tranquilo.

Assim como em outras doenças cuja cronicidade pode refletir-se em complicação do estado geral do cliente, a equipe de enfermagem deve estar atenta a sinais de comprometimento como melena, pulso fraco, palidez, que indicam hemorragia. Caso sejam observados, o doente deve ser encaminhado para acompanhamento especializado e intervenções mais invasivas, como cura cirúrgica de varizes esofagianas.

O controle da esquistossomose exige o quanto antes investigação e diagnóstico dos casos suspeitos. As condições de saneamento das regiões endêmicas devem ser sempre melhoradas, procurando-se diminuir a exposição do homem ao vetor através do controle da população de caramujos pelo tratamento das águas com produtos químicos.

É importante a participação da população no debate de modos de vida que diminuam a possibilidade de transmissão do parasita, tais como a construção de fossas e sanitários longe de fontes de água doce consumível.

4.4 Doenças causadas por ectoparasitas

Embora não sejam de notificação compulsória, a escabiose e a pediculose são doenças transmissíveis que ganham destaque pela frequência com que acometem grandes grupos de pessoas, determinando, assim, a necessidade de intervenção e de prestação de assistência e cuidados.

Geralmente, ocorrem por inadequadas condições de higiene, presentes em ambientes com condições sanitárias ou de higiene pessoal desfavoráveis.

4.4.1 Escabiose

A escabiose, também conhecida como sarna, é uma doença muito comum em ambientes onde as pessoas convivem aglomeradas, nos quais é difícil controlar as condições de higiene.

É causada por um microrganismo chamado *Sarcoptes scabiei*, que, ao colonizar a pele do indivíduo afetado, se multiplica principalmente nas regiões de dobras de pele, como cotovelos, virilhas, entre os dedos, axilas, causando intenso prurido e descamação. Muitas vezes, a coceira leva o indivíduo a produzir lesões ainda maiores, que podem até ser infectadas por outros microrganismos, tamanha sua intensidade.

O diagnóstico considera principalmente os sintomas apresentados e o tratamento consiste em aplicação tópica de soluções de benzoato de benzila.

Ao acompanhar um cliente com escabiose, a equipe de enfermagem deve orientá-lo sobre o uso correto do medicamento, atentando para a diluição prescrita, porque a substância, quando não diluída, pode piorar as lesões e causar queimaduras químicas. As roupas de uso do cliente, bem como as roupas de cama e toalhas, devem ser trocadas e lavadas todos os dias, manipuladas separadamente e fervidas - essas orientações permitem que a recuperação do cliente ocorra, em média, dentro de 7 dias.

4.4.2 Pediculose

A pediculose, assim como a escabiose, é um problema que acomete várias pessoas, geralmente quando convivem em aglomerados e em condições de higiene inadequadas. É causada por um ectoparasita, o piolho comum, que habita o couro cabeludo e, prendendo-se aos cabelos, suga o sangue periférico do próprio couro cabeludo para sobreviver.

Permanecermos, mesmo que por breve período, próximo a alguém com piolhos pode expor-nos ao contágio. Para prevenir a infestação, devemos manter os cabelos sempre limpos e, no caso de serem longos, prendê-los, principalmente quando estivermos prestando assistência a outras pessoas.

Ao detectarmos um cliente com coceira freqüente na cabeça, é importante verificar a presença do piolho, particularmente ao lidarmos com crianças hospitalizadas ou em creches.

O piolho pode ser exterminado mediante o uso de soluções de permetrina para aplicação única, disponíveis nas farmácias, ou utilizando-se benzoato de benzila em soluções predeterminadas. É importante orientar os clientes ou seus responsáveis para jamais utilizar inseticidas comuns no combate aos piolhos, pois tal prática oferece risco potencial de envenenamento, podendo causar sérias lesões, afetando desde a pele até o sistema nervoso central.

As soluções medicamentosas devem ser reaplicadas em sete dias e a equipe de enfermagem deve orientar como fazer a higiene correta do couro cabeludo, visando prevenir a reinfestação.

5- PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE E TUBERCULOSE

No Brasil e no mundo, hanseníase e tuberculose são doenças que ainda apresentam altas taxas de prevalência e incidência, ou seja, um grande número de casos é constante e novos casos surgem todos os anos.

O Brasil é o segundo país em casos de hanseníase. Estima-se que seja detectado um novo caso a cada 12 minutos, bem como existam 3,3 milhões de casos espalhados no mundo, a maioria concentrada no Sudeste Asiático, África e Américas. Acredita-se, ainda, que 500 mil novos casos surjam anualmente.

Quanto à tuberculose, estima-se que cerca de 50 milhões de brasileiros estejam infectados com a bactéria causadora da doença, embora nem todos manifestem seus sintomas. Destes, cerca de 130.000 adoececem anualmente.

As conseqüências dessas doenças são graves, principalmente quando os indivíduos não são tratados adequadamente ou quando os casos são identificados em estágio mais avançado. Pode haver sérios comprometimentos para a saúde do doente, pois tanto a hanseníase quanto a tuberculose podem gerar incapacidades ou, até mesmo, a morte.

Alguns fatores são apontados como determinantes comuns da hanseníase e tuberculose:

- Desnutrição – provoca debilitação do organismo, o qual passa a não mais produzir seus elementos de defesa, oferecendo pouca ou nenhuma resistência aos agentes infecciosos.
- Baixa eficácia dos programas de controle e prevenção – caracterizada quando o paciente abandona o tratamento por dificuldade de acesso ao serviço de saúde, pelas reações orgânicas ao medicamento, por deficiência alimentar, por acreditar que está curado devido ao desaparecimento da sintomatologia ou quando os serviços de saúde não atendem à demanda por não ter medicamentos, não realizar a busca ativa de faltosos e casos suspeitos e não possuir profissionais adequadamente preparados. Nesses casos, a conseqüência é a ampliação do número de pessoas que continuam doentes e sem tratamento, favorecendo o aumento da transmissão das doenças.



A tuberculose é uma doença prevenível pela vacinação, contudo, em vista de sua grande reincidência, integrada, juntamente com a hanseníase, um programa específico, por apresentarem características semelhantes.

- Mutações nos bacilos – relacionadas à tuberculose: quando os doentes não seguem corretamente o tratamento prescrito a bactéria pode criar resistência, através de mudanças em sua estrutura, não sendo mais destruída pela dosagem administrada. Nesses casos, há necessidade de se recorrer a medicamentos mais potentes.
- Aglomerações urbanas – nas grandes cidades as pessoas convivem cada vez mais próximas umas das outras, seja em *shopping centers*, cinemas, estádios de futebol, veículos de transporte lotados e/ou outros espaços. Considerando-se que a transmissão da hanseníase e tuberculose ocorre por meio das vias aéreas, tal condição aumenta o risco de transmissão dessas doenças.
- Aids – a síndrome da imunodeficiência adquirida caracteriza-se pela queda brutal nas defesas do organismo, o que facilita a instalação de doenças oportunistas. A ocorrência da pandemia de Aids aumentou muito a incidência de tuberculose porque cerca de um terço da humanidade carrega o bacilo de Koch, sem entretanto manifestar a doença, mas quando acometido pela síndrome da imunodeficiência adquirida há manifestação da tuberculose¹⁰.

As dificuldades existentes para o controle da hanseníase e tuberculose podem ser explicadas por sua estreita relação com as condições sociais de vida da população em geral, não se devendo considerar apenas os aspectos físicos dos indivíduos afetados. Os fatores citados fazem-se mais presentes no cotidiano das camadas menos favorecidas da população.



Anteriormente, a hanseníase era chamada de morféia ou “lepra”. Essa doença vem atingindo a humanidade desde os tempos mais remotos, sendo freqüentemente citada nos registros históricos de inúmeros povos como um grande mal, que deve ser muito temido.

5.1 Hanseníase

A hanseníase ou mal de Hansen foi trazida para o Brasil com a colonização portuguesa, iniciada em 1500. No entanto, o Estado só reconheceu a doença como agravo à saúde pública a partir da segunda década do século XX.

É uma doença infecciosa e crônico-degenerativa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta nervos e pele. Seu período de incubação pode variar entre 2 e 7 anos, em média de 3 a 5 anos¹¹.

Devido ao fato de a doença poder afetar várias estruturas do corpo humano, muitas vezes produzindo seqüelas nos indivíduos por ela acometidos, desenvolveu-se nas culturas populares antigas um preconceito contra os mesmos - que perdura até os dias de hoje -, um estigma, relacionado à incapacidade, ao isolamento, ao abandono, à morte e ao medo.

10 Ministério da Saúde, 1999.

11 Ministério da Saúde, 1993; Robbins, 1995.

A palavra lepra era sempre associada à sujeira, afastamento, po-dridão, sendo o seu tratamento realizado em instituições chamadas leprosários. Afastados dos centros urbanos, para que o doente convi-vesse o mínimo possível com pessoas saudáveis, esses locais reforça-vam o isolamento e o preconceito¹².

No século XX, essa palavra foi mudada para hanseníase, em homenagem a Gerhard Armauer Hansen, médico norueguês que des-cobriu a bactéria causadora da doença. Acredita-se que a adoção dessa nova denominação não minimizou o preconceito que envolve a hanseníase, pois faltou uma estratégia de esclarecimento, um es-forço educativo.

A hanseníase é transmitida através das gotículas de saliva que expelimos quando espirramos, tossimos ou falamos, podendo ser tam-bém transmitida por lesões de pele, o que é mais raro. Sua principal fonte de infecção é o doente que apresenta as formas contagiantes (virchowiana e dimorfa), porque possui, nesses casos, grande carga de bacilos, podendo facilmente eliminá-los.

Após a entrada da bactéria no organismo, não se conhecem total-mente os meios pelos quais ela se multiplica e passa a atingir principal-mente pele, olhos e nervos periféricos (sendo os membros locomotores os mais atingidos). Sabe-se apenas que o bacilo não provoca reações imediatas no organismo; por isso, o período de incubação é tão longo. A principal hipótese pela preferência do *M. leprae* por tais localizações rela-ciona-se às baixas temperaturas dessas regiões. Nelas, o bacilo se multi-plicaria, formando granulomas (nódulos) ou espessando os nervos e cau-sando alterações na sensibilidade e até mesmo nos movimentos.

A hanseníase pode se apresentar sob quatro formas diferentes, com duas subdivisões: paucibacilares (poucos bacilos) ou multibacilares (muitos bacilos).

As **paucibacilares** se subdividem em indeterminada e tuberculóide, e caracterizam-se por serem mais brandas, terem menor tempo de tratamento e não transmitirem a doença - por existir pequena quantidade de bactérias na corrente sanguínea.

As **multibacilares** se subdividem em dimorfa e virchowiana, são mais graves, exigem tratamento mais longo e são capazes de transmitir a doença porque possuem grande quantidade de bactérias.

Assim, tanto suas manifestações como sua transmissibilidade es-tão relacionadas à forma de apresentação da doença:

- forma indeterminada (I) - caracteriza a forma mais branda da hanseníase. O doente pode apresentar manchas planas, esbranquiçadas e com alterações de sensibilidade (hipoestesia ou hiperestesia) pelo corpo. Se tratada adequadamente, pode não deixar seqüela.



Hipoestesia é a diminuição da percepção da dor, en-quanto hiperestesia é o au-mento desta.

12 Ministério da Saúde, 1995.



Alopécia – é a queda de pê-
los, que no caso da
hanseníase ocorre na região
afetada.

- forma tuberculóide (T) - nem sempre há manchas na pele do doente. Quando aparecem, podem ser acastanhadas, com bordos bem definidos, podendo apresentar alopecia. Pode afetar apenas os nervos, sendo chamada então de forma neural pura.
- forma dimorfa (D) - o doente pode apresentar manchas avermelhadas ou arroxeadas pelo corpo, sem bordos definidos, com edema, algumas vezes semelhantes à forma tuberculóide (quando está associada ao comprometimento neurológico) ou à virchowiana (quando está associada à presença de nódulos e infiltrações na face).
- forma virchowiana (V) - é considerada a forma mais grave de hanseníase. O doente apresenta deformações (com formações de caroços) no nariz e orelhas, podendo haver queda dos pêlos das sobrancelhas - caracterizando a “face leonina”. Há espessamento e formações de granulomas em várias partes do corpo, aparentando “caroços” na pele.

A principal característica, comum a todas estas formas é a perda de sensibilidade nervosa na área de pele afetada, o que faz com que, muitas vezes, o doente se machuque naquela região e não sinta. Primeiramente, perde a sensibilidade às diferenças de temperatura; depois, à dor e, finalmente, ao tato na região da lesão.

Para todos estes clientes, em especial os que apresentam as formas multibacilares, que levam a comprometimentos mais severos, faz-se necessário orientar e supervisionar os seguintes cuidados:

- olhos: usar soro fisiológico ao sentir que estão ressecados. Fazer exercícios, abrindo e fechando os olhos com força.
- nariz: observar se há feridas. Limpar com soro fisiológico. Não tirar casquinhas da região para não provocar feridas.
- mãos e braços: repousar o(s) membro(s), se estiver sentindo “choques”. Evitar fazer movimentos repetidos e carregar coisas pesadas. Massagear as mãos com auxílio de um óleo lubrificante, como o óleo mineral e outros. Fazer exercícios com os dedos (abrir e fechar as mãos, encostar o polegar na ponta de cada um dos dedos).
- pés: andar calçado, com sapatos fechados e confortáveis; massageá-los com óleo adequado, para evitar que ressequem. Fazer exercícios (abaixar e levantar o peito do pé, brincar de empurrar a parede com as mãos, para esticar as pernas juntas).
- ferimentos: imobilizar os dedos e repousar os membros machucados. Todas as formas de hanseníase podem causar espessamento dos nervos, provocando lesões neurológicas. Quando a hanseníase evolui sem tratamento, principalmente nas formas multibacilares, pode haver acometimento dos ossos e do tecido de sustentação, causando deformidades nas mãos e pés dos doentes.

Seu diagnóstico é feito com base nos sintomas e sinais apresentados, sendo também utilizado um exame complementar, a baciloscopia. O exame será positivo quando a forma da hanseníase é dimorfa ou virchiwiana e negativo quando a forma for indeterminada ou tuberculóide ou quando o tratamento para as formas multibacilares estiver em curso.

Pode-se também realizar o teste de Mitsuda, por via intradérmica. Este teste indica se a pessoa já teve infecção pelo bacilo da hanseníase e se desenvolveu defesa contra as formas graves. Se seu resultado for positivo, o doente apresenta uma forma paucibacilar; se negativo, multibacilar.

O tratamento atual da hanseníase é feito em ambulatórios, com raríssimas internações, a não ser que o caso apresente complicações. É realizado com base nas formas da doença, sendo chamado de poliquimioterapia (PQT). As formas paucibacilares são tratadas durante 6 meses seguidos, com duas drogas: Rifampicina® e Dapsona®. As formas multibacilares são tratadas em 24 meses seguidos, com três drogas: Rifampicina®, Dapsona® e Clofazimina®. Em algumas localidades do país esse período está sendo modificado, pois estão sendo realizados estudos para verificar a possibilidade de a hanseníase ser curada em menor tempo.

Em ambos os casos - hanseníase e tuberculose - o doente ingere uma dose supervisionada mensalmente, ou seja, toma uma certa dose das drogas diante da presença do profissional de saúde - que pode ser o auxiliar de enfermagem. Isso é muito importante, porque essa dose é diferente da que o doente toma diariamente em sua própria casa.

Em relação aos medicamentos, é importante orientar a respeito dos efeitos colaterais que podem provocar. O quadro a seguir permite compreendermos melhor esses sintomas e as orientações que podemos prestar.



É importante ressaltar que após o término do tratamento todos esses efeitos colaterais desaparecerão aos poucos.

Medicamentos	Efeitos observados	Orientações
Rifampicina®	A urina pode se mostrar avermelhada	Como essa droga é administrada uma vez ao mês, seu efeito passará em algumas horas
Clofazimina®	Pode causar coloração pardo-escura e ressecar a pele	O efeito passará alguns meses após o fim do tratamento. Enquanto isso não acontece, o cliente deve manter pouca exposição ao sol e utilizar óleos vegetais não-comestíveis para lubrificar a pele (semente de girassol, por exemplo)
Dapsona®	Os efeitos são raros. A reação alérgica ocorre quando o paciente também é alérgico a sulfas	Caso existam reações alérgicas, tal fato deve ser comunicado à equipe de saúde. Provavelmente o medicamento será substituído

Além disso, cada vinda do cliente à unidade de saúde ou cada visita domiciliar para realização da dose supervisionada permite que o auxiliar de enfermagem e toda a equipe de saúde que acompanha o doente possam reforçar orientações sobre os cuidados que deverá manter para levar uma vida saudável, principalmente com relação aos olhos, pés, ferimentos, narinas e mãos.

5.2 Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. Estima-se que cada doente com tuberculose seja capaz de contaminar dez outros indivíduos.

Sua transmissão, assim como a da hanseníase, ocorre por meio das gotículas de saliva expelidas quando espirramos, tossimos ou falamos, sendo o sistema respiratório a porta de entrada da doença, mais especificamente as vias aéreas superiores. Seu período de incubação varia entre 4 e 12 semanas.

Ao contrário da hanseníase, os caminhos que levam ao adoecimento por tuberculose são bem conhecidos. Após a inalação dos bacilos contidos nas gotículas de saliva, estes depositam-se nos alvéolos. Em resposta a essa fixação, o sistema imunológico libera células que formam uma espécie de parede em volta dos bacilos para impedir que se espalhem. Esse conjunto é chamado de tubérculo, e muitas pessoas o possuem sem nunca adoecer.

Porém, se a imunidade do indivíduo estiver comprometida o tecido do tubérculo se degrada e se transforma em uma massa que libera outros bacilos, os quais são transportados pelos sistemas circulatório e linfático para os tecidos vizinhos, formando nódulos visíveis nas imagens radiológicas. Outra possibilidade é a de os bacilos serem transportados para tecidos mais distantes, como pele, rins, meninges, que também podem ser atingidos pela tuberculose.

A tuberculose pode apresentar-se nas formas **pulmonar** e **extrapulmonar** (pleural, ganglionar, osteoarticular, entérica, de vias urinárias, cutânea ou meníngea). Destas, a mais grave é a meníngea, também denominada meningite tuberculosa, que ocorre quando o bacilo de Koch atinge o sistema nervoso central.

Seu diagnóstico baseia-se primeiramente nos sintomas, que são tosse persistente, por cerca de 4 semanas, catarro esverdeado ou com raios de sangue (existentes ou não), febre no final da tarde, emagrecimento, falta de apetite, suor noturno. São também realizados exames de raios X e pesquisa da presença do bacilo de Koch no escarro.

A amostra de escarro deve ser preferencialmente coletada em jejum, pela manhã. No dia anterior à coleta, o cliente deve ingerir gran-

de quantidade de líquidos, para tornar o escarro mais fluido e fácil de ser produzido. Antes de eliminar a amostra num recipiente apropriado, deve ser orientado a respirar profundamente, para que a secreção se mobilize e seja eliminada em maior quantidade.

Pode também ser realizado um teste chamado Derivado Proteínico Purificado-Padrão (PPD). A interpretação de seu resultado permite avaliar se o indivíduo já teve contato anterior com o bacilo e se possui defesas contra o mesmo.

Na realização do PPD, é injetada uma substância denominada tuberculina, derivada do bacilo de Koch purificado. A inoculação é feita com 0,1 ml da solução por via intradérmica, na face interna do terço médio do antebraço. Após 72 a 96 horas, o arco de induração é medido com uma régua milimetrada, que demonstra a reação do organismo ao bacilo.



Analérgico – é a pessoa que, mesmo infectada, não produzirá reação ao PPD, em vista de suas características cutâneas individuais.

Resultados e interpretações do teste do PPD		
Medida do arco de induração	Resultado	Significado
0 a 4 mm	Não-reator	Indivíduo não-infectado pelo bacilo da tuberculose ou analérgico
5 a 9 mm	Reator fraco	Indivíduo infectado pelo bacilo da tuberculose
10 mm ou mais	Reator forte	Indivíduo infectado pelo bacilo da tuberculose, porém não necessariamente doente

Por sua demora, o tratamento da tuberculose requer paciência por parte do cliente, assim como o da hanseníase, podendo variar de 6 a 12 meses, conforme o caso e evolução do paciente. Cada caso requer o uso de um esquema de associação de drogas que pode levar à ocorrência de reações indesejáveis, as quais são minimizadas com alguns cuidados, conforme descrito no quadro a seguir:



Após iniciado o tratamento, é importante informar o doente de que os sintomas irão regredir; além disso, orientá-lo quanto a alguns cuidados que deve tomar, como repouso, alimentação adequada, aumento da ingestão de líquidos.

Medicamento	Reações indesejadas	Orientações
Rifampicina®	Urina avermelhada, náuseas, vômitos	Tomar o medicamento após o café da manhã
Isoniazida®	Náuseas, vômitos, icterícia, dormência nas mãos e pés	Tomar o medicamento após o café da manhã, junto com a Rifampicina®. Relatar à equipe de saúde quaisquer alterações na sensibilidade
Estreptomicina®	Perda de equilíbrio e alteração na audição (raro)	Relatar tais sintomas à equipe de saúde
Etambutol®	Náuseas, vômitos, alterações visuais	Relatar tais sintomas à equipe de saúde. Provavelmente, o caso será avaliado por especialista
Etionamida®	Náuseas, vômitos, diarreia e icterícia	Aumentar a ingestão de líquidos. Relatar tais sintomas à equipe de saúde
Pirazinamida®	Artralgias, náuseas, vômitos e icterícia	Tomar o medicamento após o almoço. Relatar tais sintomas à equipe de saúde

5.3 A atuação na prevenção e controle da hanseníase e tuberculose

A forma mais eficiente de combate à transmissão da hanseníase e tuberculose, com vistas ao controle, é a identificação precoce dos sintomáticos, com tratamento de início rápido e adesão total do cliente. Tal necessidade resulta do fato de o doente bacilífero ser a principal fonte de infecção de ambas as doenças, ou seja, aquele que continua a emitir o bacilo no ambiente.

O atual modelo de assistência deve redirecionar suas práticas para solucionar os problemas apontados (falta de informação, alto índice de abandono ao tratamento, etc.), a fim de atingir as seguintes metas propostas:

- para a tuberculose – oferecer tratamento em pelo menos 80% dos centros municipais de saúde; diagnosticar e tratar pelo menos 90% dos casos detectados; curar pelo menos 95% dos clientes em tratamento;
- para a hanseníase – diminuir a incidência de casos para, no máximo, 1 para cada 10 mil habitantes.

Além do tratamento eficaz para controlar o número de casos de hanseníase e tuberculose, outras medidas devem ser tomadas para garantir a diminuição da transmissão destas doenças. Assim, é importan-

te orientar que a casa do doente deve estar sempre muito ventilada, permitindo a entrada da luz solar, pois os bacilos não resistem muito tempo em ambiente limpo e iluminado. Não é necessário separar utensílios como talheres, copos, pratos, roupas ou lençóis; deve-se apenas manter a higiene habitual.

As pessoas mais próximas ao doente são chamadas comunicantes - familiares, colegas de trabalho ou escola. Geralmente, apenas os comunicantes domiciliares precisam ser avaliados.

Para os comunicantes de tuberculose, o profissional de saúde deve solicitar a realização do PPD e exames de raios X, quando necessários.

6- IMUNIZAÇÃO

As vacinas representam uma significativa conquista alcançada pela ciência com vistas à promoção e proteção da saúde dos indivíduos, trazendo benefícios incomparáveis à humanidade, tais como a erradicação da varíola em todo o mundo, da poliomielite em muitos países - inclusive o Brasil - e a redução significativa de mortes e formas graves de doenças como o sarampo, rubéola, difteria e tuberculose. Dentre os profissionais da equipe de saúde, inegavelmente é o auxiliar de enfermagem o que mais realiza atividades relacionadas à vacinação, tanto em unidades de saúde privadas como públicas, destacando-se as ações de conservação, preparo e administração de imunobiológicos.



6.1 Imunidade e imunização

Conhecer os princípios gerais das vacinas e sua ação no corpo humano é fundamental para o auxiliar de enfermagem que desempenha suas funções em unidade básica de saúde. Entretanto, apenas isto não basta, considerando-se que os imunobiológicos são medicamentos bastante sensíveis e requerem preparo técnico específico para sua manipulação. Assim, tanto pelo fato de as vacinas serem indicadas para a prevenção de doenças transmissíveis como para que melhor possa entender - e de maneira mais crítica - seu processo de trabalho e resultados, faz-se também necessário que o auxiliar tenha a mínima compreensão de como essas doenças se manifestam numa dada comunidade, bem como suas implicações orgânicas, sociais, econômicas, ambientais e as inter-relações com as ações de imunização.

Como informação inicial, a capacidade de resposta a estímulos nocivos presentes no ambiente, mediada pelo sistema de defesa do organismo, recebe o nome de imunidade. O processo pelo qual desenvolvemos essa imunidade é chamado de imunização.

Existem duas formas de aquisição de imunidade: a ativa e a passiva.

A imunidade ativa é desenvolvida por nosso organismo em resposta a um estímulo externo, o que pode ocorrer de dois modos: a) pela ação de nosso sistema imunológico (ao adoecermos, ele *cria* uma memória, reconhecendo o elemento causador da doença e impedindo que torne a se instalar); b) pela administração de vacinas que apresentam o agente patogênico ou seu produto de forma modificada (atenuado, inativado ou obtido através de engenharia genética), estimulando as defesas contra o verdadeiro causador, comumente chamado de “selvagem”

Por sua vez, a imunidade passiva são simplesmente as defesas que já recebemos “prontas”. Como exemplos, temos as transmitidas de mãe para filho, através da placenta e/ou leite materno, e os soros, produzidos laboratorialmente, como o antiofídico.

6.2 Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Para intervir sobre as doenças imunopreveníveis e promover a saúde da população foram adotadas várias estratégias, norteadas pelas ações de vigilância epidemiológica, formando uma complexa rede de atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, disponibiliza um conjunto ampliado de produtos imunizantes sob a forma de vacinas e soros. Sua implantação e implementação permitiram consideráveis avanços sobre o controle das doenças imunopreveníveis, mediante o desenvolvimento de ações coordenadas em nível nacional pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão executivo do Ministério da Saúde - responsável pela aquisição, conservação e distribuição dos imunobiológicos que integram o PNI e ordenação das ações de vacinação de caráter nacional do PNI.

As vacinas do PNI são rotineiramente encontradas nas unidades básicas de saúde e os imunobiológicos especiais, nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIEs (Anexo I).

Para que a qualidade dos imunobiológicos seja efetivamente garantida, faz-se necessário que suas características e propriedades sejam preservadas, principalmente através de cuidados tanto na sua conservação como durante o seu preparo para administração – fases em que devem ser rigorosamente seguidas as orientações técnicas oriundas do

PNI, pois qualquer oscilação na temperatura de conservação ou a ação da luz solar sob os mesmos são fatores suficientes para alterar o produto.

Considerando-se que a aplicação das vacinas é majoritariamente feita por via parenteral, chamamos a atenção para o estrito uso de técnica asséptica quando da manipulação de materiais esterilizados e imunobiológicos, e a aplicação, sempre que necessária, das técnicas de lavagem das mãos, limpeza e desinfecção de materiais (como caixa térmica, balcão de preparo, ampolas/frasco-ampola), antissepsia da pele do cliente e descarte de materiais perfurocortantes.

No tocante ao atendimento, é fundamental que o cliente e seu acompanhante sejam tratados com a devida atenção e respeito, cuidando para que todas as orientações lhes sejam dadas e suas dúvidas elucidadas; além disso, é fundamental que se registre, em seu cartão, as vacinas aplicadas e o aprazamento (data de retorno para receber a nova dose).

Outro aspecto importante é a correta organização dos registros da unidade de saúde, o que possibilita a realização de busca de faltosos, emissão de boletim mensal das doses aplicadas, cálculo do percentual de utilização e perda de imunobiológicos e avaliação das coberturas vacinais da área de abrangência.

6.3 As vacinas do PNI

6.3.1 BCG-ID

Conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, esta vacina é indicada para prevenir as formas graves de tuberculose. Apresenta-se sob a forma liofilizada, em ampola multidose, de vidro acastanhado para protegê-la da ação direta da luz solar, acompanhada de diluente específico para sua reconstituição. No momento da reconstituição, o diluente deve estar em temperatura idêntica à da vacina (entre +2°C e +8°C), e esta, uma vez reconstituída, deve ser utilizada em, no máximo, até 6 horas.

A vacina BCG-ID é indicada preferencialmente ao nascer ou no primeiro mês de vida. A precocidade da indicação justifica-se pelo fato de a criança, logo ao nascer, estar exposta a indivíduos potencialmente infectados com o bacilo de Koch.

O volume correspondente a cada dose é de 0,1ml, administrada por via rigorosamente intradérmica na região da inserção inferior do músculo deltóide, na face superior do braço direito - sua aplicação deve ser realizada por auxiliar de enfermagem com treinamento específico para tal. Ressalte-se que na ocorrência de afecções dermatológicas na área de aplicação da vacina, o caso deve ser levado à avaliação da enfermeira e/ou médico.



A vacina BCG-ID é preparada com os bacilos vivos atenuados de Calmett Guérin. Ressalte-se que os mesmos não são virulentos, ou seja, não são capazes de causar adoecimento, como o de Koch. Sua ação baseia-se no aumento da resistência do indivíduo, simulando uma infecção.



Linfadenite regional – é a inflamação dos gânglios linfáticos; neste caso, os da região axilar.

Ao aplicar a vacina, o auxiliar de enfermagem deve informar aos pais da criança que no período de até seis meses pode ocorrer uma reação, observando-se as seguintes etapas: nódulo local, pústula, crosta, úlcera e cicatriz. Durante todo o processo, recomenda-se não cobrir a lesão ou realizar curativos; e durante a fase ulcerativa, evitar banhar-se em piscina, rio ou mar, para que não ocorra entrada de microrganismos na lesão e, conseqüentemente, o desenvolvimento de infecção.

Após sua aplicação, os efeitos adversos mais comuns são a formação de abscesso e/ou ulceração no local de aplicação, ou linfadenite regional.

As contra-indicações específicas são baixo peso da criança (inferior a 2.000 gramas), afecções dermatológicas extensas em atividade e imunodeficiência adquirida ou congênita, mesmo sem a presença de sinais clínicos.

6.3.2 Vacina contra a hepatite B

No Brasil, esta vacina é preparada por método de engenharia genética e apresenta-se sob forma líquida, em frasco-ampola de dose única ou multidose, que deverá ser conservada em temperatura entre + 2°C e + 8°C.

Após a abertura do frasco-ampola multidose, desde que respeitadas as condições de assepsia e conservação, a vacina pode ser utilizada até o término de seu prazo de validade.

Sempre que possível, a vacina deve ser aplicada nas primeiras doze horas após o nascimento. O volume a ser administrado é 0,5ml para neonatos, lactentes, crianças e adultos menores de 20 anos - a partir desta idade, de 1,0 ml - dosagem esta que pode ser alterada de acordo com as especificações do laboratório produtor.

Considerando-se que nos grupos de risco (renais crônicos, politransfundidos, hemofílicos, etc.) ocorre menor produção de anticorpos, indica-se a administração do dobro da dose, ou seja, 2,0ml para adultos e 1,0ml para crianças.

A via de administração é intramuscular. Nos menores de 2 anos, na face lateral da coxa. Em crianças maiores e adultos, na região do deltóide, na face externa superior do braço - neste grupo deve-se evitar a administração na região glútea, pois, muitas vezes, a vacina não é inoculada no interior do músculo, mas sim no tecido adiposo, o que diminui a resposta imunológica.

Após sua aplicação, nas primeiras 48 a 72 horas os efeitos adversos mais comuns são mal-estar, cefaléia, febre baixa e fadiga.



A vacina BCG-ID não deve ser aplicada em gestantes, por ser constituída de vírus vivo atenuado.



A vacina oral contra a poliomielite (VOP) é também conhecida como vacina Sabin, em homenagem a seu criador, Albert Sabin.

6.3.3 Vacina oral contra a poliomielite (VOP)

A vacina oral contra a poliomielite é preparada com os poliovírus tipos I, II e III, atenuados. Apresenta-se sob forma líquida, em frasco multidose, geralmente em bisnagas conta-gotas de plástico, e pode ser congelada sem prejuízo de suas propriedades. Após a abertura do frasco, pode ser utilizada em até, no máximo, 5 dias, desde que mantida sob temperatura adequada (entre + 2°C e +8°C) e cuidados que evitem sua contaminação. Para um efetivo controle deste prazo, recomenda-se registrar a hora e data da abertura da bisnaga. Para evitar sua contaminação e conseqüente inutilização, preconiza-se não encostar o conta-gotas na boca da criança, durante o momento de aplicação.

Por ocasião das campanhas anuais de vacinação, a criança pode ser vacinada mesmo que não tenha completado dois meses de vida ou esteja com o esquema de vacinação em dia.

O volume correspondente a cada dose é de duas gotas administradas por via oral, e o profissional deve certificar-se de que a criança realmente engoliu a dose aplicada.

Não há efeitos adversos associados à sua aplicação, nem contra-indicação específica. Sua aplicação deve ser adiada se a criança apresentar diarreia grave e/ou vômitos intensos, pois se ingerida nessas condições a vacina será eliminada antes do efeito esperado.

6.3.4 Vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP)

A vacina DTP, também denominada tríplice bacteriana, é preparada com os toxóides diftérico e tetânico e com *B. pertussis* inativada, sendo indicada para a prevenção de difteria, tétano e coqueluche.

Apresenta-se sob forma líquida, em ampola ou frasco-ampola com dose única ou multidose, e deve ser conservada em temperatura entre +2°C e +8°C. Não deve ser congelada, pois isto a inativará. Após a abertura do frasco-ampola, pode ser utilizada até o vencimento do prazo de validade, desde que mantida sob temperatura adequada e cuidados que evitem sua contaminação.

O volume correspondente a cada dose é de 0,5ml, administrada por via intramuscular profunda. Nas crianças menores de dois anos, a aplicação é feita no vasto-lateral da coxa; nos maiores, pode ser utilizada a região do deltóide.

Nas primeiras 24 a 48 horas após sua aplicação, os efeitos adversos mais comuns são mal-estar, dor, hiperemia e endurecimento locais, febre e irritabilidade. Com menor freqüência, podem ocorrer sonolência, choro prolongado, convulsão e síndrome hipotônico-hiporresponsiva. É importante orientar os pais para que não



Síndrome hipotônico-hiporresponsiva - é caracterizada por hipotonia, sudorese fria e diminuição da resposta a estímulos.

coloquem compressas quentes no local de sua aplicação.

As contra-indicações específicas são idade superior a sete anos, doença neurológica em atividade (evitando-se, assim, que suas manifestações não sejam confundidas com uma possível reação à vacina) e reação alérgica após aplicação da última dose (o que pode possibilitar nova reação).

6.3.5 Vacina contra *Haemophilus influenzae* do tipo b (Hib)

A vacina Hib é preparada com fragmentos de proteínas da bactéria *Haemophilus influenzae* tipo b, sendo indicada na prevenção de casos de infecção motivados por este agente infeccioso. Apresenta-se sob as formas liofilizada (acompanhada do diluente) ou líquida, em frasco de dose única ou multidoso. Deve ser conservada entre +2°C e +8°C e, se congelada, perde suas propriedades. Após a reconstituição, a vacina liofilizada tem a validade de cinco dias e a vacina Hib líquida, uma vez aberta, pode ser utilizada até o vencimento do prazo de validade.

O volume correspondente a cada dose é de 0,5ml, administrada via intramuscular profunda, no músculo vasto-lateral da coxa - alternando-se a coxa nos casos em que a aplicação coincida com a vacinação contra hepatite B. A título de informação, o estado de São Paulo normatizou sua aplicação no músculo vasto-lateral da coxa *esquerda*, visando facilitar o controle de prováveis reações adversas.

Após a aplicação, os efeitos adversos mais comuns nas primeiras 24 horas são dor, eritema, endureção local, febre, irritabilidade e sonolência.

6.3.6 Vacina anti-sarampo (VAS)

Preparada com vírus vivos atenuados, esta vacina apresenta-se sob forma liofilizada, em frasco-ampola com uma ou múltiplas doses, acompanhada do diluente específico para sua reconstituição. Seu frasco, dependendo do fabricante, pode ser acastanhado ou translúcido. Após a abertura do frasco-ampola, deve ser utilizada em até no máximo 8 horas.

Sua aplicação deve ocorrer até, no máximo, o primeiro ano de vida da criança; preferencialmente, aos nove meses de idade. Caso a criança não tenha recebido a vacina até esta faixa etária, indica-se o uso da vacina tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola).

O volume correspondente a cada dose é de 0,5ml, administrada via subcutânea, na região do músculo deltóide ou glúteo.

Após sua aplicação, habitualmente entre o 5º e o 12º dia, os efeitos adversos mais comuns são febre e erupção cutânea de curta duração (chamado de “sarampinho”).

As contra-indicações específicas são gravidez, reação anafilática após ingestão de ovo de galinha e administração de hemoderivados ou gamaglobulina nos últimos três meses.

6.3.7 Vacina contra a febre amarela

Preparada com vírus vivos atenuados, apresenta-se sob forma liofilizada, em frasco-ampola multidose, acompanhado do diluente específico para sua reconstituição. Após a diluição, deve ser utilizada em até quatro horas. Não deve ser congelada.

O volume correspondente a cada dose é de 0,5ml, administrada por via subcutânea, na região do músculo deltóide ou glúteo.

Após sua aplicação, os efeitos adversos mais comuns são dor local, cefaléia e febre de baixa intensidade.

As contra-indicações específicas são gravidez e aquelas comuns às vacinas de vírus vivos atenuados (VOP, contra a gripe, contra o sarampo).

6.3.8 Vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral)

A vacina tríplice viral é preparada com vírus vivos atenuados, sendo indicada para prevenir o sarampo, a caxumba e a rubéola. Apresenta-se sob forma liofilizada, em frasco-ampola de dose única ou multidose, acompanhada do diluente para sua reconstituição. Normalmente, é apresentada em frasco-ampola acastanhado, e deve ser conservada entre +2°C e +8°C de temperatura. Após a abertura, pode ser utilizada em até 8 horas desde que respeitadas as condições de assepsia e conservação.

É utilizada como dose de reforço da vacina anti-sarampo, aos 15 meses, mas pode ser substituída pela vacina dupla viral, que protege da rubéola e sarampo.

O volume correspondente a cada dose é de 0,5ml, administrada por via subcutânea, preferencialmente na região do músculo deltóide.

Após sua aplicação, os efeitos adversos mais comuns são ardência, eritema, hiperestesia, endureção local e linfadenopatia regional; entre o 7º e o 12º segundo dia, podem ocorrer irritabilidade, tumefação da parótida, febre e descamação discreta na face.

As contra-indicações específicas são gravidez, reação anafilática após ingestão de ovo de galinha e administração de hemoderivados ou gamaglobulina nos últimos três meses. Após serem vacinadas, as mulheres em idade fértil devem ser orientadas para evitar a gravidez no período de 30 dias.

6.3.9 Vacina contra a difteria e o tétano: dupla bacteriana (DT e dT)

Esta vacina é apresentada sob duas formas: a dupla do tipo infantil (DT) e a dupla do tipo adulto (dT). A DT contém a mesma concentração de toxóide diftérico e toxóide tetânico presentes na vacina tríplice (DTP); a dT contém menor quantidade de toxóide diftérico.

A vacina dupla do tipo infantil (DT) é indicada para crianças com menos de sete anos e com contra-indicação para receber a vacina contra a coqueluche (que contém o componente pertussis). Nesses casos, entretanto, recomenda-se sua aplicação somente quando a vacina DTP acelular não estiver disponível.

Nos casos de acidente grave ou gestação, a dose de reforço pode ser antecipada para cinco anos. Nesse último caso, a aplicação ocorre em diferentes idades gestacionais, de acordo com a operacionalização dos programas de assistência pré-natal de cada região do país. O aumento do intervalo entre as doses não invalida o esquema, devendo-se considerar as doses aplicadas até 10 anos atrás, conforme comprovação.

As vacinas duplas (DT e dT) são apresentadas sob forma líquida, em frasco de dose única ou multidoses. Devem ser conservadas em temperatura entre +2°C e +8°C, e não devem ser congeladas.

Uma vez abertas, podem ser utilizadas até o término de seu conteúdo e/ou prazo de validade, desde que mantidas as condições de conservação e esterilidade.

O volume correspondente a cada dose da vacina DT ou dT é de 0,5ml, administrada por via intramuscular profunda, na região do deltóide.

Após sua aplicação, os efeitos adversos mais comuns nas primeiras 24 a 48 horas são dor, calor, hiperemia e enduração local e febre.

A contra-indicação específica é a rara reação alérgica após aplicação da última dose.

6.3.10 Vacinas para populações especiais

Embora constem no calendário de vacinação, seu uso ainda está restrito a uma parcela específica da população - com prioridade para os idosos e indivíduos que, por motivos clínicos, têm esse tipo de vacinação indicada por serem mais propensos a desenvolver complicações decorrentes de gripe ou pneumonia.

a) Vacina contra a influenza (gripe)

Esta vacina protege os indivíduos da gripe e, conseqüentemente, de complicações respiratórias como pneumonia e derrame pleural, que podem ocorrer após um episódio gripal, sendo os idosos o grupo mais

susceptível. Preparada com vírus influenza tipos A e B inativados, apresenta-se sob forma líquida, em seringas já preparadas com 0,25ml e 0,5ml ou em frasco-ampola multidose. Deve ser conservada em temperatura entre +2°C e +8°C e jamais congelada.

Após a abertura do frasco-ampola, pode ser utilizada até no máximo 8 horas e até o término de seu conteúdo desde que mantidas as condições de conservação e esterilidade.

A dose para crianças com nove anos ou mais e adultos corresponde a 0,5ml, administrada via intramuscular, na região do deltóide. Para crianças entre 6 a 35 meses, em casos especiais e havendo indicação, a dose é de 0,25 ml.

Após sua aplicação, os efeitos adversos mais comuns são dor e edema locais nas 48 horas imediatas.

As contra-indicações específicas são reação anafilática após ingestão de ovo de galinha e/ou após a última dose, e história de síndrome de Guillain-Barré.

b) Vacina contra a infecção por pneumococo

Fornece proteção contra a pneumonia e bacteremia pneumocócicas. Preparada com 23 sorotipos de pneumococos, apresenta-se sob forma líquida e, dependendo do laboratório produtor, em seringa individual previamente embalada, não necessitando de reconstituição. Não deve ser congelada.

O esquema de vacinação consiste na administração de uma dose de 0,5ml, por via intramuscular, de preferência na região do deltóide, podendo ser utilizada a via subcutânea, e revacinação após cinco anos.

Entre as primeiras 24 a 48 horas pós-aplicação, os efeitos adversos mais comuns são dor, eritema ou edema local.

As contra-indicações específicas são reação anafilática após a última dose e idade inferior a dois anos.

6.3.11 Vacina anti-rábica (contra a raiva - uso humano)

Indicada para a profilaxia da raiva humana em pessoas que correm o risco de adquirir a doença em decorrência de exposição a um animal suposta ou comprovadamente raivoso, através de mordedura, lambadura de mucosa ou arranhadura.

Os animais transmissores da raiva são os mamíferos, principalmente cães, gatos, morcegos, macacos, raposas, bovinos e eqüinos. A vacina pode também ser utilizada na profilaxia pré-exposição ao vírus da raiva, nos casos específicos de técnicos de biotérios, laboratoristas, treinadores, bió-

logos ou médicos veterinários. A profilaxia da doença é complementada, quando necessário, com a administração de soro anti-rábico, de acordo com os critérios estabelecidos pelas Normas Técnicas de Tratamento Profilático Anti-Rábico Humano, do Ministério da Saúde.

Outro aspecto importante na profilaxia da raiva humana são os cuidados relacionados aos ferimentos causados pelo animal suposta ou comprovadamente raivoso. O tratamento local deve ser iniciado o mais precocemente possível, mesmo nas pessoas que procuram assistência após decorrido certo tempo da ocorrência da lesão. Seu principal objetivo é a remoção e inativação do inóculo viral alojado no ferimento. Para tanto, indica-se limpeza com bastante água e sabão ou solução salina a 0,9% e solução de iodo-povidona a 1%; desbridamento de tecidos desvitalizados; repouso da área afetada e posição que facilite a drenagem local.

Todas as vacinas anti-rábicas para uso humano – que não devem ser congeladas - são constituídas de vírus inativados. Nos serviços de saúde da rede pública do país encontra-se rotineiramente disponível a vacina do tipo Fuenzalida & Palácios (exceto no estado de São Paulo, que utiliza a vacina de cultivo celular). A vacina de cultivo celular é utilizada nas pessoas que apresentam efeitos adversos à vacina Fuenzalida & Palácios, e em algumas situações específicas.

A vacina Fuenzalida & Palácios apresenta -se sob forma líquida, em ampola contendo 1,0ml; e a de cultivo celular, sob forma liofilizada, em frasco de dose única, acompanhado do respectivo diluente.

A conduta de vacinação anti-rábica é estabelecida de acordo com as normas técnicas anteriormente citadas e dependerá de vários fatores, tais como espécie do animal agressor, localização e profundidade da lesão, estado de saúde do animal, possibilidade de observação do animal e tipo de vacina utilizada.

Em função da relação risco-benefício existente, não há contra-indicação para sua aplicação, pois o contágio pelo vírus da raiva fatalmente levará o indivíduo agredido à morte.



A vacina anti-rábica não está incluída no esquema básico de vacinação, por apresentar a possibilidade de favorecer o surgimento de encefalite.

6.4 A cadeia de frio

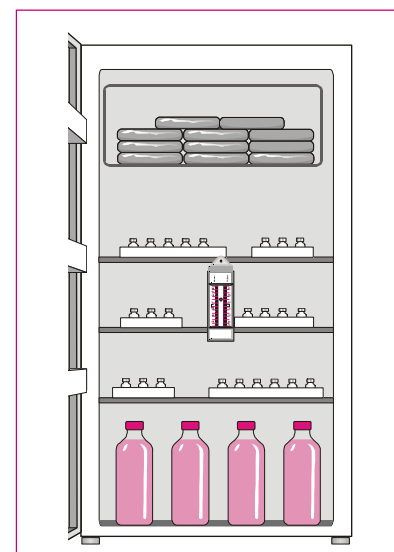
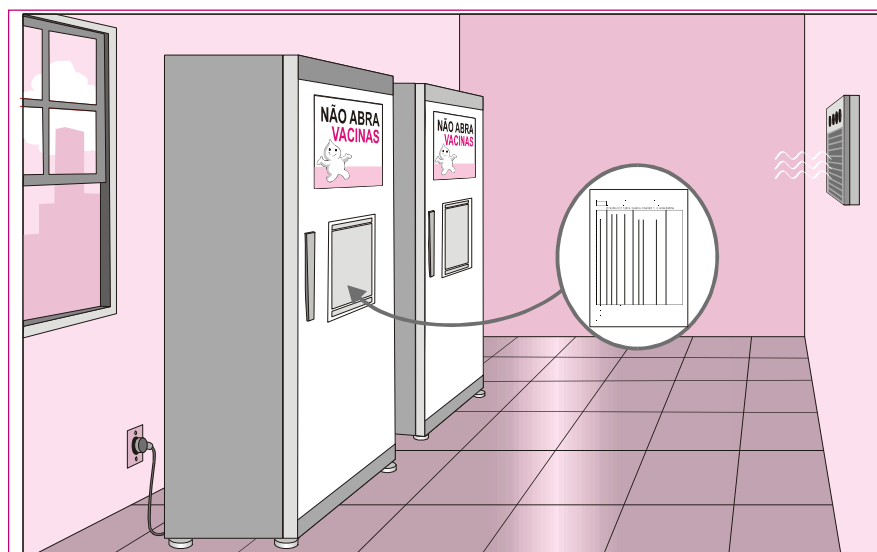
Os procedimentos utilizados para garantir a qualidade dos imunobiológicos durante o armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte - desde sua produção até o momento em que serão administrados - formam o que denominamos cadeia ou rede de frio.

Os produtos imunológicos produzidos pelo laboratório produtor, constantes do Programa Nacional de Imunizações, são distribuídos pelo Ministério da Saúde para todos os estados do país - estes, por sua vez, os repassam para os municípios, os quais os entregarão às unidades de saúde.

As vacinas são estocadas em câmaras frigoríficas, freezers ou geladeiras, sob temperaturas que variam entre -20°C e $+2^{\circ}$ a $+8^{\circ}\text{C}$, dependendo da quantidade e possibilidade de serem congeladas ou não.

Forma de conservação de vacinas	
Vacina	Podem ser congeladas a -20° ?
Vacina contra a febre amarela, vacina oral contra a poliomielite (VOP), vacina anti-sarampo (VAS), vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral), dupla viral, vacina contra rubéola monovalente	Sim
BCG-ID, tríplice bacteriana (DTP), dupla bacteriana (DT e dT), vacina contra a hepatite B, vacina anti-rábica, vacina contra febre tifóide, vacina contra meningite A, C e B/C, vacina contra Haemophilus influenzae do tipo b, vacina contra a infecção por pneumococo, vacina contra a influenza	Não

As unidades básicas de saúde constituem o nível local, no qual as vacinas são mantidas em refrigerador doméstico (geladeira) de 280 litros, somente em temperatura positiva (entre $+2^{\circ}\text{C}$ e $+8^{\circ}\text{C}$). Nesse nível, são seguidas algumas determinações para o controle da temperatura:

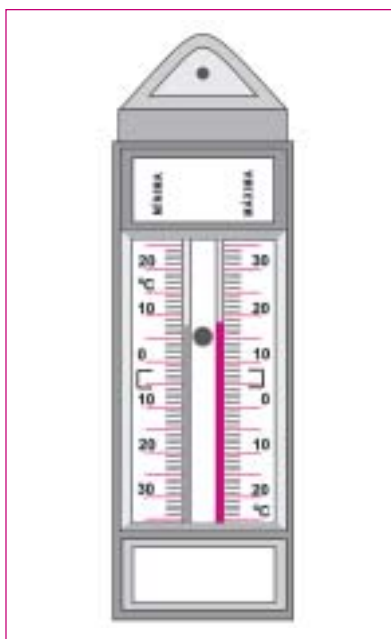


- o refrigerador deve ser instalado em ambiente ventilado, afastado de fontes de calor e com uma tomada específica para seu funcionamento. É importante que exista um gerador de emergência ou algum modo que detecte a interrupção do fornecimento de energia elétrica;
- as vacinas devem ser guardadas apenas nas prateleiras, em bandejas fenestradas, semelhantes a escorredores de louça, e fora de suas embalagens, de forma a permitir a circulação do ar frio. Portanto, nunca devem ser guardadas na porta da geladeira ou em suas gavetas;



A água contida nas garrafas colocadas na parte inferior do refrigerador deve ser tingida com cores escuras, como azul ou roxo, para que nenhum funcionário possa consumi-la por engano.

- o congelador deve ser preenchido com conservadores em gel (gelo reciclável). Quando necessário, estes também podem ser utilizados para o transporte das vacinas, em recipientes de isopor ou poliuretano. Sempre que houver a saída destes recipientes do congelador, os conservadores ou o gelo devem ser repostos;
- a gaveta para legumes, situada na parte inferior do refrigerador, deve ser retirada, para dar lugar a garrafas ou frascos com água tingida e/ou sal – os quais serão utilizados para manter a baixa temperatura do refrigerador, caso haja falta de energia elétrica;
- é importante que tanto as vacinas quanto as garrafas de água sejam sempre guardadas a certa distância das paredes internas da geladeira, pois isto propiciará que o ar circule tanto entre as prateleiras como entre as próprias vacinas;
- a verificação da temperatura do refrigerador deve ser feita por um termômetro de máxima e mínima, que ficará sempre mantido em posição vertical, dentro do refrigerador, pendurado na prateleira central, cuja leitura permitirá o conhecimento das variações entre a temperatura mínima, máxima e a do momento;



Termômetro de máxima e mínima

Estado		Município		Unidade Sanitária						
Ano	Mês	Marca da Geladeira ou Freezer		Forma de Entrega						
FICHA PARA CONTROLE DA GELADEIRA - TERMÔMETRO DE MÁXIMA E MÍNIMA										
D i a	MANHÃ				TARDE				Observações	
	Hora	Max	Min	Atual Momento	Rubrica	Hora	Max	Min		Atual Momento
1	07:30	78°C	+2°C	+4°C	XXX					
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
F A L H A	Hora da Falha									
	Temp. ao encontrar a falha									
	Dias parado por falha									

Mapa de registro da temperatura

- após a leitura do termômetro e sempre que o refrigerador for aberto, o dispositivo de aproximação das temperaturas deve ser acionado para que não haja influência da temperatura externa sob a temperatura aferida;
- as temperaturas devem ser registradas diariamente, de manhã e à tarde, em um mapa de leitura fixado na porta do refrigerador - no qual devem ser registradas todas as vezes que houve degelo e limpeza interna da geladeira, bem como alterações no termostato;
- se possível, deve-se registrar, em impresso próprio, quais vacinas estão guardadas no refrigerador e em que prateleiras. Deve-se ainda colocar um aviso na porta da geladeira, alertando que não pode ser constantemente aberta, por conter vacinas e soros;
- o transporte das vacinas deve ser feito sob temperatura controlada, em recipientes isolantes, e com um termômetro de leitura externa, nos locais onde este seja disponível. Para garantir a baixa temperatura, devem ser utilizados conservadores em gel congelados. Os recipientes isolantes podem ser usados para acondicionamento das vacinas quando a geladeira estiver sendo limpa, ou em campanhas de vacinação.



Visando evitar tanto a contaminação das vacinas como a alteração da temperatura interna, os refrigeradores não devem guardar nenhum outro produto, apenas as vacinas.



Termostato – dispositivo em forma de botão, destinado a definir a temperatura interna da geladeira.

6.5 Calendário de vacinação do PNI

No Brasil, as vacinas são administradas de acordo com o calendário básico de vacinação (ver pagina seguinte) proposto pelo Programa Nacional de Imunizações e inicia-se nos primeiros dias de vida.

Informes básicos:

- As vacinas BCG e contra a hepatite B são indicadas para ser aplicadas o mais cedo possível nos recém-nascidos.
- No Brasil, devem ser vacinadas contra a hepatite B as crianças menores de 2 anos de idade, com exceção dos estados da Amazônia Legal, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Distrito Federal, para os quais vale a recomendação de se vacinar os menores de 20 anos. O PNI está gradativamente implementando a vacinação em todo o país para a população menor de 20 anos, processo esse que deve ser concluído até 2003.
- Em situações especiais, a vacina contra a febre amarela pode ser administrada a partir dos seis meses de idade.



O calendário básico de vacinação do PNI é indicado para todo o país. Entretanto, os estados têm a liberdade de realizar as adequações necessárias, a fim de favorecerem a cobertura vacinal da população.

IDADE	VACINAS	DOSES	PROTEÇÃO CONFERIDA
Ao nascer	BCG Contra a hepatite B	Dose única 1ª dose	Formas graves de tuberculose Hepatite B
1 mês	Contra a hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Vacina oral contra a poliomielite (VOP) DTP (tríplice bacteriana)* Hib (contra <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo b)*	1ª dose 1ª dose 1ª dose	Poliomielite Difteria, tétano e coqueluche Meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo b
4 meses	Vacina oral contra a poliomielite (VOP) DTP (tríplice bacteriana)* Hib (contra <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo b)*	2ª dose 2ª dose 2ª dose	Poliomielite Difteria, tétano e coqueluche Meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo b
6 meses	Vacina oral contra a poliomielite (VOP) DTP (tríplice bacteriana)* Hib (contra <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo b)* Contra a hepatite B	3ª dose 3ª dose 3ª dose 3ª dose	Poliomielite Difteria, tétano e coqueluche Meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo b Hepatite B
9 meses	Anti-sarampo Contra a febre amarela**	Dose única Dose única	Sarampo Febre amarela
15 meses	Vacina oral contra a poliomielite (VOP) DTP (tríplice bacteriana) SRC (vacina tríplice viral)	Reforço Reforço Reforço para sarampo; dose única para rubéola e caxumba	Poliomielite Difteria, tétano e coqueluche Sarampo, rubéola e caxumba
6 a 10 anos	BCG***	Reforço	Formas graves de tuberculose
10 a 11 anos	dT (dupla bacteriana tipo adulto)**** Vacina contra a febre amarela	Reforço Reforço	Difteria e tétano Febre amarela
12 a 49 anos - mulheres em idade fértil	DT (dupla adulto) SCR (tríplice viral) ou SR (dupla viral) ou Vacina contra a rubéola	Reforço Reforço para sarampo; dose única para caxumba e rubéola Reforço para sarampo e dose única para rubéola Dose única para rubéola	Difteria e tétano Sarampo, caxumba, rubéola e síndrome da rubéola congênita Sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita Rubéola e síndrome da rubéola congênita
60 anos e mais	Vacina contra a influenza (gripe)*****	Dose única	Gripe
60 anos e mais (nos hospitais, asilos e casas geriátricas)	Vacina contra a infecção por pneumococo (antipneumocócica)*****	Dose única	Infecções respiratórias (pneumonias)

- Conforme orientação do PNI, nos casos de grave reação adversa com a vacina DTP rotineiramente utilizada a mesma deve ser substituída pela vacina DT (dupla bacteriana do tipo infantil) ou vacina tríplice bacteriana acelular, disponível nos CRIEs (Anexo I).
- A vacina dT (dupla bacteriana do tipo adulto) é indicada para a população a partir de 7 anos de idade, visando realizar o esquema básico, complementá-lo (caso não esteja concluído) e/ou para reforços, inclusive para as mulheres em idade fértil e gestantes.
- Caso a criança não tenha recebido as três doses da vacina contra *Haemophilus influenzae* do tipo b até os 12 meses de idade, recomenda-se a administração de uma única dose a partir desta idade até os 69 meses, o mais precocemente possível.

6.6 Aspectos importantes relacionados às vacinas do PNI

a) Contra-indicações gerais

Apesar das vacinas serem indicadas para a totalidade da população, nem sempre sua aplicação é possível. Algumas circunstâncias podem por a vida da pessoa em risco quando do contato com o agente imunológico, constituindo-se em contra-indicações gerais, uma vez que são comuns a todas as vacinas, como o uso prolongado de corticóides e portadores de neoplasia, imunodeficiência congênita ou adquirida, desnutrição severa ou alergia aos componentes da vacina.

b) Razões para adiamento

Em determinadas situações as vacinas devem ser adiadas, aguardando-se a estabilização do quadro clínico do cliente. Por exemplo, frente à ocorrência de estado febril (temperatura axilar maior ou igual a 37,8°C) ou em pessoas submetidas a tratamento imunodepressor (quimioterapia e radioterapia).

c) As associações

Desde que respeitadas as normas preconizadas para a administração das vacinas, não há problemas no fato de a pessoa receber mais de uma vacina em um único dia. Além de não oferecer riscos ao indivíduo vacinado, otimiza-se os recursos da unidade de saúde.

6.7 Vigilância das reações adversas

A vacinação é essencial para a prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, caracterizando-se por ser um procedimento de baixo custo e treinamento para execução relativamente fácil.

Apesar disso, nem todos os riscos associados à sua aplicação foram totalmente controlados ou afastados, existindo a possibilidade de ocorrerem efeitos adversos. Alguns são bastante conhecidos e relativamente comuns, e embora a grande maioria tenha regressão espontânea é importante estarmos atentos aos seus relatos.

Quando esses efeitos adversos acontecem com muita frequência ou se verifica um aumento em sua incidência, faz-se necessário acompanhar seu desenvolvimento e investigar todos os fatores envolvidos no processo, como os relacionados ao indivíduo, à vacina e ao serviço.

A investigação desses casos possibilita a obtenção dos dados para o diagnóstico e planejamento das ações necessárias para a resolução ou controle dos problemas, bem como para o monitoramento e aperfeiçoamento constantes das atividades de imunização e vigilância das doenças imunopreveníveis.

7- PROGRAMAS DE ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA

A pesar de o SUS existir desde 1988, seus princípios não foram imediatamente implantados em função de uma estrutura política, econômica e dos serviços de saúde que desfavorecia o atendimento das necessidades da população, uma vez que privilegiava a atenção à doença e a grupos restritos.

Com participação dos movimentos populares, as legislações elaboradas com o objetivo de efetivar a implementação desses princípios apontaram a necessidade de organização de estratégias que os consolidassem na prática dos serviços de saúde – o que ocorreu mediante a estruturação das ações de vigilância da saúde, ampliando as responsabilidades do setor



saúde e de outros setores públicos sobre as condições de vida e saúde da população, reorganizando a assistência na perspectiva da atenção básica.

Assim, chega-se ao entendimento de que a atenção básica, ao reunir elementos que permitem a atuação relacionada à promoção da saúde e à prevenção de doenças, é capaz de responder às necessidades básicas de saúde da população - a partir da identificação de seus determinantes.

Dessa forma, surgem os programas de atenção básica ampliada, como estratégia de modificação da forma de organização da assistência prestada: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 - que ampliou as atividades do PACS e incorporou os agentes comunitários de saúde e outros profissionais da área (tais como o enfermeiro, o médico e o auxiliar de enfermagem) às suas atividades.

Embora seja denominado programa, o PSF é, antes de tudo, uma estratégia cujo principal objetivo é reorientar as práticas de atenção à saúde através da mudança do foco de atuação - do indivíduo para a família e para o ambiente onde ela vive. Tal enfoque possibilita uma visão ampliada do processo saúde-doença; além disso, permite reorganizar a atenção básica “na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida”¹³.

O PSF busca integrar as ações voltadas para os vários aspectos da saúde dos indivíduos, identificando junto aos mesmos suas necessidades e propondo soluções para os problemas. Age-se de forma preventiva, contribuindo realmente para a reorganização da demanda através do conhecimento da comunidade que se pretende assistir e do estabelecimento de prioridades junto a seus moradores.

As principais mudanças esperadas com a implantação da estratégia de Saúde da Família presentes no modelo de assistência do PSF são:

- mudança de enfoque – ao invés de dar atenção à doença, a preocupação estará centrada na atenção à saúde;
- atenção a todos os aspectos da saúde do indivíduo e de sua família - tanto os que merecem ações preventivas (tabagistas) como os que necessitam de ações de promoção da saúde (gestantes) ou curativas (pacientes em pós-operatório), através de contato à unidade básica de saúde da família e encaminhamento às unidades de referência, quando necessário;



No modelo assistencial anterior à implantação dos programas de atenção básica ampliada, as ações eram centradas na doença e em programas estruturados para prestar assistência e controle às mesmas. Por exemplo, a atenção era voltada para a hipertensão como problema, e não para o cliente hipertenso, isto é, o sistema de saúde e seus profissionais não se preocupavam em conhecer as condições que levavam as pessoas a apresentar hipertensão nem como seu modo de viver na comunidade poderia estar influenciando tal processo.



Unidades de referência – são unidades de saúde de nível de atenção secundária e/ou terciária que concentram serviços especializados, para os quais devem ser encaminhados os clientes que necessitam de atendimento mais complexo ou especializado.

¹³ Ministério da Saúde, 2000.



Área territorial – é a extensão de região geográfica delimitada, podendo ser uma comunidade, um bairro ou uma região administrativa, por exemplo.

População adstrita – é a população residente em uma área territorial, sob a responsabilidade sanitária de determinada equipe do PSF. Deve ser definida pela quantidade de pessoas por unidade de saúde, considerando-se as condições de vida e saúde da população.



A implantação dessa estratégia já conseguiu, em muitos municípios, reduzir os índices de mortalidade infantil e diminuir o número de mortes por doenças de cura simples e conhecida, além de reduzir as filas nos hospitais da rede pública e conveniada com o SUS.

Cada equipe de saúde da família deve atender entre 600 a 1.000 famílias ou, no máximo, 4.500 habitantes. Cada agente comunitário de saúde deve atender entre 20 a 250 famílias.

- responsabilidade pela prestação de assistência por área territorial e população adstrita – tal enfoque permite um planejamento mais adequado das atividades;
- formação de equipe interdisciplinar adequada ao número de clientes assistidos, com a incorporação do agente comunitário de saúde.

7.1. A implantação do Programa Saúde da Família (PSF)

Até o final do ano 2000, cerca de 3.100 municípios brasileiros tinham o PSF implantado, com 10.400 equipes atuando junto a aproximadamente 35 milhões de cidadãos. Para 2002, o Ministério da Saúde almeja que o PSF atenda às necessidades de saúde de 69 milhões de brasileiros, com 20.000 equipes. Os governos e prefeituras recebem incentivos financeiros para o desenvolvimento das atividades voltadas para a atenção básica e, de acordo com a legislação mais recente, tornam-se os grandes responsáveis pelo desenvolvimento das mesmas¹⁴.



As unidades de saúde da família devem caracterizar-se como porta de entrada dos usuários para os serviços de saúde. Não devem servir apenas para a triagem e encaminhamento dos clientes, mas sim desenvolver atividades de assistência que atendam aos problemas mais comuns da população. Dessa forma, a unidade de saúde funcionaria como um “funil”, dando conta de aproximadamente 85% da demanda exigida pela clientela¹⁵.

Uma etapa importante, que deve ser realizada, consiste na abertura de espaços de discussão e negociação entre gestores e representantes da comunidade (Conselhos de Saúde, associações de bairro, etc.) que se pretende assistir, ocasião em que se debaterá a importância do programa, seus objetivos e propostas.

Além disso, a definição conjunta das prioridades reforça o objetivo do PSF de promover o desenvolvimento integral da comunidade

14 Ministério da Saúde, 2001.

15 Ministério da Saúde, 2000.

assistida e permite o exercício do controle social - princípio do SUS que prevê a participação da comunidade no planejamento das ações de saúde para ela direcionadas. Tal estratégia torna mais fácil o acertar, uma vez que a programação das ações elaboradas situa-se cada vez mais próxima das necessidades da população. Dessa forma, o mecanismo de controle social é fortalecido pela inserção dos representantes da comunidade nos Conselhos de Saúde (municipais e locais), estando em condições de contribuir mais efetivamente na formulação de políticas nessa área.

Após implantada, a equipe do PSF inicia suas atividades com o cadastramento da clientela, processo que permite a criação de vínculos entre as equipes e as famílias, a identificação dos fatores relacionados às condições de saúde local e do âmbito onde as suas ações e de outros setores - como habitação e saneamento - serão necessárias. Assim, faz-se necessário utilizar, para cada família, uma ficha de cadastro contendo as seguintes informações:

- dados demográficos – nome, data de nascimento, idade e sexo. No início da ficha encontram-se os campos para preenchimento do endereço, fundamental para que a equipe se organize no planejamento dos segmentos territoriais a assistir;
- dados socioeconômicos - escolaridade, ocupação, meios de transporte utilizados;
- dados socioculturais - religião, meios de comunicação utilizados, participação em grupos comunitários;
- dados sobre o meio ambiente - sistema de coleta de lixo, fonte de água para consumo, tipo de casa, tratamento de água no domicílio, destino de dejetos;
- dados de morbidade - presença de indivíduos portadores de doenças ou condições especiais, serviços utilizados em caso de doença, aquisição de plano de saúde.

O resultado final das informações coletadas no período de cadastramento é denominado diagnóstico de vida e saúde das comunidades, pois permite conhecer os problemas que serão prioridades. Esse diagnóstico deve ser construído por toda a equipe, em conjunto com as famílias, permitindo a detecção de fatores de risco que determinarão a prioridade de intervenção das equipes, através da elaboração de um plano local para seu enfrentamento.

Diante desse plano, a equipe elabora seu processo de trabalho construído com objetivos acordes com as necessidades da comunidade e as possibilidades da própria equipe.

O cadastramento possibilitará a alimentação do banco de dados criado exclusivamente para armazenar informações sobre a atenção básica: o Sistema de Informações sobre Ações Básicas (SIAB) - utilizado



Quando não existe a unidade básica de saúde, muitas vezes as equipes de saúde da família atuam em espaços alternativos da própria comunidade, como as associações de moradores.



Geralmente, estabelecem-se como prioridades alguns grupos populacionais, como crianças com idade inferior a dois anos, gestantes, portadores de tuberculose ou hanseníase, indivíduos hipertensos e diabéticos.



A implantação dessa estratégia já conseguiu, em muitos municípios, reduzir os índices de mortalidade infantil e diminuir o número de mortes por doenças de cura simples e conhecida, além de reduzir as filas nos hospitais da rede pública e conveniada com o SUS.

para avaliar os resultados obtidos com o desenvolvimento de atividades das equipes do PSF e estudar as características das pessoas, dos domicílios e das condições de saneamento em que vivem as famílias sob responsabilidade das equipes (Ministério da Saúde, 2000). A avaliação das atividades do programa considera, ainda, os indicadores de saúde produzidos, o alcance das metas programadas, a satisfação da equipe de saúde da família e dos usuários e alterações efetivas no modelo assistencial.

7.2 O papel dos profissionais do PSF



Pólos de capacitação – é a articulação, entre instituições de saúde e ensino (Universidades e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde), que conta com recursos financeiros do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de recursos humanos destinados ao PSF.



Uma das maiores dificuldades para compor as equipes de saúde da família é o pequeno quantitativo de profissionais de saúde com perfil de atuação relacionado às práticas de saúde da família, decorrente da ausência de discussão do paradigma da promoção da saúde nos cursos de nível técnico, graduação e pós-graduação.

Geralmente, as equipes de saúde da família são constituídas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, sendo formadas por meio de processo de seleção variável em cada município. No mais das vezes, a capacitação é promovida pelos pólos de capacitação, criados com o objetivo de



preparar profissionais para trabalhar na perspectiva da promoção da saúde, em equipe e com preocupações integrais, coletivas e sociais. A capacitação dos mesmos é fundamental para que sejam desenvolvidas “ações humanizadas, tecnicamente competentes e intersetorialmente articuladas”, viabilizadas através do preparo dos profissionais em lidar com situações adversas presentes no cotidiano das ações das equipes de saúde da família¹⁶.

O médico (se possível, generalista) e o enfermeiro, em equipe e individualmente, atendem às famílias e desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças através da consulta e do acompanhamento domiciliar, entre outros procedimentos. Suas ações devem ser de caráter integral.

Na unidade de saúde e no domicílio, o auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de sua competência, bem como fornece orientação sanitária nos espaços comunitários. Suas atribuições¹⁷ são:

- participar do planejamento e organização das atividades a serem desenvolvidas e discutir a forma como a equipe desenvolverá o trabalho;

16 Ministério da Saúde, 2000.

17 Ministério da Saúde, 1997.

- desenvolver, com os agentes comunitários de saúde, atividades de identificação de famílias cujos componentes estão expostos a riscos à saúde;
- realizar visitas domiciliares, junto com o agente comunitário de saúde;
- acompanhar a consulta de enfermagem dos indivíduos, auxiliando o enfermeiro na identificação dos problemas, visando garantir o melhor monitoramento das condições do cliente;
- executar procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à saúde dos indivíduos (crianças, mulheres, idosos, trabalhadores, adolescentes, portadores de doenças transmissíveis ou crônico-degenerativas, etc.), de acordo com as prioridades estabelecidas em conjunto pela equipe do PSF e comunidade.

O agente comunitário de saúde é o elo entre as famílias e o serviço de saúde, realizando orientação de práticas mais saudáveis para a vida das famílias e visitas domiciliares, sendo supervisionado por toda a equipe. Uma de suas atribuições é mapear a área e cadastrar a população adstrita. Outra importante atribuição é orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde disponíveis, bem como estimular sua participação nos debates para o planejamento de ações.

7.3 As práticas de trabalho da equipe do PSF

Dentro da proposta de reorganização das práticas de assistência que orienta o PSF, novos e antigos instrumentos de trabalho foram incorporados para proporcionar melhor execução das atividades e facilitar o alcance dos objetivos de promoção da saúde. Além da consulta médica e de enfermagem individual, também é comum a realização de consultas conjuntas, com mais de um profissional atendendo o cliente, visita domiciliar e formação de grupos.

Dessa maneira, a visita domiciliar garante o vínculo e o acesso da equipe de saúde ao contexto familiar e social dos assistidos e destaca-se como uma atividade que permite acompanhar regularmente a saúde da família, prestar ou supervisionar cuidados e identificar, no domicílio e nas dinâmicas e relacionamentos do grupo familiar, os fatores que poderão auxiliar na determinação do processo saúde-doença. A visita domi-





Num primeiro momento, os reflexos produzidos com a implantação do PSF são de um aumento da demanda de atendimento nas unidades de referência, pois é como se as equipes “descobrissem” demandas reprimidas entre os clientes. Com o passar do tempo e a adoção de uma abordagem coletiva eficiente pela equipe do PSF, a tendência é diminuição desta demanda.



O trabalho da equipe de saúde da família processa-se com base nas ações básicas já definidas nos demais programas do Ministério da Saúde. O que o torna diferente é o caráter integral destas ações, uma vez que enfoca a família.

ciliar reúne um conjunto de ações de saúde voltadas para aspectos educativos e assistenciais, devendo ser planejada de acordo com as necessidades de cada família¹⁸.

Durante sua realização, a equipe do PSF consegue observar e identificar hábitos de vida que devem ser discutidos, estimulados ou desaconselhados, favorecendo a manutenção da saúde dos integrantes da família assistida.

Outra atividade da equipe de saúde de família é a internação domiciliar. A adoção desse procedimento reduziu o número de internações hospitalares entre os habitantes de áreas assistidas pelas equipes do PSF, embora não substitua a internação hospitalar. Para que a internação domiciliar seja a atividade de escolha, faz-se necessário considerar as condições clínicas dos clientes e a garantia da assistência pela equipe.

O principal objetivo dessa atividade é proporcionar a humanização do cuidado, a proximidade com a família e garantir o conforto ao paciente, diante de uma condição que, adequadamente monitorizada, pode ser perfeitamente acompanhada no ambiente do domicílio¹⁹.

Prática de grande impacto sobre a saúde da comunidade é a formação de grupos homogêneos, reunidos nos espaços comunitários ou da própria unidade de saúde, de acordo com os recursos físicos disponíveis. Os grupos são excelentes oportunidades para que a equipe de saúde atue de forma interdisciplinar, valorizando a participação de cada profissional na condução do processo de discussão de determinada condição de saúde - como a gestação, por exemplo. Tal prática faz com que a participação dos moradores cresça e que estes busquem, em conjunto, soluções para problemas comuns, como a realização coletiva de exercícios por um grupo de idosos sedentários. Conseqüentemente, promove-se o desenvolvimento comunitário.



8- DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS

As DSTs encontram-se amplamente disseminadas, exigindo do poder público iniciativas que levem ao seu controle. Para tanto, faz-se necessário estruturar os serviços de saúde de modo a que possam prestar adequada assistência aos portadores desses agravos, e principalmente envolver seus profissionais na execução de atividades ligadas à prevenção da transmissão e do contágio.

18 Mattos, 1995.

19 Ministério da Saúde, 1997.

Atualmente, cerca de 45 milhões de indivíduos estão infectados com o HIV, o vírus da imunodeficiência humana, causador da mais preocupante das DSTs: a síndrome da imunodeficiência adquirida, conhecida como SIDA ou Aids (sigla inglesa), considerada uma pandemia.

8.1 Aids/SIDA

A Aids é uma síndrome caracterizada pela diminuição da resposta imunológica do organismo a agentes patogênicos, causando uma série de doenças chamadas de oportunistas, porque não se manifestam em indivíduos com defesas normais.

O indivíduo pode contrair o HIV em relações sexuais desprotegidas (oral, anal, vaginal), exposição sanguínea (acidentes de trabalho com material biológico, transfusão, uso de drogas injetáveis com seringas e agulhas compartilhadas), durante o parto ou pela amamentação.

As manifestações iniciais da Aids são febre, mal-estar geral, aumento de gânglios, perda de peso, lesões na cavidade oral ou no esôfago, sudorese intensa, diarreia, entre outros. Como esses sintomas estão presentes em muitas outras doenças, o cliente deve ser submetido a exames específicos para o diagnóstico da Aids.

Para a detecção do HIV, é necessária a coleta de material sanguíneo para a realização de testes específicos. Quem deseja fazer o teste anti-HIV deve receber aconselhamento oportuno, podendo dirigir-se a uma unidade de saúde ou a um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O CTA realiza o teste anti-HIV mantendo a privacidade do cliente: um número lhe é fornecido, por meio do qual pode solicitar o resultado (Anexo II).

Nos CTAs, assim como nas unidades de saúde preparadas para prestar assistência aos portadores do HIV, é possível encontrar uma estrutura que favoreça a composição de grupos de integração entre os clientes, espaços onde ocorrem discussões sobre suas dúvidas em relação à doença e tratamento.

O atual tratamento da Aids aumentou a sobrevivência dos pacientes, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida. Hoje, são utilizados medicamento anti-retrovirais, que se encontram à disposição dos portadores do HIV em todos os postos de saúde, tornando o Brasil o único país a manter uma política pública de distribuição gratuita de medicamentos para o tratamento da Aids - tal exemplo é citado por muitos movimentos de reintegração de portadores do HIV do mundo inteiro, para conquistar em seus países de origem o direito de serem tratados gratuitamente.



Síndrome – é um conjunto de sinais e sintomas.



As portadoras do HIV em idade fértil devem ser orientadas acerca do risco de transmissão do vírus durante a gestação e o parto - embora atualmente já se saiba que o uso de medicamentos na gestação diminui em 95% as chances de o bebê nascer portador do HIV. Além disso, devem ser alertadas para não amamentar seus filhos.

Alguns indivíduos contraem o HIV, mas não manifestam a doença. Como não é possível detectar a presença do HIV nas pessoas por sua aparência, é sempre importante adotar condutas seguras, tanto no exercício profissional como nos relacionamentos sexuais.



Por que a preocupação em se garantir o anonimato na realização do exame anti-HIV?



Anti-retrovirais – são medicamentos que impedem ou diminuem a multiplicação dos retrovírus, como o HIV, contendo o avanço da AIDS no indivíduo. Os mais conhecidos e utilizados são o AZT (Zidovudina®), 3TC (Lamivudina®), ddI (Didanosina) e d4T (Estavudina®), entre outros.

O prognóstico para os doentes com Aids já não é tão sombrio como há pouco tempo atrás, principalmente a partir da utilização dos anti-retrovirais em conjunto, numa estratégia popularmente conhecida como *coquetel*.

8.2 Sífilis

Embora a sífilis seja uma DST de tratamento fácil e disponível em todas as unidades de saúde, ainda existe uma efetiva mobilização dos serviços de saúde em torno da detecção de casos dessa doença.

Essa preocupação deve-se ao conhecimento das conseqüências decorrentes da evolução da sífilis sem tratamento adequado. Outra razão para o empenho dos profissionais de saúde é a possibilidade de transmissão da doença de mãe para filho durante a gestação, causando uma síndrome denominada sífilis congênita.

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode atingir qualquer tecido ou órgão e tende a evoluir cronicamente. De acordo com sua evolução, pode apresentar-se em três fases, primária, secundária e terciária:

- sífilis primária: caracteriza-se pela presença do cancro duro, que é uma lesão ulcerada, única, indolor, de bordos bem-definidos e fundo liso. Geralmente, localiza-se na genitália externa ou outros locais por onde o *Treponema* penetrou o corpo (ânus, reto, lábios, boca, mamas ou dedos). Na mulher, a sífilis pode ser assintomática, independente da localização do *treponema*, o que possibilita a disseminação da doença.

Essa lesão regride espontaneamente, e normalmente o portador não procura uma unidade de saúde por pensar estar curado, permitindo que a doença evolua para a sífilis secundária.

- sífilis secundária: ocorre entre 6 e 8 semanas após o surgimento do cancro duro. Suas manifestações surgem após a disseminação do *Treponema* para todo o corpo, por meio da corrente sangüínea e vasos linfáticos. É uma fase caracterizada por lesões de pele, pequenas manchas acobreadas, denominadas roséolas sífilíticas, nas regiões palmar, plantar, ingüinal, entre as nádegas, tronco, face e membros superiores. Há ainda alopecia e porções distais das sobrelhas, placas mucosas e lesões semelhantes a verrugas planas nas regiões de dobras ou atrito. Também há queixas de febre baixa, mal-estar, cefaléia e artralgia.



Por se tratar de lesão indolor, as pessoas continuam mantendo relação sexual e transmitindo a doença.



Artralgia – é a dor na articulação ("junta").

- sífilis terciária: se o indivíduo acometido durante a fase secundária da sífilis não for assistido, a doença atingirá esta fase entre 3 e 12 anos após a infecção, e o seu portador manifestará sinais e sintomas de comprometimento ósseo, articular, neurológico, cutâneo-mucoso ou cardiovascular, refletindo a invasão da bactéria nos órgãos internos, principalmente nas válvulas cardíacas e cérebro, podendo levar à morte.

A sífilis pode ser diagnosticada através de critérios clínicos baseados nos sinais e sintomas apresentados, ou por diagnóstico laboratorial, pela realização de exames de sangue, que podem ser inespecíficos (VDRL) ou específicos (FT-Abs, TPHA) para a detecção do *T. pallidum* na corrente sanguínea.

Esses testes são especialmente úteis quando o portador se encontra na fase latente da doença e não apresenta sinais e sintomas de infecção, mas relata história sugestiva de infecção pelo agente causador da sífilis.

O tratamento da sífilis deve ser iniciado o quanto antes, tanto no caso do portador como no de seu parceiro. Também é aplicável a gestantes ou a bebês, filhos de gestantes não tratadas. Consiste na administração de antibióticos, preferencialmente a penicilina Benzatina®.

8.3 Gonorréia

Doença infecciosa causada por uma bactéria, do tipo gonococo, chamada *Neisseria gonorrhoeae*, que causa um processo inflamatório na mucosa uretral, denominado uretrite gonocócica.

Após o contágio, o agente infeccioso causa uma infecção superficial, mas a gonorréia pode evoluir com algumas complicações se não tratada adequadamente, causando inflamação e infecções em vários órgãos e tecidos, como o coração, articulações, ovários e meninges, que são atingidos porque o gonococo pode subir através do trato urinário e se disseminar pelos sistemas linfático e circulatório.

Os sintomas são dor ou ardência ao urinar, e corrimento uretral purulento e fétido, podendo haver febre. Manifestam-se cerca de 2 a 10 dias após o contágio. Porém, cerca de 70% das portadoras do sexo feminino são assintomáticas e transmitem a bactéria, muitas vezes sem o saber.

Ao afetar a gestante, existe a possibilidade de o bebê se contaminar durante o parto, causando a conjuntivite gonocócica. Para prevenir esse risco, as maternidades realizam a credeização ou método de Credê.



VDRL – sigla em inglês que significa Veneral Disease Research Laboratory, cuja tradução é Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas.



A gonorréia é popularmente conhecida como **gota matinal**, porque é comum a saída de secreção pelo meato uretral, pela manhã, quando o doente se levanta e vai realizar a primeira micção. Já o nome **gota militar** foi dado devido ao seu grande acometimento por militares. Antigamente, era chamada de blenorragia, que significa escoamento de muco.



Credeização ou método de Credê - consiste na aplicação de nitrato de prata nos olhos dos recém-nascidos e especificamente na genitália da menina.



Endocardite - é a inflamação das válvulas cardíacas. Pode ser causada por vários agentes, como o gonococo, mas também pode ocorrer devido a alguns medicamentos tóxicos, como o Interferon®, utilizado no tratamento da hepatite C.

O diagnóstico da gonorréia é feito com base no quadro clínico, embora possa ser utilizado método complementar de exame de amostras de secreção uretral.

Para seu tratamento utiliza-se antibióticos, disponíveis nas unidades de saúde para o portador e seu(s) parceiro(s). Quando ocorrem complicações devido ao acometimento de outros órgãos pelo gonococo, a hospitalização é indicada e o tratamento passa a ser direcionado em função do sistema atingido (no caso de uma endocardite, por exemplo, o paciente é acompanhado em uma unidade de cardiologia).

A equipe de enfermagem deve orientar o cliente, ensinando-lhe a ter os seguintes cuidados: trocar regularmente as roupas íntimas, após higiene habitual com água e sabonete; lavar as mãos antes e após o uso do vaso sanitário; não coçar os olhos, pois isto pode transportar o gonococo dos genitais para a mucosa ocular; não ingerir bebidas alcoólicas, pois estas irritam ainda mais a mucosa uretral; não manter relações sexuais, devendo ainda encaminhar o(s) parceiro(s) para tratamento na unidade de saúde.

8.4 Uretrites não-gonocócicas

As uretrites não-gonocócicas compreendem um conjunto de uretrites sintomáticas causadas por microrganismos que não o gonococo. O mais comum desses agentes é a bactéria *Chlamydia trachomatis*.

Semelhantemente à gonorréia, há saída de secreção purulenta do meato uretral no indivíduo acometido pela doença, causando dor e ardência ao urinar, gerando sérios desconfortos. O avanço das uretrites não-gonocócicas também pode desencadear conseqüências em todo o corpo, principalmente a doença inflamatória pélvica (DIP) em mulheres, podendo ocasionar infertilidade, através de mecanismo semelhante ao da disseminação do gonococo.

O diagnóstico considera o quadro clínico do portador e a ausência de gonococo no exame de amostras uretrais. O tratamento é feito utilizando-se antibióticos. Os parceiros sexuais também devem ser tratados.

Devido à semelhança entre as manifestações das uretrites não-gonocócicas e a gonorréia, os cuidados de enfermagem devem compreender orientações semelhantes, com ênfase na higiene do indivíduo e no correto seguimento do tratamento, inclusive pelo(s) parceiro(s).

8.5 Condiloma acuminado

Doença infecciosa causada por um vírus chamado HPV (papilomavírus humano), também conhecida como crista de galo ou verruga genital.

Caracteriza-se pelo surgimento de pequenas verrugas nas regiões genital anal e perianal, após a multiplicação do HPV nesses locais, entre 3 e 4 meses após a transmissão, sexual na maioria das vezes. Com o passar do tempo e sem tratamento adequado, essas verrugas podem crescer e unir-se umas às outras, adquirindo o aspecto de uma couve-flor.

É uma doença especialmente perigosa quando afeta a gestante, pois o crescimento das lesões pode obstruir o canal vaginal, levando à necessidade da realização de cesariana.

A ocorrência de infecção pelo HPV também aumenta os riscos de desenvolvimento de câncer de colo uterino. Portanto, as mulheres que já apresentaram infecção por esse vírus devem ser acompanhadas regularmente.

O diagnóstico do condiloma acuminado ocorre por exame clínico, podendo ser complementado com biópsia (retirada de pequena quantidade de tecido para análise em laboratório). Seu tratamento é feito em ambulatório, com cauterização química (por podofilina ou ácido tricloroacético) ou térmica (criocauterização). Porém, quando a lesão cresce demasiadamente, pode haver a necessidade de ser retirada cirurgicamente.

Deve-se orientar a realização da higiene do cliente com água e sabonete comum, com o cuidado necessário para não agredir as lesões. É importante que o auxiliar esteja atento a outras queixas, pois podem estar presentes outras patologias associadas. O doente não deve manter relações sexuais durante o tratamento, que poderá ser estendido ao seu parceiro.

8.6 Linfogranuloma venéreo

Também chamada de doença de Nicolas-Favre, é uma doença infecciosa de transmissão exclusivamente sexual, causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*. Sua entrada no organismo ocorre através de lesões na genitália, muitas vezes despercebidas, que eliminam a clamídia, atingindo o parceiro sexual.

Semelhantemente à sífilis, a doença manifesta-se em três diferentes fases.

A lesão primária, chamada de lesão de inoculação, surge cerca de 1 a 4 semanas após a transmissão. É geralmente pequena, indolor, po-

dendo sua localização ser pouco visível nos homens e mulheres e, assim, passar despercebida. Essa lesão regride espontaneamente.

Após alguns dias, a clamídia alcança os gânglios e o portador desenvolve uma linfadenopatia regional (lesão secundária), ou seja, há um aumento dos gânglios na região ingüinal., dependendo do local da lesão de inoculação. Geralmente, atinge apenas um lado, causando dor, febre e artralguas. Sobre a região aumentada, há a abertura de lesões, com saída de secreção purulenta e vários orifícios.

A terceira fase caracteriza-se pelo desenvolvimento de seqüelas. As quais ocorrem principalmente quando o linfogranuloma afeta a região anal, podendo levar à obstrução do ânus e à formação de fistulas e causar infecção disseminada por outros órgãos e tecidos pélvicos e abdominais.

O diagnóstico considera o quadro clínico, podendo ser auxiliado com a realização de exames complementares, como a cultura da clamídia e o exame bacteriológico direto. O tratamento é feito utilizando-se antibióticos.

8.7 Cancro mole

Doença causada por uma bactéria chamada *Haemophilus ducrey*, de contágio exclusivamente sexual. Sua principal característica é o surgimento de várias lesões, entre 2 e 5 dias após o contágio - que ocorre pelo contato com a secreção que sai das lesões do parceiro sexual. Tal secreção contém vários hemófilos, o que torna tão fácil a transmissão.

As lesões são dolorosas, de fundo irregular coberto de secreção fétida e amarelada, e com facilidade para o sangramento. Podem levar ao desenvolvimento de linfadenopatia ingüinal unilateral (bubão), quando o hemófilo atinge os gânglios, e ao aparecimento de lesões sobre os bubões, agravando o quadro clínico de seu portador. É também comum surgirem lesões nas coxas dos homens doentes, por auto-inoculação, ou seja, quando a lesão da glândula encosta-se à coxa torna-se capaz de transportar a bactéria, surgindo uma nova lesão.

Seu diagnóstico é feito a partir do quadro clínico e exame de esfregaço da lesão. O tratamento é realizado com antibióticos, podendo-se fazer a drenagem dos linfonodos para proporcionar alívio da dor.

Os cuidados de orientação aos clientes incluem abstenção de relações sexuais, higiene cuidadosa da genitália, estímulo à adesão ao tratamento e encaminhamento do parceiro à consulta na unidade de saúde.

8.8 Herpes genital

Doença causada pelo *Herpes simplex vírus* (HSV), dos tipos I e II. Embora possa provocar lesões em qualquer parte do corpo, acomete principalmente os órgãos genitais, cerca de 3 a 14 dias após o contágio, que pode ser sexual ou por contato com fômites.

O HSV, ao multiplicar-se na pele ou mucosa da genitália, causa pequenas lesões vesiculosas (em forma de bolhas), agrupadas, que se rompem dando origem a úlceras e, depois, a crostas. Anteriormente ao surgimento das lesões, pode haver sensação de ardor e prurido local.

As lesões regridem espontaneamente e o vírus permanece no organismo em estado de latência. Ao ser reativado, o quadro clínico mostra-se semelhante ao da primeira infecção, porém mais brando. As recorrências de ativação do vírus estão ligadas ao estresse do portador, exposição à radiação ultravioleta (luz do sol), febre e imunodepressão, entre outros fatores.

O diagnóstico é feito basicamente através do exame clínico. Como a herpes não tem cura, o tratamento é voltado para o alívio dos sintomas, com a drenagem das lesões e o uso de antivirais tópicos, até que o episódio acabe. Podem ser usados antibióticos, no caso de complicações como a infecção das lesões por bactérias. Alguns médicos prescrevem vacinas específicas para estimular a defesa do organismo, o que dificultaria a reativação do vírus.

8.9 Donovanose

É uma DST pouco freqüente, mas encontrada em países de climas tropical e subtropical, como o Brasil. É causada por uma bactéria denominada *Calymmatobacterium granulomatis*, transmitida pelo contato com as ulcerações presentes no doente.

Caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos, indolores, múltiplos ou únicos, e por ulcerações. Essas ulcerações, que surgem quase sempre nas regiões de dobras e na região perianal, apresentam odor fétido, aspecto vermelho vivo e fácil sangramento.

O diagnóstico baseia-se no quadro clínico e na realização de pesquisa pelos corpúsculos de Donovan, em material coletado através de biópsia. O tratamento é feito com a utilização de antibióticos.

Assim como nos casos de outras DST, é importante que o cliente receba orientações quanto à higiene cuidadosa da genitália e se abstenha de manter relações sexuais durante o tratamento da doença.

8.10 Candidíase (monilíase)

É uma das DST mais freqüentes, identificada nos relatos de muitas mulheres e homens. É causada por um fungo chamado *Candida albicans*, que habita a mucosa vaginal, sem causar sintomas em 10% a 20% das mulheres, e se manifesta mediante condições de desequilíbrio da flora vaginal, como gravidez, diabetes, Aids, uso de medicação imunossupressora e hábitos de higiene inadequados, dentre outras. A presença dessas condições permite que o fungo se multiplique e, com sua superpopulação, produza os sintomas de candidíase.

Suas principais manifestações clínicas incluem prurido vulvar, ardor ou dor ao urinar, vermelhidão e edema da vulva e corrimento branco, sem cheiro e espesso.

O diagnóstico pode ser feito através dos sinais e sintomas apresentados e também com a realização de exames laboratoriais, como a citologia. O tratamento é realizado com a utilização de antifúngicos. Compete à equipe de enfermagem participar do tratamento, dando orientações de medidas de higiene que dificultarão a proliferação do fungo e auxiliarão a prevenção de novos episódios da doença.

Tais medidas compreendem passar a ferro o forro das roupas íntimas, utilizar apenas sabonetes neutros na higiene íntima, não enxugar a vulva com rispidez após usar o vaso sanitário, não compartilhar roupas íntimas, não manter relações sexuais enquanto estiver em tratamento, encaminhar os parceiros sexuais para tratamento.

8.11 Tricomoníase

A tricomoníase é muito mais freqüente nas mulheres do que nos homens. É causada por um protozoário chamado *Trichomonas vaginalis*, que atinge a mucosa genital após relação sexual com indivíduo portador, assintomático ou não.

O doente apresenta corrimento amarelado, espesso, de odor fétido, dor no ato sexual (dispareunia), ardência e prurido na região genital. No entanto, afirma-se que mais de 50% das mulheres portadoras são assintomáticas.

Assim como em muitas DST, o diagnóstico pode ser realizado através dos sinais e sintomas apresentados e também com a realização de exames laboratoriais. O tratamento é feito à base de antifúngicos.

8.12 Pediculose genital

A pediculose genital, também chamada de “chato” ou ftríase, nada mais é que a infestação de piolhos nos pêlos da região genital, especialmente na região do púbis, sendo de uma espécie diferente daqueles que infestam os cabelos e o corpo. Hábitos de higiene inadequados, como compartilhar roupas íntimas, de cama e toalhas, e a convivência estreita em locais com más condições de higiene, como presídios e casas de prostituição, favorecem o aparecimento da pediculose pubiana.

O *Phthirus pubis*, agente da pediculose genital, também causa intenso prurido, o que pode provocar até ulcerações na pele sob os pêlos e conseqüente infecção destas pelas bactérias presentes nas mãos/unhas e nos próprios piolhos.

Para diagnosticar a pediculose, basta verificar a distribuição do prurido, concentrada nos pêlos, e não na vagina ou pênis, embora os piolhos circulem livremente e possam causar prurido também nessas regiões, quando se fixam na pele para sugar o sangue do indivíduo.

O tratamento é feito com uso de sabonetes especiais à base de permetrina, enfatizando-se a higiene íntima, procurando-se retirar os piolhos e lêndeas dos pêlos, das roupas íntimas, de cama e de banho utilizadas, que devem ser trocadas constantemente e fervidas.

8.13 Giardíase e amebíase

A giardia e a ameba são protozoários freqüentemente presentes no trato intestinal, onde tanto podem passar sem causar qualquer sintoma como podem levar à ocorrência de distúrbios diarréicos severos e importantes, sendo mais freqüentes entre as mulheres.

Se, após a evacuação, a mulher portadora desses microrganismos realizar uma higiene incorreta, trará restos de fezes para a mucosa genital, transportando os parasitas. A presença destes ocasionará infecção vaginal ou uretral, que pode ser transmitida através das relações sexuais. Sua transmissão também pode ser facilitada pela realização de sexo anal, seguido de sexo vaginal, sem utilização ou troca de preservativos. A prática de sexo anal seguida de sexo oral favorece o processo de transmissão da giardíase e amebíase.

O diagnóstico é feito com base nos sintomas apresentados ou mesmo pela detecção dos parasitas após a realização de exame preventivo ginecológico. A pesquisa dos parasitas nas fezes é essencial

para determinar a escolha correta do tratamento, que é feito utilizando-se antibióticos bastante potentes, disponíveis na rede básica de serviços de saúde.

8.14 Ações de atenção básica frente às DST/Aids

Com vistas a alcançar o controle das DST/Aids, o Ministério da Saúde estruturou programas cujas ações se baseiam na prevenção da ocorrência de novos casos, na detecção precoce e no tratamento oportuno para os portadores de DST/Aids e seus parceiros.

Na rede básica de saúde, essas ações são concretizadas através da realização de várias atividades. Na unidade de saúde ou na comunidade, os esforços dos profissionais de saúde devem estar comprometidos com trabalhos de educação em saúde que estimulem os indivíduos à reflexão sobre como as condutas sexuais por eles adotadas podem estar influenciando o aumento do risco de se contrair DST/Aids.

No nível das ações de atenção básica, é importante realizar:

- busca de portadores assintomáticos de DST durante a realização de atividades ligadas à discussão da sexualidade, e seu encaminhamento para o atendimento adequado;
- atividades de educação em saúde e aconselhamento pré-teste anti-HIV para todos os portadores de DST e gestantes;
- encaminhamento das gestantes ao pré-natal, para rastreamento com o teste VDRL, com vistas à eliminação da sífilis congênita;
- triagem e referência dos pacientes com DST e seus parceiros às unidades básicas de saúde, para manejo adequado.

Durante todo o processo que envolve desde a captação até a assistência a um portador de DST/Aids, é necessário que os profissionais estejam preparados para realizar uma forma de abordagem denominada aconselhamento, que pode ser individual ou em grupo.

Para o aconselhamento, faz-se necessário que os profissionais estejam devidamente capacitados pois este consiste em apoio emocional e educativo, constante discussão sobre a redução de riscos para DST/Aids e adoção de práticas sexuais seguras. O aconselhamento, desde que bem conduzido, é capaz de reduzir o estresse do cliente e melhorar os índices de adesão ao tratamento.

8.15 O que podemos fazer para auxiliar a prevenção de DST/Aids?

A melhor arma na defesa contra as DST/Aids é a informação. Considerando tal fato, todas as oportunidades que surgirem para a realização de atividades junto à população exposta ao risco de contrair e/ou transmitir essas doenças devem ser aproveitadas.

Devemos desmistificar a idéia de que apenas alguns grupos populacionais, como homossexuais, profissionais do sexo ou usuários de drogas injetáveis, estão expostos às DST/Aids. Também não é verdade que uma pessoa não possa ter DST mais de uma vez.

Algumas condutas devem ser recomendadas, por serem seguras e proporcionar a prevenção das DST/Aids:

- uso de preservativos, em todas as relações sexuais que envolvam sexo oral e penetração vaginal ou anal. Além de serem de fácil utilização, encontram-se disponíveis nas unidades de saúde e apresentam baixo custo quando adquiridos em estabelecimentos comerciais;
- redução de parceiros sexuais, para diminuir as chances de transmissão de DST;
- auto-exame dos genitais, com o auxílio de um espelho. Em caso de detecção de alguma alteração, deve-se procurar os serviços de saúde;
- fazer higiene após o ato sexual, objetivando diminuir o risco de contaminação de DST/Aids;
- não compartilhar seringas e agulhas com outros usuários de drogas injetáveis, procurando utilizar apenas materiais descartáveis.

Instruções para o uso correto de preservativos masculinos

1. Retirar a camisinha da embalagem somente na hora de usá-la, sem rasgar o invólucro com os dentes ou tesoura, para não correr o risco de estragar a camisinha.
2. Apertar a ponta da camisinha, para não formar bolha de ar durante sua colocação, o que pode causar seu rompimento. Essa ponta é que vai acumular o sêmen expelido durante a ejaculação.
3. Encaixar a camisinha na ponta do pênis ereto, desenrolar a camisinha até a base do órgão e largar sua ponta. Nesse momento, o ato sexual já pode ser iniciado. Não usar cremes ou loções, a não ser aqueles à base de água.



Drogadição - representa a dependência de um indivíduo em relação a uma substância química, normalmente decorrente de seu uso abusivo, também chamada droga. Exemplos: dependência de cocaína, maconha, álcool, fumo.



4. Após a ejaculação, enquanto o pênis ainda estiver ereto, retirar a camisinha e dar um nó em sua abertura, descartando-a no lixo.

Para cada ato sexual, utilizar uma nova camisinha.

Instruções para o uso correto de preservativos femininos

1. Retirar a camisinha da embalagem somente na hora de usá-la, sem rasgar o invólucro com os dentes ou tesoura, para não correr o risco de estragar a camisinha.
2. Apertar o aro interno (o mais estreito) e introduzi-lo no canal vaginal. Esse aro é que vai ser encaixado em volta do colo uterino, impedindo o deslocamento da camisinha durante o ato sexual.
3. Ajustar o aro externo (mais largo), segurando-o até a primeira penetração. Durante o ato sexual, não é mais necessário segurar o aro externo da camisinha.
4. Após a ejaculação do parceiro, retirar a camisinha, descartando-a no lixo. É importante trocar a camisinha em cada relação sexual.

9- DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

A relação de doenças denominadas crônico-degenerativas ou modernas é bastante abrangente, mas a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares (DCV) e o Diabetes mellitus serão especialmente estudadas, devido às altas taxas de sua incidência e prevalência em nosso país.

Essas doenças podem ser prevenidas se houver ações educativas que trabalhem com a perspectiva de modificar o estilo de vida pouco saudável. Para o diabetes, estima-se que metade dos casos novos poderia ser evitado com o controle do excesso de peso; outros 30% seriam evitados com o combate ao sedentarismo²⁰.

Além disso, os fatores relacionados à sua ocorrência são semelhantes e, em geral, encontram-se presentes de forma associada. Entre estes, destacam-se o estresse decorrente da industrialização e do desenvolvimento econômico, o aumento da idade da população, os distúrbios dietéticos, a obesidade, o sedentarismo, o consumo de álcool, o tabagismo, a drogadição, a ocupação ou o trabalho dos indivíduos²¹.

20 Ministério da Saúde, 2000.

21 Santos, 1995.

Para reafirmar a importância de desenvolvermos ações com o objetivo de prevenir e controlar tais doenças, citamos alguns estudos recentemente elaborados que apontam que a mortalidade proporcional por *Diabetes mellitus* vem crescendo desde a metade do século XX em todo o Brasil. Esses estudos registram, ainda, que a hipertensão arterial estaria relacionada a um aumento da mortalidade devido às doenças cérebro-cardiovasculares²². O desenvolvimento de programas educativos poderia reduzir o número de internações causadas por doenças crônicas não-transmissíveis.

9.1 Estratégias para o controle das doenças crônico-degenerativas

No cenário da saúde coletiva no Brasil, as atividades relacionadas ao controle da hipertensão arterial e do diabetes são operacionalizadas através do Programa Nacional de Controle da Hipertensão Arterial e Programa Nacional de Controle do Diabetes.

As atividades desenvolvidas nas unidades básicas de saúde objetivam a captação dos clientes hipertensos e diabéticos pela adoção de uma estratégia de verificação dos níveis de pressão arterial em qualquer indivíduo assistido cuja idade seja maior ou igual a 20 anos, e de verificação de glicosúria em indivíduos com idade igual ou superior a 30 anos.

Para a confirmação de um caso de hipertensão, faz-se necessário realizar três verificações consecutivas, em dias alternados. Os valores das pressões sistólica e diastólica estão especificados no quadro a seguir.

Pressão Diastólica	Pressão Sistólica	Tipo de Hipertensão Arterial
Menor que 85	Menor que 130	Normal
Entre 85 e 89	Entre 130 e 139	Normal limítrofe
Entre 90 e 99	Entre 140 e 159	Hipertensão leve (estágio 1)
Entre 100 e 109	Entre 160 e 179	Hipertensão moderada (estágio 2)
Maior ou igual a 110	Maior que 180	Hipertensão grave (estágio 3)
Menor que 90	Maior ou igual a 140	Hipertensão sistólica isolada

Fonte: adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília, 2001, p. 15.



Mortalidade proporcional – é a quantidade de óbitos relacionados a uma causa definida, dentro do conjunto de todos os óbitos ocorridos em uma população, num dado período.

Doenças cérebro-cardiovasculares – são doenças que acometem o cérebro e/ou o coração, em consequência de um comprometimento circulatório. Exemplos: acidente vascular cerebral isquêmico (“derrame”) e insuficiência coronariana.



Em 1930, as mortes por doenças cardiovasculares (DCV) representavam 11,8%; em 1996, esse percentual já era de 27,4%. Em 2000, 85% dos acidentes vasculares cerebrais e 40% a 60% dos infartos agudos do miocárdio ocorrem como consequência de hipertensão arterial²³.

²² Lessa, 1999.

²³ Ministério da Saúde, 2000.



- Muitas equipes do Programa Saúde da Família têm optado por organizar e participar de eventos com atividades extramuros, em associações, igrejas, praças e escolas, para captar novos casos de hipertensão e diabetes, bem como realizar orientações coletivas para prevenir complicações e controlar essas doenças.
- Com a implantação da Assistência Farmacêutica Básica, através da nova Política Nacional de Medicamentos, o tratamento das doenças tornou-se mais fácil através da oferta gratuita dos medicamentos mais frequentemente prescritos nas unidades de saúde. A Política Nacional de Medicamentos prevê, ainda, a prescrição e utilização de medicamentos denominados genéricos que, por serem livres de propaganda, têm seu custo diminuído em relação aos medicamentos equivalentes comercializados. Exemplo: ao invés de prescrever o analgésico Tylenol®, o médico pode prescrever o genérico Paracetamol, que é a substância farmacológica do mesmo medicamento.



Urinalise – é a análise laboratorial da urina.

Para a captação de clientes diabéticos, podem ser utilizadas estratégias de campanha de verificação de glicemia capilar ou de verificação de glicosúria.

É importante desenvolver atividades no ambiente domiciliar, porque neste cenário tem-se a oportunidade de observar a realidade na qual as pessoas vivem e se relacionam, detectando fatores relacionados à ocorrência de hipertensão e diabetes, como tabagismo, dieta inadequada, sedentarismo e outros. Assim, é possível discutir com a clientela as modificações que produzirão benefícios para a saúde.

Uma vez inscritos nas atividades dos programas, os clientes submetem-se a avaliações periódicas que, além da pressão arterial, incluem verificação de peso corpóreo e realização de alguns exames complementares, como eletrocardiograma, bioquímica do sangue, urinálise, solicitados de acordo com o problema apresentado. Os clientes passam a receber os medicamentos necessários ao controle das doenças (drogas hipotensoras, hipoglicemiantes orais, insulina injetável), de acordo com a relação de medicamentos constantes da farmácia básica.

Os tratamentos da hipertensão arterial e do diabetes baseiam-se na adoção de medidas farmacológicas, utilizando-se de drogas, e não farmacológicas, através de dietas e atividade física, entre outras medidas.

É importante sensibilizar o cliente para a importância da adesão ao tratamento, garantindo melhores resultados através de atividades coletivas ou individuais de educação em saúde, seja com discussão em grupos, cartazes, campanhas. A não-adesão ao tratamento é fator decisivo para a piora do estado do cliente, que deve ser informado quanto à possibilidade de complicações das doenças.

As atividades de educação em saúde em grupo favorecem o esclarecimento de dúvidas comuns a todos e a reflexão em conjunto sobre os estilos de vida que poderão trazer maiores benefícios para todos. Quanto mais descontraídos estiverem os participantes, melhor será o andamento das atividades. Nesse sentido, as atividades ao ar livre são bem-vindas, pois oferecem oportunidades de lazer associadas à promoção da saúde.

Nas atividades de acompanhamento aos clientes e educação em saúde, as seguintes medidas terapêuticas não-farmacológicas devem ser abordadas:

- restrição ou eliminação de hábitos pouco saudáveis (alcooolismo, tabagismo, drogadição);
- necessidade de prática regular de exercícios físicos;
- redução do consumo de café;

- ingestão de dieta pobre em sal e gorduras e, no caso do diabetes, restrição do consumo de carboidratos;
- manutenção de peso corpóreo próximo ao ideal;
- inclusão de atividades de lazer no cotidiano;
- cuidados com os pés dos clientes diabéticos, que devem ser mantidos limpos e secos; após o banho, os pés devem ser hidratados com uma loção, evitando passa-la entre os dedos (para evitar a umidade); os pés devem ser atentamente examinados todos os dias, pesquisando-se a existência de feridas ou cortes não anteriormente percebidos; preferencialmente, usar sapatos fechados, confortáveis, e sempre examiná-los por dentro antes de calçá-los; ao observar qualquer alteração na coloração dos pés ou ferimento, tal fato deve ser notificado ao profissional que acompanha o caso.
- para os diabéticos insulino-dependentes: cuidados na conservação e na auto-administração de insulina.

Os auxiliares de enfermagem que atuam nos programas de controle do diabetes e hipertensão devem desenvolver os seguintes cuidados: verificação da pressão arterial, aferição do peso para auxiliar no seu controle; realização dos curativos em clientes diabéticos com lesões; orientação, acompanhamento da auto-administração de medicamentos via oral ou injetáveis; verificação dos níveis de glicemia capilar; realização de visitas domiciliares aos clientes faltosos ou necessitados de cuidados domiciliares; organização e participação das atividades em grupo; organização da agenda para o retorno dos clientes às consultas necessárias ao seu acompanhamento.

10- SAÚDE DA MULHER

A assistência a saúde da mulher está organizada num programa do Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa prevê a assistência à mulher de forma integrada, abordando-se as várias fases de sua vida, da adolescência à menopausa, incluindo a assistência ao pré-natal, parto e puerpério (ciclo gravídico-puerperal), planejamento familiar (ciclo reprodutivo), assistência clínico-ginecológica (prevenção e controle do câncer ginecológico e de mama e prevenção das DST) e climatério. O objetivo do programa é melhorar as condições de saúde da mulher e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade maternas.



Ciclo gravídico-puerperal – é o ciclo que abrange as várias fases do processo de reprodução: gravidez, parto e puerpério.



Todas as ações preconizadas pelo PAISM são encontradas nas áreas técnicas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Coordenação dos Programas de Saúde da Mulher), bem como nos manuais e normas técnicas elaborados pelo Ministério da Saúde.



A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a realização de exames preventivos em pelo menos 85% da população feminina com idade superior a 20 anos. Porém, estima-se que no Brasil apenas 8% a 10% das mulheres incluídas nesse grupo realizam o exame preventivo.



Refleta sobre os determinantes que fazem com que o Brasil atenda somente a 10% do que a OMS preconiza no tocante à realização do exame preventivo.



Segundo o Ministério da Saúde, embora 99,9% das mulheres conheçam algum tipo de método anticoncepcional, apenas 76,7% das mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) o utilizam.

Na assistência clínico-ginecológica há especial preocupação com a prevenção do câncer de mama e do câncer cérvico-uterino. A ocorrência destes tipos de neoplasias expressa a baixa cobertura dos exames preventivos e pouco investimento em atividades de educação em saúde.

O câncer do colo do útero é uma doença possível de ser prevenida e curada. Entretanto, em nosso país representa a segunda causa de óbitos por neoplasia em mulheres, pois 70% dos casos diagnosticados já estão em fases avançadas. Ressalte-se, ainda, ser uma doença que incide mais em mulheres de baixo nível socioeconômico.

Para reduzir a incidência e a mortalidade por câncer de colo do útero, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino – o qual utiliza as estratégias de ações educativas e aumento da qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde. Seu público-alvo são as mulheres entre 35 e 49 anos de idade, consideradas como a população de maior risco.

As etapas do Programa de Prevenção de Câncer do Colo do Útero (PCCU) são:

- recrutamento, consiste em um conjunto de ações educativas que visam aumentar o conhecimento da população-alvo sobre o câncer de colo do útero;
- descrição detalhada das atribuições de cada profissional no controle e tratamento, bem como treinamento e reciclagem constantes dos profissionais;
- coleta de material para o exame de Papanicolaou (preventivo ou colpocitológico): consiste no preparo e orientação prévia da mulher, coleta do esfregaço, processamento e leitura do esfregaço no laboratório;
- avaliação do resultado, tratamento e acompanhamento do tratamento do câncer de colo do útero, quando se fizer necessário.

Este programa, como os demais, é operacionalizado pelas unidades básicas de saúde.

O câncer de mama é um grave problema de saúde pública, responsável por significativo número de óbitos entre mulheres adultas. É, provavelmente, o câncer mais temido pelas mulheres, tanto por sua alta frequência como, sobretudo, pelo impacto psicológico que provoca, visto envolver negativamente as percepções da sexualidade e autoestima.

A principal e mais efetiva arma que contra ele dispomos é o seu diagnóstico precoce mediante realização do auto-exame das mamas - procedimento que permite à mulher participar do controle de sua saúde, uma vez que possibilita a identificação precoce de quaisquer alterações das mamas.

As questões referentes à saúde reprodutiva da mulher convergem para a abordagem sobre o exercício responsável do seu direito reprodutivo, como forma de vivenciar sua sexualidade e ter liberdade sobre a escolha de tornar-se mãe ou não.

O Programa de Planejamento Familiar, do Ministério da Saúde, responsável pelo desenvolvimento das ações referentes ao ciclo reprodutivo, orienta-se especificamente por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, inclusive a esterilização voluntária - permitida tanto para homens como para mulheres com mais de 25 anos, ou pelo menos com dois filhos, ou quando há risco de vida à saúde da mulher ou do conceito.

As ações básicas previstas neste Programa preconizam, ainda, que sejam repassadas informações sobre a anatomia e fisiologia do corpo feminino, métodos anticoncepcionais, seu funcionamento, vantagens e desvantagens – tudo isto realizado através de metodologia de práticas educativas e acesso a todos os métodos, para que a mulher possa fazer a opção que a ela melhor se adegue.

A assistência à mulher durante as fases do ciclo gravídico-puerperal compreende todas as ações previstas no Programa de Assistência Pré-Natal – o qual deve ser estruturado com ações clínicas e educativas que visem garantir a saúde da mulher e de seu filho. Para operacionalizar essa assistência, há uma divisão pautada nas fases do ciclo: pré-natal (gestação), parto e puerpério (período até 6 semanas após a gestação).

O objetivo destas atividades relaciona-se à redução das complicações durante a gestação, que podem resultar em óbito materno e/ou fetal. No Brasil, os coeficientes de morte materna são considerados incompatíveis com o nível de desenvolvimento do país. Anualmente, cerca de 3.000 mulheres morrem em alguma fase do ciclo gravídico-puerperal, o que reflete desvalorização e desrespeito à vida, e baixa qualidade dos serviços de saúde.

No puerpério, a mulher deve receber atendimento clínico e esclarecimentos sobre o retorno à vida sexual, planejamento familiar, incentivo ao aleitamento materno, práticas de puericultura e direitos previstos em lei para as mães que trabalham ou contribuem com a Previdência Social.

Embora recente, a utilização de estratégias voltadas para a assistência no puerpério devem ser rotineiramente implementadas, pois neste período há uma concentração de morbimortalidade para a mãe, expressa em distúrbios psíquicos, infecção vaginal, mastite e doenças circulatórias obstrutivas, entre outros sintomas.

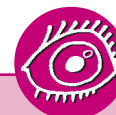
A assistência à saúde da mulher no climatério, visando promover uma vida digna nesta faixa etária, passou a ser uma necessidade devido



Direito reprodutivo – é o direito do ser humano em decidir sobre seu papel quanto à reprodução: se irá ou não ter filhos, quantos serão e que métodos utilizará para não ter gestações indesejadas, conforme dispõe a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7 do art. 226 da Constituição Federal - que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.



Em 1996, 21% das mulheres que optaram pela laqueadura tubária como método contraceptivo tinham idade inferior a 25 anos.



O Brasil é o segundo país em mortalidade materna.



Após o nascimento de uma criança, a mãe que contribui com a Previdência Social tem o direito, garantido em lei, de cumprir licença-maternidade de 120 dias para cuidar de seu bebê, recebendo normalmente seus vencimentos. Em alguns casos, é também concedida uma licença para amamentação. O pai também tem o direito a 5 dias úteis de licença-paternidade, normalmente utilizados para registrar o bebê e ajudar a mãe a dele cuidar.



A principal alteração do climatério é a menopausa, ou seja, a suspensão permanente do ciclo menstrual, que ocorre em média entre 48 e 50 anos de idade.



Osteoporose – é a doença que atinge os ossos, caracterizada pela perda de massa óssea decorrente de uma baixa absorção de cálcio pelos ossos.



A mulher vítima de violência sexual está mais propensa a uso de drogas, prostituição, depressão, suicídio, doenças ginecológicas e sexualmente transmissíveis e distúrbios da sexualidade, pois a violência gera um impacto psicológico negativo, capaz de desestruturar totalmente uma pessoa²⁴.

ao aumento da expectativa de vida da população brasileira como um todo - para 75 anos de idade, em média.

Esta fase do ciclo vital feminino indica que a mulher passou da fase reprodutiva, o que não significa o fim de sua sexualidade. É um período de transformações e ocorre entre os 40 e 65 anos. O climatério inicia-se gradualmente e está associado a uma série de alterações em decorrência da perda de atividade dos ovários, causando mudanças metabólicas (modificações das lipoproteínas), hormonais (queda progressiva dos níveis de estrogênio), genitais (ressecamento da mucosa vaginal) e psicológicas (depressão), por exemplo.

Normalmente, não se faz necessário qualquer tratamento para a menopausa, mas sim acompanhamento às situações que possam oferecer algum risco à mulher ou impliquem perda de sua autonomia e/ou comprometimento de sua integridade física (como a predisposição à osteoporose) e emocional (baixa auto-estima, receio de “não ser mais mulher como era antes”).

Como o climatério é um período de transição, é importante ressaltar a atenção que deve ser dada às questões reprodutivas pelo menos até um ano após a menopausa - pois uma gestação nessa fase se caracterizaria em risco de vida tanto para a gestante como para o conceito.

Nesta faixa etária deve-se atentar para o aumento da ocorrência de DST/Aids. Por não mais se preocupar com a hipótese de uma possível gravidez, a mulher sente-se mais livre para os relacionamentos sexuais, ficando exposta a adquirir uma DST/Aids caso não adote comportamento seguro. Outro aspecto é o fato de a mulher viver um relacionamento duradouro e estável, o que a faz acreditar que não corre o risco de adoecer. Orientá-la nesta fase é sempre um desafio, pois suas opiniões já estão formadas, sendo mais difícil mudá-las.

A assistência à mulher vítima de violência sexual tornou-se uma necessidade devido ao aumento, tanto nos espaços urbanos como nos rurais, da violência contra homens, mulheres e crianças. A segurança, assim como a saúde, é dever do Estado, mas há muitas barreiras para enfrentar tal problema, cujas causas residem principalmente nas condições de desigualdade social e falta dos recursos necessários para reduzir as desigualdades, e de investimentos na segurança propriamente dita.

Dentre todas as formas, a violência contra a mulher, tanto física quanto sexual, vem se destacando. Muitas vezes, ocorre dentro de sua própria casa, realizada por alguém conhecido (pai, marido, irmão, namorado, etc.).

Ao ser procurado por uma mulher que sofreu violência, o profissional de saúde deve estar capacitado nos programas especiais de

24 Ministério da Saúde, 1998.

atenção, para garantir que o abuso por ela sofrido gere o mínimo de medo, culpa e baixa auto-estima, seja nos aspectos físicos seja nos psicológicos. Além disso, o serviço de acompanhamento ginecológico e obstétrico das unidades de saúde deve estar estruturado para realizar as condutas e os encaminhamentos necessários.

Durante o atendimento, é importante que os profissionais de saúde envolvidos sejam sensíveis às dificuldades que a mulher apresenta para relatar o acontecido, havendo inclusive recusa em ser assistida por profissionais do sexo masculino. Cabe neste momento reforçamos a necessidade de que seja prestado um atendimento humanizado, valorizando as questões subjetivas expressas pela mulher (sentimentos, medo, dúvidas, incertezas), procurando proporcionar-lhe algum conforto para que possa sentir-se menos constrangida diante de toda a situação em que está envolvida.

A assistência a essa mulher compreende:

- Atendimento psicológico - a presença de um psicólogo acompanhando o atendimento prestado à vítima imediatamente após a agressão, ou durante algum período após, além de necessária é muito importante para garantir os resgates da identidade e dignidade da mulher, auxiliando-a na superação do sofrimento gerado;
- Prevenção das DST mais comuns - procurando garantir que a mulher não adquira algumas destas doenças, geralmente prescreve-se antibióticos de amplo espectro;
- Prevenção da hepatite B - deve ser oferecida vacinação contra a hepatite B, além da gamaglobulina hiperimune contra a hepatite B (HBIG);
- Prevenção da infecção pelo HIV - o médico deve prescrever os medicamentos antiretrovirais, desde que tomados num período curto (de 24 a 36 horas) após a exposição;
- Contracepção de emergência - recurso utilizado para evitar a ocorrência de uma gestação totalmente indesejada, decorrente de um ato de violência sexual. São prescritos hormônios num prazo de até 72 horas após o ocorrido, para impedir a implantação, no endométrio, de um possível óvulo fecundado;
- Alívio da dor e tratamento das lesões - são indicados cremes ou pomadas para auxiliar na cicatrização das lesões, e cuidados para que a cliente se sinta menos desconfortável após a agressão. Às vezes, faz-se preciso realizar sutura do períneo ou vulva, em decorrência da violência do ato sexual;



Uma das principais limitações impostas ao atendimento adequado à mulher vítima de violência é a dificuldade dos profissionais de saúde em identificar os sinais de violência. Na sua atuação diária você já recebeu alguma mulher vítima de violência? Já pensou em como o atendimento prestado pode ajudar a resgatar a dignidade de quem foi agredida?



Antibióticos de amplo espectro - são antibióticos que, devido às suas propriedades, destroem vários tipos de microrganismos ao mesmo tempo. Muitos destes antibióticos encontram-se disponíveis nas unidades de saúde.



Gamaglobulina hiperimune contra a hepatite B (HBIG) - soro onde já estão presentes os anticorpos que proporcionam defesa contra a hepatite B. Indicada nos casos de violência sexual e em alguns casos de exposição acidental a sangue e outros materiais biológicos.

- Apoio laboratorial - é necessário que a vítima de violência sexual seja acompanhada para avaliação tanto das repercussões do ato sexual em seu corpo como da eficácia do tratamento instituído. Periodicamente, devem ser realizadas pesquisas do vírus da hepatite B e do HIV, e sorologia para sífilis;
- Exame de corpo delito – realizado por profissionais de saúde e por peritos policiais, com coleta de sêmen e de outros materiais biológicos ou não, como cabelo, tecido de roupa e outros vestígios que possam viabilizar a identificação do agressor, quando este for desconhecido, constituindo-se em provas do crime.

Apesar de todas as condutas implementadas, se a mulher vier a desenvolver alguma doença decorrente do ato sexual deve ter a garantia de que receberá tratamento.

Questão fundamental é a gravidez indesejada decorrente de violência sexual. Este é um dos poucos casos em que a lei permite a interrupção da gravidez, mas é aconselhável que a mulher faça este procedimento com, no máximo, até 20 semanas de gestação; após este prazo pode vir a ter sérias complicações. Caso decida prosseguir com a gestação, a mulher deve ser encaminhada à assistência pré-natal. Se não quiser assumir a maternidade da criança, deve ser orientada quanto aos mecanismos disponíveis para o processo de adoção.

11- SAÚDE DA CRIANÇA: UMA PREOCUPAÇÃO COLETIVA



No Brasil, existem cerca de 16 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos. Deste grupo, cerca de 23% das mortes acontecem por doenças infecciosas, respiratórias ou distúrbios nutricionais – o que pode ser explicado pela fragilidade neste período de aceleração do crescimento. Nesta fase, a criança também está mais sujeita aos riscos oferecidos pelo ambiente.

Com o objetivo de modificar esta situação, estratégias de impacto coletivo têm sido adotadas e vêm mostrando resultados satisfatórios. A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984, iniciou a reestruturação do atendimento às necessidades

da saúde da criança com cinco principais focos de atenção: crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, orientação nutricional, assistência às doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas (IRAs) e imunização.

Utilizando essa abordagem, os serviços de saúde, em conjunto, atingiram alguns objetivos que tiveram influência positiva nas condições de saúde infantis: redução das taxas de mortalidade na infância, diminuição da mortalidade por doenças diarreicas e por IRAs, diminuição da ocorrência de desnutrição na infância e controle das doenças imunopreveníveis, incluindo-se aí a erradicação da poliomielite.

Entretanto, ainda há muitos problemas e obstáculos a serem superados para que se mantenham as conquistas atingidas e minimizem-se outros agravantes à saúde da criança. Por exemplo, ainda temos altas taxas de mortalidade perinatal, alta prevalência de recém-nascidos de baixo peso, grandes diferenças entre as condições de saúde nos meios rural e urbano e altos índices de gravidez na adolescência.

Nas atividades desenvolvidas pelas equipes dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, destaca-se a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e a inserção dos enfoques da saúde da criança.

A AIDPI é uma estratégia que visa integrar as ações de promoção de saúde da criança, por meio da assistência aos aspectos preventivos e curativos. É executada com uma abordagem por diagnóstico sindrômico, ou seja, realizado considerando os sinais e sintomas apresentados pela criança e/ou relatados por seus responsáveis. A principal característica da AIDPI é a “focalização da atenção nas populações de maior risco e a revitalização do nível primário de atenção, tornando-o mais resolutivo e capaz de prestar atendimento de qualidade às patologias de maior prevalência na população infantil”²⁵.

Para utilizarem-se desta estratégia, os profissionais de saúde passam por treinamento específico, o que os torna capazes de avaliar rapidamente todos os sintomas da criança, sem excluir problemas importantes. Por exemplo, avaliar se a criança está gravemente doente ou não, se necessitará ser referida a um hospital com urgência ou se o tratamento pode ser feito no ambulatório ou domicílio.

11.1 O Cartão da Criança como instrumento de vigilância à sua saúde

Como auxílio ao acompanhamento às questões relacionadas à saúde da criança, os profissionais de saúde dispõem do Cartão da Criança, instrumento que permite visualizar vários aspectos ligados às ações preventivas.

Nele constam, desde que corretamente preenchido, informações sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, seu estado vacinal, ocorrência de agravos e condições perinatais. Além disso, estão citados alguns dos passos do desenvolvimento esperados para a criança em determinada faixa etária, e os principais direitos das crianças e deveres dos responsáveis, contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente.

O mais importante é que, de fácil utilização, permite tanto o preenchimento como a interpretação de seus dados por qualquer profissional de saúde, desde que orientado. É padronizado em todo o território nacional e pode ser utilizado no contexto da unidade de saúde (em qualquer nível de atenção) ou nas atividades desenvolvidas pelos profissionais nos mais variados espaços sociais. Em nenhuma hipótese este documento deve ficar retido pelos profissionais, pois sua guarda é responsabilidade dos pais ou responsáveis da criança.

De grande importância, o Cartão da Criança (Anexo III) possibilita a identificação de distúrbios no crescimento pondero-estatural (ganho de peso e altura) através do método gráfico da “curva de crescimento”. Quando há alguma alteração na curva, pode-se detectar a ocorrência de distúrbios nutricionais como baixo peso para a idade, desnutrição calórico-protéica ou sobrepeso, o que contribui sobremaneira para o planejamento e implementação de ações que visem controlar estes problemas.

O preenchimento do Cartão da Criança, no gráfico da curva de crescimento de acordo com a idade, segue as seguintes regras básicas:

- o primeiro peso a ser registrado deve ser o peso ao nascer;
- a pesagem periódica da criança deve ser realizada em uma balança adequada à sua idade;
- o peso da criança será registrado diretamente no gráfico através de um ponto (-), com a localização relacionada à idade da criança;
- com as sucessivas pesagens, os pontos são ligados uns aos outros, formando o desenho da curva do crescimento.

A interpretação da curva é feita de acordo com a forma que adquire com o passar do tempo: se a curva está subindo, significa que a criança está ganhando peso e crescendo adequadamente; se a curva não sobe nem desce, o ganho de peso pode estar estacionado, requerendo a identificação de fatores relacionados a este fato e que intervenção deve ser feita junto à família; se a curva está descendo, a criança pode estar caminhando para uma desnutrição ou sofrendo algum agravo que necessita abordagem imediata, encaminhamento e, às vezes, hospitalização.

Logo abaixo do gráfico de ganho de peso, nos campos onde devemos preencher a idade da criança quando realizamos a pesagem, há espaço para o registro da ocorrência de outras doenças no período antecedente ao atendimento na unidade de saúde ou em outros espaços sociais, como o domicílio, por exemplo. Assim, caso outros profissionais interessem-se por estas informações poderão obtê-las com facilidade.

Podemos também identificar a situação vacinal da criança mediante avaliação do calendário vacinal.



É muito importante orientar os responsáveis para que tratem o Cartão da Criança como um documento e o levem para ser utilizado pelas equipes de saúde, seja nas unidades básicas de saúde, escola, hospitais ou domicílios.

12- SAÚDE DO ADOLESCENTE

O Estado brasileiro não pode ignorar o espírito inovador e construtivo da juventude, nem tampouco a importância de sua contribuição para o desenvolvimento do país, o que exige, como um todo, a especial atenção e mobilização dos vários setores de políticas públicas e da sociedade civil para que os jovens tenham acesso a bens e serviços que promovam sua saúde e educação, melhorando, assim, a sua qualidade de vida.

A importância demográfica do grupo de adolescentes, indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos, e sua vulnerabilidade aos agravos de saúde, bem como às questões econômicas e sociais nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente.

No entanto, os serviços que prestam assistência adequada às necessidades destes jovens são insuficientes, com acesso restrito, gerando uma demanda reprimida.

Para tentar superar esta situação e estabelecer a assistência adequada às necessidades dos jovens, é necessário conhecer seus proble-



Um adolescente de 13 anos, com 1,70 de altura, deve ficar internado na pediatria ou na clínica médica? E em uma unidade básica de saúde, que atendimento receberá?

mas e suas especificidades evolutivas, discutindo estratégias que se constituam como um conjunto de ações, integradas e intersetoriais, voltadas para o diagnóstico precoce, tratamento e recuperação e promoção à saúde, que lhes garantam uma assistência de forma integral, satisfatória e com resolubilidade.



Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária²⁷.

12.1 O profissional de saúde e o cliente adolescente

Para entendermos os adolescentes, faz-se necessário saber que “a adolescência é uma fase da vida do ser humano de profundas transformações físicas psicológicas e sociais. Conceitualmente, entende-se como adolescência a segunda década da vida, momento em que se estabelecem novas relações do adolescente com ele mesmo, nova imagem corporal, novas relações com o meio social, com a família e com outros adolescentes”²⁶.

Nesta fase da vida ocorre a definição dos valores, resultando na tomada de decisões que influenciarão o resto da vida (manifestação sexual, carreira a seguir, projeto de vida, perspectivas, etc.). Considerando-se tal fato, para auxiliar as futuras opções dos adolescentes faz-se necessário colocar à sua disposição informações que contribuam positivamente para escolhas saudáveis, de modo que possam, entre outros adolescentes, tornar-se multiplicadores destas informações. Além disso, é preciso estimular a sua inserção nos serviços de saúde e em outros serviços de caráter intersetorial com a educação, esporte, lazer, por exemplo.

Geralmente, há nos serviços de saúde um despreparo profissional e institucional para oferecer atendimento às necessidades específicas dessa clientela, além da falta de priorização dos adolescentes enquanto usuários. Conseqüentemente, as iniciativas de atenção ao adolescente restringem-se a um atendimento assistencialista/curativo, e não-educativo participativo.



Quem são os adolescentes?
Que grupo é este que, no Brasil, estima-se corresponder a aproximadamente 32 milhões de pessoas, ou seja, 21,84% da população?

12.2 A assistência à saúde do adolescente

Para tentar modificar estas distorções no modelo de prestação de assistência, muitos avanços foram alcançados pelos profissionais e instituições de saúde. O maior deles foi a criação, em 1989, do PROSAD, o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, que propôs as alterações necessárias para o enfrentamento da problemática que atinge esse segmento populacional.

As diretrizes do Programa de Saúde do Adolescente procuram atender as principais demandas desta parcela da população, com um enfoque integral as ações serão promovidas e efetuadas dentro do conceito de saúde proposto pela OMS como o “completo estado de bem-

26 Takiuti, 1988.

27 Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990.

estar biopsíquico e social, e não apenas a ausência de enfermidades ou doenças”, constituindo-se como um conjunto de ações, integradas e intersetoriais, voltadas para o diagnóstico precoce, tratamento e recuperação e promoção à saúde para a melhoria dos níveis de saúde da adolescência e juventude.

É importante dispor de uma equipe sensibilizada quanto à problemática dos adolescentes, se possível composta por profissionais de várias áreas, os quais devem trabalhar buscando reunir seus esforços, com objetivos comuns a serem atingidos. Os profissionais de saúde precisam estar capacitados a lidar com esta clientela, para realizar abordagens adequadas e que possibilitem um trabalho contínuo de educação em saúde, no qual o adolescente esteja envolvido não apenas como ouvinte mas também possa intervir com sua criatividade e reflexão crítica e, assim, assimilar melhor os conteúdos.

No quadro a seguir, são listados os principais problemas pertinentes à adolescência e as prioridades de ação dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), na tentativa de solucioná-los.

Principais problemas	Prioridades de ação
Violência (sexual, doméstica, homicídios, uso de drogas)	Vigilância, informação contínua e ações educativas para adolescentes, famílias e sociedade
Mortes por causas externas (acidentes de trânsito, principalmente)	Adolescentes como promotores de saúde, agentes multiplicadores (ações integradas com a educação e serviços de trânsito)
Gravidez não-planejada (de risco e precoce), DST/AIDS	Orientação sexual (descoberta do corpo, novos sentimentos e prazeres, métodos contraceptivos, relacionamento interpessoal e familiar, auto-estima e relações de gênero), acesso facilitado e continuidade na dispensação de métodos contraceptivos, com ênfase na dupla proteção, integração com a educação para ações educativas em sexualidade e saúde reprodutiva
Baixa escolaridade e inserção precoce no mercado de trabalho	Inclusão na escola, capacitação profissional, intervenções no processo de exclusão do mercado competitivo de trabalho: sua origem na infância desvalorizada, detecção e tratamento de agravos à saúde decorrentes de trabalhos insalubres

12.3 Atenção ao crescimento e desenvolvimento

Nas unidades de saúde, as atividades de acompanhamento do crescimento precisam de alguns elementos para serem desenvolvidos:

- conjunto de impressos adequado ao seu acompanhamento - como poucas unidades de saúde possuem atendimento específico para adolescentes, os prontuários terminam sendo adaptados para serem utilizados por estes clientes. É importante que a

equipe exercite sua criatividade e, dentro das ações prioritárias para os adolescentes, elabore instrumentos mais adequados à identificação dos aspectos a serem observados, relevantes para determinar suas condições de vida e saúde;

- conteúdo padronizado de atividades relativas ao adolescente - com a implantação do PROSAD, espera-se que os serviços de saúde que prestam assistência ao adolescente trabalhem com prioridades semelhantes, adequando-se ao perfil epidemiológico dos adolescentes atendidos, e estructurem seus serviços de forma a atender oportunamente as necessidades dessa clientela.

Os procedimentos realizados devem envolver os esforços de toda a equipe, de modo a garantir a obtenção regular de dados sobre o crescimento e desenvolvimento; o registro das informações, interpretadas segundo parâmetros estabelecidos; busca de fatores causais para eventuais distúrbios detectados; e manutenção das atividades de forma a intervir, quando necessário, sobre os fatores capazes de atingir o crescimento e desenvolvimento.

12.4 Sexualidade e saúde reprodutiva

Na adolescência, ocorrem as mudanças físicas que transformam a menina em mulher e o menino em homem. Este fenômeno se chama puberdade e ocorre, em geral, entre os 10 e 14 anos, no sexo masculino, e entre os 9 e 13 anos, no feminino. Nesta fase, o corpo desenvolve plenamente os órgãos que garantirão suas funções reprodutivas.

O despertar para a sexualidade intensifica-se na adolescência, com a descoberta do próprio corpo e de novos sentimentos como amor e paixão, carinho, beijos e toques e a descoberta do outro como importante e significativo. O início do ciclo menstrual e da primeira ejaculação, associados a todas as mudanças percebidas pelos adolescentes, geram uma série de sensações e dúvidas. Portanto, neste período é importante estabelecer o diálogo, oferecendo informações que esclareçam todas estas transformações e ações educativas que propiciem aos adolescentes participação ativa nas reflexões e discussões sobre o que lhes acontece. Caso contrário, podem desenvolver sua sexualidade com culpa, medo ou vergonha.

Os profissionais que realizam atendimento aos adolescentes devem conhecer os fatores associados à expressão da sexualidade e à ocorrência de problemas nesta área. Assim, será possível planejar ações junto aos adolescentes, na unidade de saúde ou na comunidade (associações de moradores, escolas, clubes, igrejas), desenvolvendo ativi-



A sexualidade é uma forma de expressão de sentimentos, muito particular em cada indivíduo, que não depende apenas de fatores biológicos (sexo) e deve ser respeitada. Suas várias formas de manifestação são influenciadas pelos costumes, cultura, pressões sociais e preconceitos, gerando dúvidas e ansiedade para o adolescente.

dades educativas que busquem esclarecer as dúvidas mais comuns relativas aos aspectos da adolescência (sexualidade, trabalho, estudo, relacionamento com os pais, alimentação, cuidados com o corpo, etc.), para que esta fase não resulte em repercussões negativas, físicas ou psicossociais.

Há algumas décadas, levantamentos realizados vêm apontando diminuição nas taxas de fecundidade em todas as faixas etárias. A única exceção ocorre entre as adolescentes, com maior percentual entre aquelas que têm de 15 a 19 anos de idade – o que talvez possa ser explicado pelo fato de que apenas 54,1 destas jovens utilizam algum método contraceptivo, e que muitas o façam de forma incorreta.

Entre 1993 e 1998, observou-se um aumento de 31% no percentual de parto de meninas de 10 a 14 anos atendidas na rede do SUS. Em 1998, mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo que quase três mil delas tinham de 10 a 14 anos²⁸.

É bem verdade que nem sempre as gestações na adolescência são indesejadas, o que indica outra questão a ser enfrentada. Muitas jovens engravidam em função de um problema social, que é a falta de perspectiva de vida, baixa auto-estima e problemas familiares, como se a gestação pudesse lhes tornar adultas e independentes mais cedo.

Em todo o mundo diariamente, mais de sete mil jovens – cinco por minuto – são infectados pelo HIV, perfazendo um total de 2,6 milhões por ano, o que representa a metade de todos os casos registrados. Estima-se que 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o HIV ou estão propensos a desenvolver a Aids nos próximos anos. Aproximadamente, 80% das transmissões do HIV decorrem do sexo desprotegido; e sabemos que o adolescente preocupa-se mais em evitar a gravidez do que em prevenir as DST/Aids. O ideal seria que sempre usassem o preservativo (masculino ou feminino), que lhes proporciona essa dupla proteção.

Os profissionais de saúde devem estar preparados e sensibilizados para prestar aconselhamentos a adolescentes de ambos os sexos, de forma que a manifestação da sexualidade seja discutida de modo responsável e amadurecido. Se nessa discussão for detectado algum distúrbio físico ou psicológico, deve-se proceder o encaminhamento dos jovens aos serviços que atendem adolescentes - sob as diretrizes do PROSAD - e, se necessário, aos serviços ligados ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ou aos serviços de DST/Aids.



A gravidez na adolescência é considerada um fator que pode desviar os adolescentes do seu projeto de vida; mas nem sempre é indesejada. Estudos realizados na Santa Casa de São Paulo apontaram que 47,1% das 384 adolescentes primigestas, quando indagadas, responderam que desejaram ficar grávidas. Assim sendo, torna-se imprescindível reexaminar as concepções implícitas nas abordagens convencionais de prevenção da gravidez na adolescência e reavaliar o processo de aumento da maternidade/paternidade entre os adolescentes - gravidez essa que para alguns adolescentes faz parte do seu projeto de vida, não sendo nem irresponsável, nem acidental.

12.5 Saúde do escolar adolescente

A entrada do adolescente no mercado de trabalho ocorre cada vez mais cedo. Há cerca de 10 anos, em torno de 17% dos jovens entre 10 e 14 anos e 57% de jovens entre 15 e 19 anos já faziam parte da população economicamente ativa.

Resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)²⁹ mostram que aproximadamente 51% das mulheres de 15 a 19 anos e sem escolarização haviam se tornado mães, e que quase 5% estavam grávidas do primeiro filho. Entre as mulheres com 9 a 11 anos de estudo, essas proporções correspondem a 4% e 2%, respectivamente, o que indica, nas mulheres mais jovens, uma correlação negativa entre escolaridade e fecundidade. A mesma pesquisa aponta que 13% das mulheres de 15 a 24 anos, alguma vez unidas, declaram abandonar a escola por ficar grávida, casar ou ter de cuidar dos filhos. Isso possibilita a hipótese de que existe causalidade nos dois sentidos da relação entre maternidade e educação. A causalidade no sentido inverso, ou seja, a maternidade afetando a vida educacional das mulheres, parece ser muito mais direta³⁰. Os ônus relacionados à maternidade dificultariam o progresso da escolarização das mães, afetando a inserção exitosa no mercado de trabalho, colaborando, assim, para a continuidade do ciclo de pobreza com todas as más conseqüências para a qualidade de vida dessas jovens. Os homens adolescentes, também, carregam o ônus de uma gravidez não-planejada quando assumem a paternidade sem estrutura econômica e às vezes emocional para cuidar e educar um filho.

Como cerca de 14,45% dos jovens entre 10 e 14 anos e 9,42% dos jovens entre 15 e 19 anos são analfabetos, estes dados significam, em muitos casos, evasão escolar, aumento do subemprego, baixa remuneração e, ainda, exposição do adolescente ao risco de sofrer acidentes de trabalho, sem qualquer garantia de benefícios legais.

Principalmente nas grandes cidades, cresce o risco de estes jovens tomarem o tortuoso caminho da criminalidade, acrescentando mais dados aos já tão altos índices de violência. Dessa maneira, faz-se necessário um esforço conjunto dos setores saúde, educação, segurança pública, assistência social, entre outros, no sentido de manter os jovens envolvidos nas atividades escolares.

É importante que a escola e as unidades de saúde estejam integradas para que se possa utilizar o espaço escolar a fim de promover atividades de educação e saúde, como discussões sobre uso de drogas, prevenção de DST e gravidez, e para discutir meios de melhorar a aprendizagem do aluno adolescente, oferecendo, também, suporte nas questões ligadas à saúde mental e bucal, por exemplo.

29 BENFAM, 1997.

30 Coelho e Souza, 1998.

12.6 Prevenção da violência e de mortes por causas externas

No Brasil, a violência atinge toda a população, havendo pouca distinção entre classes, cor ou sexo. Entre os jovens, porém, seus níveis têm se mostrado cada vez mais elevados, revelando a necessidade da proteção da saúde do adolescente e a urgência na elaboração de políticas intersetoriais que afastem os jovens da violência.

O consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas ilícitas é uma das principais causas de acidentes, suicídio, violência, gravidez não-planejada e transmissão de doenças por via sexual.

A maior causa de morte entre adolescentes são as causas externas, as quais compreendem principalmente acidentes, homicídios e suicídios. A violência entre os jovens também se manifesta sob a forma de maus-tratos, violência sexual, exploração sexual ou uso de drogas.

Qualquer tipo de violência pode ocorrer no trabalho ou no dia-a-dia e, por mais absurdo possa parecer, é também no ambiente familiar que adolescentes e crianças sofrem maus-tratos e violência física, psicológica ou sexual. A violência física e psicológica, muitas vezes, é usada pelos responsáveis com o pretexto de educar ou corrigir, e geram traumas que podem acompanhar o adolescente pelo resto de sua vida.

Além de atuarmos junto à sociedade prevenindo a ocorrência da violência doméstica, devemos estar atentos para detectar os sinais de maus-tratos, para realizarmos os devidos encaminhamentos, utilizando os meios disponíveis na realidade local.

No tocante aos acidentes, ocorrem principalmente entre os adolescentes do sexo masculino, na grande maioria com veículos a motor. Para explicar tal ocorrência são apontadas características de personalidade dos adolescentes (curiosidade, irreverência, contes-tação), interações de fatores psicológicos e sociais, como a influência do grupo com o qual o jovem convive, a baixa aplicabilidade das leis de trânsito, favorecendo a idéia de impunidade, e as deficiências do sistema viário.

Partindo-se da idéia de que todo acidente pode ser evitado, deve-se atuar para prevenir sua ocorrência. Esta ação depende dos esforços de profissionais de várias áreas; enquanto profissionais de saúde, devemos, com os jovens e seus responsáveis, realizar trabalhos de educação em saúde divulgando a importância da segurança no trânsito.

Outro grave problema a ser enfrentado é o uso de drogas. Todas as formas de violência geram um terrível impacto sobre a vida do ado-



Políticas intersetoriais – são estratégias de administração de recursos físicos, humanos e financeiros desenvolvidas pelos vários setores (educação, habitação, transporte, segurança, assistência social, esporte, etc.), adotadas visando atingir o bem comum.



O potencial de tensão social no Brasil está basicamente localizado nas comunidades de baixa renda (marcadas pela exclusão), as que mais sofrem o fenômeno da violência com elevadas taxas de mortalidade, especialmente entre os mais jovens, fazendo com que o país ocupe o terceiro lugar no mundo em mortalidade de jovens entre 15 e 24 anos, especialmente os do sexo masculino³¹.



Art.18 – É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (Estatuto da Criança e do Adolescente).

31 UNESCO, 2000.

lescente e de sua família. No entanto, a dependência de drogas aproxima ainda mais o jovem de situações que o expõem à violência, pela própria ilegalidade do tráfico de drogas e dos meios que o jovem se utiliza para obter a droga que consome.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (1996), verificou-se que 80,5% dos adolescentes já consumiram bebida alcoólica, 28% já fumaram cigarros de tabaco e 22,8% já usaram algum tipo de droga ilícita. Estes mesmos estudos apontam que a maior incidência de uso de drogas acontece entre adolescentes que trabalham e estudam, estão atrasados nos estudos em 3 anos ou mais ou têm pais separados ou falecidos, podendo estar presente mais de uma destas situações. Estes dados nos ajudam a perceber o quanto os determinantes sociais podem vir a influenciar as condições de saúde dos adolescentes.

Diante destas afirmativas, o profissional de saúde deve valorizar cada contato com o adolescente e sua família, seja na unidade de saúde ou comunidade, a fim de identificar precocemente condições que o levariam a se tornar um usuário de drogas ilícitas ou mesmo lícitas, para tentar intervir sobre estas condições mediante um trabalho de orientação em saúde e fornecimento de apoio psicológico e emocional.

Estas ações também devem acontecer junto à escola, com captação e troca de informações sobre as condutas a serem adotadas para a prevenção do uso de drogas entre os jovens.

12.7 A família do adolescente

A família é um núcleo da comunidade onde nossa atuação pode ser muito produtiva. Muitos problemas dos adolescentes têm origem nesse contexto e quando conseguimos detectar e intervir junto a esses fatores a família, muitas vezes, torna-se elemento facilitador para o êxito das ações.

As famílias apresentam-se de várias maneiras, às vezes distantes do ideal por nós idealizado. O importante é nos despirmos dos preconceitos e aproveitarmos as oportunidades, procurando, sempre que possível, envolvê-las nas atividades desenvolvidas com o adolescente.

13- SAÚDE DO IDOSO

O despreparo generalizado para lidar com o envelhecimento reflete-se em alguns indicadores, que sinalizam a urgente necessidade de mudanças. Os idosos apresentam o maior índice de hospitalização por faixa etária e o maior custo médio de hospitalização no país. As contribuições à Previdência Social geralmente não se refletem de forma justa nos benefícios recebidos pelos idosos, fazendo com que muitos continuem a trabalhar exaustivamente para manter seu sustento.

Para alterar este quadro de rejeição social, faz-se necessária a mobilização de todos os setores para beneficiar os idosos com a melhoria de sua qualidade de vida, resgatando sua dignidade e criando oportunidades para que desfrutem de uma vida ativa na sociedade, junto à sua família, com independência e autonomia. Isto só será possível através da valorização de suas habilidades e conhecimentos e da adequação dos recursos disponíveis às suas necessidades³².



13.1 Estratégias para atendimento às necessidades específicas dos idosos

Na tentativa de criar estratégias para facilitar a reorganização dos serviços de saúde para que possam atender às necessidades de saúde dos idosos, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, o PAISI.

A principal meta a ser alcançada tanto pelo PAISI como por qualquer outra iniciativa voltada para os interesses dos idosos é a mobilização da família e da comunidade para que assumam seu papel no processo de valorização dos idosos³³.

Os profissionais que desenvolvem atividades na perspectiva da atenção básica estão mais próximos do conhecimento acerca das condições de vida e saúde destes idosos, sendo mais fácil identificar quais fatores de risco necessitam de intervenção junto às famílias e à comunidade.

Sob tal ótica, os profissionais de saúde podem executar atividades de impacto individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos e prestação de assistência aos idosos.



Você sabia que existem leis que garantem atendimento preferencial em bancos, assentos reservados em transportes coletivos e acompanhamento de familiares para idosos acima de 65 anos durante a hospitalização? O que fazer para garantir que sejam cumpridas?

32 Ministério da Saúde, 2000; Caldas, 1993.

33 Duarte, 1994.



Durante o processo de educação em saúde, os enfoques devem conter aspectos ligados à sexualidade, alimentação, sedentarismo, direitos conquistados e adaptação do ambiente domiciliar para a prevenção de acidentes.



Laborativas – são todas as atividades de trabalho.



Exemplo disso são as caminhadas mensais realizadas pela equipe de saúde de uma unidade básica do Rio de Janeiro, promovidas com clientes idosos, hipertensos e diabéticos, em um dos locais mais bonitos da cidade: o Jardim Botânico. Com a realização da caminhada, a equipe consegue integrar os clientes e estimular a adoção do hábito de exercícios regulares leves, ideais para eles.

13.2 Promoção à saúde

As atividades ligadas à promoção à saúde dos idosos devem ser realizadas junto a eles próprios e à sociedade como um todo. Entretanto, faz-se necessário ter a clara idéia de que um envelhecimento saudável começa hoje, com a adoção de hábitos saudáveis no presente (adulto jovem) para gerar tranquilidade no futuro. As atividades devem estar voltadas para a divulgação de informações acerca do processo de envelhecimento para o idoso, sua família e cuidadores de idosos dependentes³⁴.

É importante empenharmos nossos esforços para estimular a reflexão e mobilizar a sociedade, de forma a facilitar e garantir o acesso e a permanência dos idosos em todas as atividades físicas, laborativas, etc.

Uma forma criativa de garantir o envolvimento dos idosos em atividades de lazer é a realização de passeios por locais de visitação pública, como praças, jardins zoológicos e botânicos, onde poderão desenvolver atividades físicas leves e, ao mesmo tempo, conhecer novas informações. É importante que os idosos iniciem ou retomem atividades que desenvolviam quando mais jovens, o que traz benefícios à sua saúde como um todo.

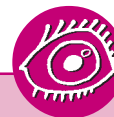
13.3 Prevenção de agravos

O envelhecimento é fisicamente caracterizado por uma degeneração gradual e progressiva dos órgãos, tecidos e metabolismo, acarretando enfraquecimento de muitas funções. Há também perda de energia e alterações na aparência e condições psicológicas.

É justamente neste período que se apresentam as repercussões de doenças crônico-degenerativas, principalmente as relacionadas ao aparelho cardiocirculatório. Estas repercussões são a principal causa de óbitos entre os idosos, seguidas pelas neoplasias. Ocorrem ainda em grande frequência incontinência urinária, instabilidade postural e quedas, imobilidade, demência e depressão.

As DST também merecem nossa atenção junto à saúde do idoso pois com o aumento da expectativa de vida e a melhora gradual da qualidade de vida, a ocorrência dessas doenças vem crescendo nesta faixa etária, cujos conceitos sobre sexualidade são mais difíceis de trabalhar em virtude de os idosos terem opiniões formadas acerca de certos temas (como resistência à utilização de preservativos), além da vergonha de falarem sobre esse assunto.

34 Ministério da Saúde, 2000.



Para assegurar que os idosos estejam protegidos contra a gripe e pneumonia durante o inverno, época em que estas doenças mais acontecem, a campanha de vacinação dos idosos acontece no mês de abril, sendo muitas vezes estendida até a primeira quinzena de maio.

Queixas freqüentes de tontura, alteração da visão ou audição, dores localizadas ou generalizadas, isolamento social, temperamento instável, pressa para ir ao banheiro, entre outros, são sinais e sintomas que se percebidos e considerados logo no início podem determinar uma assistência mais segura ao idoso.

Outra importante atividade de prevenção é a vacinação contra tétano acidental, gripe e pneumonia, recomendada pela OMS. Estas vacinas encontram-se atualmente disponíveis em quase todas as unidades básicas de saúde e, geralmente sob a estratégia de campanha, são utilizadas as vacinas dupla tipo adulto, antiinfluenza e antipneumocócica³⁵.

13.4 Assistência aos idosos

No nível da atenção básica, a assistência aos idosos é operacionalizada tanto nos programas de atenção básica ampliada como na própria unidade básica de saúde, onde é realizada consulta médica e de enfermagem em geriatria, executada por médico ou enfermeiro capacitados adequadamente, buscando-se atender integralmente às necessidades expostas pelos idosos, sua família ou ambos, estando os idosos dependentes ou não³⁶.

Nas ações desenvolvidas pelas equipes dos programas de atenção básica ampliada, é importante buscar a avaliação das condutas terapêuticas prescritas para melhorar as condições de saúde dos idosos adoecidos ou dependentes de cuidadores, estimulando-se o autocuidado, sempre que possível.

Nesse contexto, o auxiliar de enfermagem pode identificar situações de risco para os idosos, repassando-as à equipe, além de prestar cuidados de enfermagem necessários. Também pode orientar as modificações que precisam ser feitas no ambiente, quando possível (retirada de tapetes, iluminação mais adequada, banheiros mais acessíveis, camas e cadeiras mais altas, etc.), e encaminhar os idosos para vacinação, após verificação de seu estado vacinal.

14- SAÚDE BUCAL

O acesso aos serviços de saúde em nosso país tem sido discutido há anos. Com a implantação das estratégias de atenção básica ampliada, houve uma melhoria nos índices de morbidade. Entretanto,

35 Ministério da Saúde, 1999.

36 Ministério da Saúde, 2000.



Odontopatias – são afecções dos dentes: cáries, distúrbios na implantação, inflamações dos componentes internos, entre outras.



O Brasil é um dos países que mais dentistas possui. Por que será que nosso país possui alto índice de pessoas desdentadas e com dentes cariados?



Dieta cariogênica – é um tipo de dieta que, por ser rica em açúcares, favorece seu depósito nos dentes, gerando cáries.

alguns agravos, como as odontopatias, ainda persistem e necessitam de intensificação das ações de saúde voltadas para a prevenção.

As odontopatias atingem extensa parcela de cidadãos brasileiros, pelo menos uma vez durante sua vida, persistindo em muitos grupos populacionais. As principais são as doenças periodontais (que atingem as gengivas e os dentes) e as cáries.

É muito comum observarmos adultos e idosos utilizando próteses, completamente desdentados. Isto reflete a ausência de assistência odontológica anterior a esta condição³⁷.

Em pesquisa realizada em 1993 pelo Ministério da Saúde, em parceria com o SESI, descobriu-se que os adolescentes brasileiros, aos 12 anos de idade, apresentam cerca de cinco dentes cariados, perdidos ou obturados – para efeito comparativo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) determina que este índice deve ser de apenas três ou menos de três dentes afetados.

A OMS determina, ainda, que 85% dos adolescentes devem estar com todos os dentes aos 18 anos; entretanto, no Brasil apenas 32% dos adolescentes conseguem atingir esta idade sem perder nenhum dente.

As gestantes também constituem grupo de risco para o desenvolvimento de cáries, devido às carências nutricionais comuns durante a gestação. Por sua vez, o demasiado consumo de açúcar na gestação pode influenciar a formação de cáries na criança em desenvolvimento.

Além da preocupação com os dentes, devemos estar atentos ao câncer de boca. Sua incidência tem aumentado nos últimos anos, principalmente devido ao tabagismo, mas, se detectado precocemente, possui grandes chances de cura sem seqüelas.

14.1 O que podemos fazer?

Se a cárie é um problema que pode ser prevenido, devemos concentrar nossa atenção para o desenvolvimento de ações educativas que promovam a saúde bucal da população. Deve-se estimular o autocuidado e a adoção de hábitos saudáveis, como escovação dentária, higienização bucal e restrição ou eliminação do tabagismo.

É também importante incentivar o uso “inteligente” do açúcar, restringindo o consumo de doces para após as refeições, e nunca entre as mesmas. Este hábito eliminará a dieta cariogênica, que por ser rica em carboidratos pode gerar condições para a multiplicação das bactérias que formam uma placa e causam a cárie (CRO-RJ).

37 Kawamoto, 1995.

14.2 Responsabilidades da equipe de saúde

O cirurgião dentista é o profissional que desenvolve e coordena as ações preventivas e curativas ligadas à saúde bucal, e pode estar presente tanto na unidade de saúde como integrando a equipe ampliada do Programa Saúde da Família.

Na ausência do técnico em higiene dental (THD) ou auxiliar de consultório dentário (ACD), o cirurgião dentista pode treinar e supervisionar os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem no tocante à realização de atividades de promoção à saúde bucal, nos espaços disponíveis nos serviços de saúde e na comunidade.

No Ministério da Saúde, a Área Técnica de Saúde Bucal, juntamente com o Programa Saúde da Família, entendeu a necessidade de expandir as ações de odontologia no PSF, numa perspectiva que contemplasse a integralidade, articulando as ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras.

Mediante realização do cadastramento e visitação da população assistida pelas equipes do PSF, os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde são capazes de apontar as famílias cujos domicílios carecem de rede de saneamento básico e fornecimento adequado de água tratada com flúor.

Considerando que a fluoretação da água é uma eficaz medida de prevenção das odontopatias, as informações sobre as condições de abastecimento de água tratada indicam quais famílias estão mais propensas a ter integrantes apresentando cáries. Essas informações auxiliam a detecção da necessidade de ação de outros setores para determinar melhores condições de saúde para a população³⁸. Capacitados e supervisionados pelos cirurgiões dentistas e enfermeiros especializados em saúde bucal, os auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde podem contribuir realizando as seguintes ações³⁹:

- transmitindo informações sobre saúde bucal no domicílio e espaços coletivos (igrejas, escolas, salas de espera de unidades de saúde, etc.);
- transmitindo informações sobre promoção à saúde e prevenção dos principais agravos em saúde bucal;
- orientando a realização de higiene bucal através de escovação e uso do fio dental e emprego de métodos alternativos de flúor a serem desenvolvidos no domicílio e espaços sociais existentes;
- indicando e organizando referência e demanda para visitação ao cirurgião dentista, de acordo com a oferta de serviços existentes.

38 Ministério da Saúde, 1993.

39 Ministério da Saúde, 2000.

15- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.C.P. de. Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Anais. 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*. São Paulo, p.142-149, 1997.
- ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. *Maus tratos contra adolescentes: proteção e prevenção. Guia de orientação para profissionais de saúde*. Petrópolis, 1992.
- APECIH - Orientações para o controle de infecções em pessoal da área da saúde. São Paul, 1998.
- BENFAM/MACRO International. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. 1996.
- BLAXTER. M. *Health and lifestyles*, New York: Routledge, 1990.
- CALDAS, C. P. A abordagem ambulatorial de enfermagem em geriatria. *Revista de Enfermagem - UERJ*, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 92-95, nov. 1993.
- CANNON, L. R. C. *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira*. Brasília. Ministério da Saúde. 1999.
- CARVALHO, G. M. *Guia prático para evitar a gravidez*. São Paulo: EPU, 1987.
- CHIESA, A.M., BERTOLOZZI, M.R., FONSECA, R.M.G.S. da. A Enfermagem no cenário atual: ainda há possibilidade de opção para responder às demandas da coletividade? *O Mundo da Saúde*. São Paulo, ano 24, v.24, n.1, p. 67-71, 2000.
- CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. *Hanseníase: tratamento e cura ao seu alcance*.
- CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – CRO-RJ. *Mantenha a saúde sorrindo*. Folheto explicativo.
- DAL POZ, M. R., VIANA, A. L. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de janeiro, v. 8, n.2, p.11-48, 1998.
- DUARTE, M. J. R. S. Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem. *Revista de Enfermagem – UERJ*, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 100-111, maio 1994.
- GREEN, L. W., KREUTER, M. W. *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, Mayfield Publishing Company, 1991.
- KAWAMOTO, E. E. (org.). *Enfermagem comunitária*. São Paulo: EPU, 1995.
- LABONTE, R. *Health Promotion and Empowerment: practice frameworks*. Toronto, Centre for Health Promotion/University of Toronto.
- MENDES, E. V. Importância de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. In: PAGANINI, J. M., CAPOTE MIR, R. Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Washington, D. C. *Publicación Científica* 519, p.21-28, 1990.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Estatuto da Criança e do Adolescente* – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Tradução: Luís Eduardo Fonseca - Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, 1984.

_____. *Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. *Aleitamento materno e orientação para o desmame*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. *Controle do câncer cervico-uterino e de mama*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

_____. *Programa de saúde do adolescente – bases programáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

_____. *Cartão da criança – instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. *Manual de normas para controle e assistência das infecções respiratórias agudas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. *Programa de saúde do adolescente – bases programáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. *Ação participativa: trabalhando com hanseníase - Educação em saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. *Assistência ao climatério*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. *Assistência e controle das doenças diarréicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. *Hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. *Manual de vigilância epidemiológica das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. *Roteiro de visita domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. *Bases programáticas da saúde do adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. *Gravidez na adolescência*. Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS-DATASUS, 1998

_____. *Hanseníase no Brasil – progressos e dificuldades em relação à eliminação*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

- _____. *Plano estratégico operacional dos programas: Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes – Norma Técnica*. Brasília, 1998.
- _____. *SIAB: Manual do sistema de informação de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. *Agentes em ação em tempos de proteção à saúde dos idosos*. Ano 1, n.4, 1999.
- _____. *Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis – Livro da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- _____. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- _____. *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 3.ed., 1999.
- _____. *Plano Nacional de Controle da Tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- _____. *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. *A implantação da unidade de saúde da família*. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. *Assistência pré-natal – Manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. *Hanseníase tem cura*. [s.d]
- _____. *Viver mais e melhor – Guia completo para você melhorar a sua saúde e qualidade de vida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. *Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus: protocolo*. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS 01/2001*. Portaria nº 95, 26 de janeiro de 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Manual de normas de vacinação*. 3.ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. *Manual de procedimentos para vacinação*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. *Manual de vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós-vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. *Capacitação de pessoal em sala de vacinação - Manual do Treinando*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. *Capacitação de pessoal em sala de vacinação - Manual do Monitor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. *Manual de rede de frio*. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. *Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. *Guia Brasileiro de Vigilância Epidemiológica*. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. *Guia de controle da hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. *Manual de normas para o controle da tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. *Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. <http://www.saude.gov.br/Programas/scricao/07/10/00>

_____. <http://www.aids.gov.br/> 15/10/00.

_____. <http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/>. 20/10/00

_____. <http://www.saude.gov.br/Programas/diabetes/> 27/10/00

_____. <http://www.saude.gov.br/Programas/cardio/> 27/10/00

_____. <http://www.fns.gov.br/imu/01/11/00>.

_____. <http://www.saude.gov.br/Programas/adolescente/> 07/11/00

_____. <http://www.saude.gov.br/Programas/sidoso/> 09/11/00

_____. <http://www.saude.gov.br/Programas/Bucal>. 12/11/00

_____. <http://www.saude.gov.br/psf/16/11/00>.

_____. <http://www.funasa.gov.br/im/imu02.htm/> 20/06/02

MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DE PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE – MORHAN. <http://www.terravista.pt/PortoSanto/3349/>. 29/11/00.

NÚCLEO DE ESTUDOS E DOCUMENTAÇÃO EM SAÚDE MATERNA/UERJ. *Morte materna – evite a morte de quem traz a vida*. Folheto explicativo. 1999.

OLIVEIRA, ML. L. W. *Hanseníase – cuidados para evitar complicações*. Rio de Janeiro: Núcleo Tecnológico de Educação para a Saúde (NUTES/UFRJ), 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA HIV/AIDS. *Atualização epidemiológica de AIDS*. Suíça: UNAIDS, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Promoção do crescimento e desenvolvimento integral de crianças e adolescentes: módulos de aprendizagem*. Washington, D.C.: OPS, 1999.

PRATES, E. C. M. *Epidemiologia. Vigilância epidemiológica*. Rio de Janeiro, 2001 (mimeo).

REBEN. Entrevista com a diretora do departamento de Atenção Básica – SPS/MS, Heloiza Machado de Souza. *Rev. Bras. de Enf.*, Brasília, v.53, n. especial (Saúde da Família), p.7-16, 2000.

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SUSC - ASSESSORIA DE DST/AIDS. *Sistema de informação em HIV/AIDS - Manual de vigilância epidemiológica*. Rio de Janeiro: Imprinta, 1998.

_____. *Doenças transmitidas pelo sexo: informe-se e previna-se*. Folheto explicativo.

_____. *SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Protegendo nossas crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro, 1996.

_____. *GERÊNCIA DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA. Tuberculose não é coisa do passado*.

ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S.; KUMAR, V. *Fundamentos de patologia estrutural e funcional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996.

ROBERTSON, A., MINKLER, M. New Health Promotion Movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, v.21, n.3, p.295-312, 1994.

ROCHA, C. R. M., COELHO, K. S. C., KATZ, R. A., BARKER, S. L. *Aula ministrada no curso "Atenção primária à adolescência: uma proposta de intervenção"*. Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. *Guia do treinamento básico de vigilância epidemiológica – módulos básicos*. São Paulo, 1998.

_____. *Adolescência e Saúde*. Comissão de Saúde do Adolescente - São Paulo: Paris Editorial, 1998

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO. *Programa Saúde da Família*. Manual de preenchimento do protocolo único de intervenção familiar. Rio de Janeiro: UERJ, 1999.

WALDMAN, E.A. *Vigilância em Saúde Pública*. v.7. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

WALLERSTEIN N., BERNSTEIN, E. Introduction to Community Empowerment, Participatory Education and Health. *Health Education Quarterly*. v.21, n.2, p.141-148, 1994.

WALLERSTEIN N. Empowerment Education Applied to Youth. In: MATIELLA M.A, Editor. *The Multicultural Challenge*. *Health Education Quarterly*. California. ETR Associates, Publishers, p.153-176, 1994.

WESTPHAL, M.F. *A Promoção da Saúde no Brasil*. 1998. (mimeo)

ANEXO I

Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais

REGIÃO NORTE

● **Amazonas**

Instituto de Medicina Tropical
Avenida Pedro Teixeira, 25 – Dom Pedro – Manaus
Tel.: (0XX92) 238-1711

● **Pará**

Hospital Ofir de Loyola
Avenida Magalhães, 992 – Belém
Tel.: (0XX91) 219-1993

● **Tocantins**

Rua 02 , esquina com Rua 03, s/n – Setor Rodoviário – Araguaína
Tel.: (0XX63) 414-1100

REGIÃO CENTRO-OESTE

● **Distrito Federal**

Hospital Materno-Infantil de Brasília
Avenida L2 Sul – Qd. 608/609 – Bloco A – Asa Sul – Brasília

● **Goiás**

Hospital Materno-Infantil
Rua 7 esquina com Avenida Perimetral s/n – Setor Coimbra
Tel.: (0XX62) 291-4900

● **Mato Grosso**

Centro Regional de Saúde
Rua Thogo da Silva Pereira s/n – Cuiabá
Tel.: (0XX65) 623-4259

● **Mato Grosso do Sul**

Centro de Especialidades Médicas
Travessa Guia Lopes, s/n – Campo Grande
Tel.: (0XX67) 383-3191

REGIÃO NORDESTE

● **Bahia**

Hospital Couto Maia

Rua Rio São Francisco, s/n – Monte Serrat – Salvador

Tel.: (0XX71) 312-4696

● **Ceará**

Hospital Infantil Albert Sabin

Rua Tertuliano Sales, 544 – Vila União – Fortaleza

Tel.: (0XX85) 247-1726

● **Maranhão**

Hospital Universitário Materno-Infantil

Rua Silva Jardim – Centro – Marobão – Passo do Dumior

Tel.: (0XX98) 246-5567

● **Paraíba**

Hospital Infantil Arlindo Marques/Rua Alberto de Brito, s/n – Jaguaribe
– João Pessoa

Tel.: (0XX83) 241-5089

● **Pernambuco**

Hospital Universitário Oswaldo Cruz

Isolamento Infantil

Rua Arnóbio Marques, 310 – Recife

Tel.: (0XX81) 421-1077

● **Piauí**

Hospital Infantil Lucídio Portela

Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 220 Sul – Teresina

Tel.: (0XX86) 221-3435

● **Rio Grande do Norte**

Ambulatório do Hospital de Pediatria/UFRN

Avenida Cordeiro de Farias, s/n – Petrópolis – Natal

REGIÃO SUDESTE

● **Espírito Santo**

Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Avenida Alameda Meri Ubirajara, s/n – Praia do Canto – Vitória

Tel.: (0XX27) 381-2394

● **Minas Gerais**

Centro de Saúde Carlos Chagas
Centro Geral de Pediatria
Alameda Ezequiel Dias, 345 – Belo Horizonte
Tel.: (0XX31) 222-4448

● **Rio de Janeiro**

Hospital Municipal Jesus
Rua Oito de Dezembro, 717 – Vila Isabel – Rio de Janeiro
Tel.: (0XX21) 569-4088

● **São Paulo**

Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais/UNIFESP
Rua Loefgreen, 1998 – Vila Clementino – São Paulo
Tel.: (0XX11) 576-4325

REGIÃO SUL

● **Paraná**

Centro de Referência de Imunobiológicos
Rua Barão do Rio Branco, 465 – Curitiba
Tel.: (0XX41) 322-2299

● **Rio Grande do Sul**

Hospital Sanatório Partenon
Rua Bento Gonçalves, 3722 – Partenon – Porto Alegre
Tel.: (0XX51) 336-5200

● **Santa Catarina**

Hospital Joana de Gusmão
Rua Rui Barbosa, s/n – Agronomia – Florianópolis
Tel.: (0XX48) 228-900

ANEXO II

Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para testagem anônima anti-HIV no Brasil

REGIÃO NORTE

● **Acre e Rondônia - não dispunham de CTAs até o final de 2000**

● **Amapá**

Secretaria Estadual de Saúde

Avenida FAB, 861 – Centro – Macapá

Tel.: (0XX96) 212-6161

● **Amazonas**

Secretaria Municipal de Saúde

Avenida Padre Rafael, s/n – Manacapuru

Tel.: (0XX92) 361-1118

● **Pará**

Secretaria Municipal de Saúde

Travessa Padre Eutíquio, 555 B – Campina – Belém

Tel.: (0XX91) 241-7207

● **Roraima**

Secretaria Estadual de Saúde

Avenida Ville Roy, 215 – Centro – Boa Vista

Tel.: (0XX95) 224-3822

● **Tocantins**

Secretaria Estadual de Saúde

Avenida Adevaldo de Moraes, esquina com Rua Filadélfia – Setor Urbanístico

Tel.: (0XX63) 821-2011

REGIÃO CENTRO-OESTE

● **Distrito Federal**

Secretaria Estadual de Saúde

Centro de Saúde 08

COAS-EQS 514/15 – Brasília

Tel.: (0XX61) 245-2112

● **Goiás**

Secretaria Estadual de Saúde
CS Juarez Barbosa
Rua 04, 777 sala 57 – Goiânia
Tel.: (0XX62) 2201414

● **Mato Grosso**

Centro de Saúde Pública
Rua Thogo Pereira da Silva, s/n, Bloco 3 – Centro – Cuiabá
Tel.: (0XX65) 321-6857

● **Mato Grosso do Sul**

Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Especialidades Médicas
Travessa Guia Lopes, 71 – São Francisco
Tel.: (0XX67) 724-5358

REGIÃO NORDESTE

● **Alagoas**

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas
BR 104, Km 14 – Tabuleiro dos Martins – Maceió
Tel.: (0XX82) 322-2344

● **Bahia**

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Sete de Setembro, 2019 – Corredor da Vitória,
Centro – Salvador
Tel.: (0XX71) 336-5291

● **Ceará**

Secretaria Estadual de Saúde/LACEN
Avenida Barão Studart, 2405 – Aldeota – Fortaleza
Tel.: (0XX82) 244-2120

● **Maranhão**

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida São Sebastião, s/n, ANTL, São Luiz
Tel.: (0XX98) 243-5651

● **Paraíba**

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Rio Grande do Sul, 1295 – Estados – João Pessoa
Tel.: (0XX83) 241-2145

● **Pernambuco**

Secretaria Municipal de Saúde
Pátio de São Pedro, Casa 25 – São José – Recife
Tel.: (0XX81) 224-5719

● **Piauí**

Secretaria Estadual de Saúde
Rua Elizeu Martins, 1272 – Ed. Pedro Nolasco sala 201A/207A – Teresina
Tel.: (0XX86) 221-3594

● **Rio Grande do Norte**

Centro de Atenção à Saúde da Mulher
Rua Fonseca e Silva, 1129 – Alecrim – Natal
Tel.: (0XX84) 211-7107

● **Sergipe**

Secretaria Estadual de Saúde
Policlínica do 4º. Distrito Sanitário
Rua Bahia, s/n - Siqueira Campos - Aracaju
Tel.: (0XX241-4820

REGIÃO SUDESTE

● **Espírito Santo**

SES/UFES/HUCAM
Avenida Marechal Campos, s/n – Maruípe – Vitória
Tel.: (0XX27) 335-7199

● **Minas Gerais**

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Joaquim Felício, 141 – Sagrada Família – Belo Horizonte
Tel.: (0XX31) 277-5757

● **Rio de Janeiro**

Unidade de Testagem e Aconselhamento – UTA
Hospital Escola São Francisco de Assis
Avenida Presidente Vargas, 2863 – Praça Onze – Centro – Rio de Janeiro
Tel.: (0XX21) 293-9443

● **São Paulo**

Centro de Orientação e Aconselhamento Henfil

Rua Líbero Badaró, 144 – Centro – São Paulo

Tel.: (0XX11) 239-2224

REGIÃO SUL

● **Paraná**

Secretaria Municipal de Saúde

Centro de Espec. Barão do Rio Branco, 465 – 2º andar – Corredor B – Curitiba

Tel.: (0XX41) 322-2299

● **Rio Grande do Sul**

Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente

Avenida João Pessoa, 1327 – Porto Alegre

Tel.: (0XX51) 221-2413

● **Santa Catarina**

Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social

Rua Heitor Blum, 521 – Estreito – Florianópolis

Tel.: (0XX48) 248-2401

ANEXO III Cartão da Criança

Desenvolver-se é crescer, aprender e fazer coisas novas, diferentes.

Uma criança deve crescer e aprender logo após o nascimento.

1 ano e 6 meses

1 ano

2 anos e 6 meses

3 anos

4 anos

5 anos

Cada criança tem um jeito próprio de desenvolver-se.

1 ano e 6 meses

1 ano

2 anos e 6 meses

3 anos

4 anos

5 anos

São direitos Constitucionais da Criança

Ser alimentada, vacinada e receber acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, contar com bons serviços de saúde, boas creches e pré-escolas.

Viver em lugar saudável, ter oportunidade de brincar e aprender.

Receber afeto e viver sem violência.

Ser acompanhada pela mãe nos serviços de saúde.

Tudo isso deve ser oferecido e garantido antes da idade.



PREFEITURA DO RIO CLARO
MUNICÍPIO DE RIO CLARO - SP



RIO CLARO
MUNICÍPIO DE RIO CLARO - SP



Gráfico Peso-Idade

Observe a linha do ano 1^o ano

Bem
 Risco
 Grande Risco

Peso em Quilogramas

1^o ano 2^o ano 3^o ano 4^o ano 5^o ano

A Início da introdução de outros alimentos **D** Dentição **H** Hospitalização **O** Outra doença
P Prurimento

Faça a anotação da ocorrência no mês correspondente

Nome do(a) aluno(a) _____ Ano _____
 Matrícula nº _____
 Data de nascimento _____
 Data de avaliação _____

1^o ano 2^o ano 3^o ano 4^o ano 5^o ano
 Reforço

Praticar e avaliar de acordo com o planejamento a partir do 1^o ano de vida e sempre que ocorrer a perda de peso.

Formata. 21 x 28 cm
Tipologia: Garamond
Papel. Alto Alvura 90g/m²(miolo)
Cartão supremo 250g/m² (capa)
Fotolitos, impressão e acabamento. Grafica e Editora
Posigraf S/A - Rua Senador Accioly Filho, 500 -
Curitiba - PR CEP 81.310-000
Fone: 41 346-5451
e-mail posigraf@positivo.com.br
Impressão junho/2002