



CRISTALINA - GO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTALINA
- GOIÁS

Agente Comunitário
de Saúde (ACS)

EDITAL Nº 01– PREFEITURA DE CRISTALINA
– ACS, DE 2 DE FEVEREIRO DE 2024

CÓD: SL-089FV-24
7908433250548

Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos de gêneros variados	7
2. Reconhecimento de tipos e gêneros textuais	10
3. Domínio da ortografia oficial	17
4. Domínio dos mecanismos de coesão textual. Emprego de elementos de referência, substituição e repetição, de conectores e de outros elementos de sequenciação textual	18
5. Emprego de tempos e modos verbais	20
6. Domínio da estrutura morfossintática do período. Relações de coordenação entre orações e entre termos da oração. Relações de subordinação entre orações e entre termos da oração	22
7. Domínio da estrutura morfossintática do período. Relações de coordenação entre orações e entre termos da oração. Relações de subordinação entre orações e entre termos da oração	25
8. Emprego dos sinais de pontuação	34
9. Concordância verbal e nominal	36
10. Regência verbal e nominal	37
11. Emprego do sinal indicativo de crase	40
12. Colocação dos pronomes átonos	41
13. Reescrita de frases e parágrafos do texto. Substituição de palavras ou de trechos de texto. Reorganização da estrutura de orações e de períodos do texto. Reescrita de textos de diferentes gêneros e níveis de formalidade	42
14. Significação das palavras	43

Matemática

1. Números inteiros e racionais (adição, subtração, multiplicação e divisão)	53
2. Razões e proporções; Divisão proporcional; Regras de três simples e compostas; Porcentagens	59
3. Interpretação de gráficos e tabelas	65
4. Média aritmética simples	70
5. Raciocínio lógico	71

Noções de informática

1. Noções de sistema operacional (e Windows 10)	79
2. Edição de textos, planilhas e apresentações (pacote Microsoft Office 365)	88
3. Redes de computadores: Conceitos básicos, ferramentas, aplicativos e procedimentos de Internet e intranet; Programas de navegação (Microsoft Edge e Google Chrome)	102
4. Programas de correio eletrônico (Outlook Express)	105
5. Sítios de busca e pesquisa na Internet	107
6. Grupos de discussão	109
7. Redes sociais	110
8. Computação na nuvem (cloud computing)	113
9. Conceitos de organização e de gerenciamento de informações, arquivos, pastas e programas	115
10. Segurança da informação: Procedimentos de segurança; Noções de vírus, worms e pragas virtuais; Aplicativos para segurança (antivírus, firewall, antispyware etc.)	116
11. Procedimentos de backup	120
12. Armazenamento de dados na nuvem (cloud storage)	121

Realidade étnica, social, histórica, geográfica, cultural, política e Econômica do Estado de Goiás

1. Formação econômica de Goiás: a mineração no século XVIII, a agropecuária nos séculos XIXe XX, a estrada de ferro e a modernização da economia goiana	125
2. as transformações econômicas com a construção de Goiânia e Brasília, industrialização, infraestrutura e planejamento	129
3. Modernização da agricultura e urbanização do território goiano	129
4. População goiana: povoamento, movimentos migratórios e densidade demográfica	135
5. Economia goiana: industrialização e infraestrutura de transportes e comunicação	141
6. As regiões goianas e as desigualdades regionais	146
7. Aspectos físicos do território goiano: vegetação, hidrografia, clima e relevo.....	150
8. Aspectos da história política de Goiás: a independência em Goiás, o coronelismo na República Velha, as oligarquias, a Revolução de 1930 e a administração política de 1930 até os dias atuais	157
9. Aspectos da história social de Goiás: o povoamento branco, os grupos indígenas, a escravidão e a cultura negra, os movimentos sociais no campo e a cultura popular	161
10. Atualidades econômicas, políticas, sociais e culturais do Estado de Goiás e do município de Cristalina	162

Conhecimentos Específicos Agente Comunitário de Saúde (ACS)

1. Cadastramento familiar e Mapeamento: finalidade e instrumentos	173
2. Conceito de territorialização, microárea e área de abrangência	176
3. Diagnóstico comunitário.....	181
4. Principais problemas de saúde da população e recursos existentes para o enfrentamento dos problemas	188
5. Pessoas portadoras de necessidades especiais; abordagem; medidas facilitadoras de inclusão social e direito legais.....	193
6. Saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso.....	197
7. Educação em Saúde: conceitos e instrumentos.....	235
8. Abordagem comunitária: mobilização e participação comunitária em saúde.....	235
9. Estatuto do Idoso	236
10. Acolhimento e vínculo	247
11. visita domiciliar	260
12. estratégia saúde da família	261
13. Constituição da República Federativa do Brasil (arts. 196 a 200)	262
14. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças	264
15. Reforma sanitária.....	272
16. modelos assistências de saúde	273
17. Vigilância em saúde	281
18. Indicadores de nível de saúde da população	288
19. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde	294
20. Doenças de notificação compulsória	296

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - (revogado). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 7º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias fica sob responsabilidade da União, e cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer, além de outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 8º Os recursos destinados ao pagamento do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 9º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não será inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 10. Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 11. Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários

de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 12. Lei federal instituirá pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, a serem observados por pessoas jurídicas de direito público e de direito privado. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, até o final do exercício financeiro em que for publicada a lei de que trata o § 12 deste artigo, adequarão a remuneração dos cargos ou dos respectivos planos de carreiras, quando houver, de modo a atender aos pisos estabelecidos para cada categoria profissional. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 14. Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

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

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

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

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

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

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

1. Evolução aguda e fatal . Exemplo: estima-se que cerca de 10% dos pacientes portadores de trombose venosa profunda acabam apresentando pelo menos um episódio de tromboembolismo pulmonar, e que 10% desses vão ao óbito (Moser, 1990).

2. Evolução aguda, clinicamente evidente, com recuperação. Exemplo: paciente jovem, hígido, vivendo na comunidade, com quadro viral de vias aéreas superiores e que, depois de uma semana, inicia com febre, tosse produtiva com expectoração purulenta, dor ventilatória dependente e consolidação na radiografia de tórax. Após o diagnóstico de pneumonia pneumocócica e tratamento com beta-lactâmicos, o paciente repete a radiografia e não se observa sequela alguma do processo inflamatório-infeccioso (já que a definição de pneumonia implica recuperação do parênquima pulmonar).

3. Evolução subclínica. Exemplo: primo-infecção tuberculosa: a chegada do bacilo de Koch nos alvéolos é reconhecida pelos linfócitos T, que identificam a cápsula do bacilo como um antígeno e provocam uma reação específica com formação de granuloma; assim acontece o chamado complexo primário (lesão do parênquima pulmonar e adenopatia). Na maioria das pessoas, a primo-infecção tuberculosa adquire uma forma subclínica sem que o doente sequer percebe sintomas de doença.

4. Evolução crônica progressiva com óbito em longo ou curto prazo. Exemplo: fibrose pulmonar idiopática que geralmente tem um curso inexorável, evoluindo para o óbito por insuficiência respiratória e hipoxemia severa. As maiores séries da literatura (Turner-Warwick, 1980) relatam uma sobrevivência média, após o surgimento dos primeiros sintomas, inferior a cinco anos, sendo que alguns pacientes evoluem para o óbito entre 6 e 12 meses (Stack, 1972). Já a DPOC serve como exemplo de uma doença com evolução progressiva e óbito em longo prazo, dependendo fundamentalmente da continuidade ou não do vício do tabagismo.

5. Evolução crônica com períodos assintomáticos e exacerbações. Exemplo: a asma brônquica é um dos exemplos clássicos, com períodos de exacerbação e períodos assintomáticos. Hoje, sabe-se que, apesar dessa evolução, a função pulmonar de alguns pacientes asmáticos pode não retornar aos níveis de normalidade (Pizzichini, 2001).

Essa é a história natural das doenças, que, na ausência da interferência médica, pode ser subdividida em quatro fases:

- a) Fase inicial ou de susceptibilidade.
- b) Fase patológica pré-clínica.
- c) Fase clínica.
- d) Fase de incapacidade residual.

Na fase inicial, ainda não há doença, mas, sim, condições que a favoreçam. Dependendo da existência de fatores de risco ou de proteção, alguns indivíduos estarão mais ou menos propensos a determinadas doenças do que outros. Exemplo: crianças que convivem com mães fumantes estão em maior risco de hospitalizações por IRAS no primeiro ano de vida, do que filhos de mães não-fumantes (Macedo, 2000). Na fase patológica pré-clínica, a doença não é evidente, mas já há alterações patológicas, como acontece no movimento ciliar da árvore brônquica reduzido pelo fumo e contribuindo, posteriormente, para o aparecimento da DPOC. A fase clínica corresponde ao período da doença com sintomas. Ainda no exemplo da DPOC, a fase clínica varia desde os primeiros sinais da bronquite crônica como aumento de tosse e expectoração até o quadro de cor pulmonale crônico, na fase final da doença.

Por último, se a doença não evoluiu para a morte nem foi curada, ocorrem as sequelas da mesma; ou seja, aquele paciente que iniciou fumando, posteriormente desenvolveu um quadro de DPOC, evoluiu para a insuficiência respiratória devido à hipoxemia e passará a apresentar severa limitação funcional fase de incapacidade residual.

Conhecendo-se e atuando-se nas diversas fases da história natural da doença, poder-se-á modificar o curso da mesma; isso envolve desde as ações de prevenção consideradas primárias até as terciárias, para combater a fase da incapacidade residual.

Prevenção

As ações primárias dirigem-se à prevenção das doenças ou manutenção da saúde. Exemplo: a interrupção do fumo na gravidez seria uma importante medida de ação primária, já que mães fumantes, no estudo de coorte de Pelotas de 1993, tiveram duas vezes maior risco para terem filhos com retardo de crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer sendo esse um dos determinantes mais importantes de mortalidade infantil (Horta, 1997). Após a instalação do período clínico ou patológico das doenças, as ações secundárias visam a fazê-lo regredir (cura), ou impedir a progressão para o óbito, ou evitar o surgimento de sequelas. Exemplo: o tratamento com RHZ para a tuberculose proporciona cerca de 100% de cura da doença e impede sequelas importantes como fibrose pulmonar, ou cronicidade da doença sem resposta ao tratamento de primeira linha e a transmissão da doença para o resto da população. A prevenção através das ações terciárias procura minimizar os danos já ocorridos com a doença. Exemplo: a bola fúngica que, usualmente é um resíduo da tuberculose e pode provocar hemoptises severas, tem na cirurgia seu tratamento definitivo (Hetzl, 2001).

Causalidade em Epidemiologia

A teoria da multicausalidade ou multifatorialidade tem hoje seu papel definido na gênese das doenças, em substituição à teoria da unicausalidade que vigorou por muitos anos. A grande maioria das doenças advém de uma combinação de fatores que interagem entre si e acabam desempenhando importante papel na determinação das mesmas. Como exemplo dessas múltiplas causas chamadas causas contribuintes citaremos o câncer de pulmão. Nem todo fumante desenvolve câncer de pulmão, o que indica que há outras causas contribuindo para o aparecimento dessa doença. Estudos mostraram que, descendentes de primeiro grau de fumantes com câncer de pulmão tiveram 2 a 3 vezes maior chance de terem a doença do que aqueles sem a doença na família; isso indica que há uma suscetibilidade familiar aumentada para o câncer de pulmão. Ativação dos oncogenes dominantes e inativação de oncogenes supressores ou recessivos são lesões que têm sido encontradas no DNA de células do carcinoma brônquico e que reforçam o papel de determinantes genéticos nesta doença (Srivastava, 1995).

A determinação da causalidade passa por níveis hierárquicos distintos, sendo que alguns desses fatores causais estão mais próximos do que outros em relação ao desenvolvimento da doença. Por exemplo, fatores biológicos, hereditários e socioeconômicos podem ser os determinantes distais da asma infantil são fatores a distância que, através de sua atuação em outros fatores, podem contribuir para o aparecimento da doença. Por outro lado, alguns fatores chamados determinantes intermediários podem sofrer tanto a influência dos determinantes distais como estar agindo em fatores próximos à doença, como seria o caso dos fatores gestacionais, ambientais, alérgicos e nutricionais na determinação da asma; os fatores que estão próximos

Um exemplo de áreas de conservação ambiental são as unidades de conservação. Elas representam espaços instituídos por lei que objetivam proteger a biodiversidade, restaurar ecossistemas, resguardar espécies ameaçadas de extinção e promover o desenvolvimento sustentável.

Meio Ambiente e Sustentabilidade

Atualmente, as questões ambientais envolvem a sustentabilidade. A sustentabilidade é um termo abrangente, que envolve também o planejamento da educação, economia e cultura para organização de uma sociedade forte, saudável e justa.

A sustentabilidade econômica, social e ambiental é um dos grandes desafios da humanidade.

O termo sustentabilidade surge da necessidade de aliar o crescimento econômico com a preservação ambiental.

A essa nova forma de desenvolvimento, damos o nome de desenvolvimento sustentável. Ele tem como conceito clássico ser aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade das gerações futuras atenderem as suas próprias necessidades.

Para que o desenvolvimento sustentável seja uma realidade é necessário o envolvimento de todas as pessoas e nações do planeta. As ações vão desde atitudes individuais até acordos internacionais.

Meio Ambiente no Brasil

No Brasil, a Política Nacional do Meio Ambiente, Lei nº 6.938, de 31 de Agosto de 1981, define os instrumentos para proteção do meio ambiente. É considerada o marco inicial das ações para conservação ambiental no Brasil.

Através dela, o meio ambiente é definido como: “o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas”.

A Política Nacional do Meio Ambiente tem como objetivo a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental propícia à vida.

Também visa assegurar condições ao desenvolvimento socioeconômico, aos interesses da segurança nacional e à proteção da dignidade da vida humana.

A Constituição Federal Brasileira também possui um artigo que trata exclusivamente do Meio Ambiente. O artigo 225 cita que:

“Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida...”

Outras leis ambientais importantes que protegem os recursos naturais brasileiros e promovem ações voltadas à conservação e melhoria da qualidade de vida são:

- Política Nacional da Educação Ambiental - Lei nº 9.795 de 1999.
- Lei de Crimes Ambientais - Lei n.º 9.605 de 1998.
- Política Nacional de Recursos Hídricos - Lei nº 9.433 de 1997.

O órgão responsável pelas ações e políticas ambientais no Brasil é o Ministério do Meio Ambiente (MMA).

Acordos Internacionais

Dada a urgência e a preocupação mundial com os problemas ambientais e os impactos dele decorrentes, surgiram vários acordos e tratados internacionais. Eles propõem novos modelos de desenvolvimento, redução da emissão de gases poluentes e conservação ambiental.

A preocupação ambiental vem sendo tratada no âmbito internacional desde a realização da Conferência de Estocolmo, em 1972. Após isso, ganhou novamente destaque na Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (RIO-92 ou ECO-92), com a aprovação da Agenda 21.

Outros importantes tratados e acordos internacionais voltados ao meio ambiente são:

Protocolo de Montreal: objetivo de reduzir a emissão de produtos que causam danos à camada de ozônio

Protocolo de Kyoto: objetivo de mitigar o impacto dos problemas ambientais, por exemplo, das mudanças climáticas do planeta terra.

Rio +10 - Cúpula Mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável: definição de ações voltadas para a preservação ambiental e aspectos sociais, especialmente de países mais pobres.

Rio +20 - Conferência da ONU sobre o Desenvolvimento Sustentável: reafirmação do desenvolvimento sustentável aliado à preservação ambiental.

Acordo de Paris: objetivo de conter o aquecimento global e reduzir as emissões de gases do efeito estufa.

Agenda 2030: objetiva orientar as nações do planeta rumo ao desenvolvimento sustentável, além de erradicar a pobreza extrema e reforçar a paz mundial.

Educação Ambiental

A educação ambiental corresponde aos processos por meio dos quais o indivíduo e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes e competências voltadas à conservação do meio ambiente.

O seu objetivo é a compreensão de conceitos sobre o meio ambiente, sustentabilidade, preservação e conservação.

Além da construção de novos valores sociais, aquisição de conhecimentos, atitudes, competências e habilidades para a conquista e a manutenção do direito ao meio ambiente equilibrado.

Problemas Ambientais

Nas últimas décadas, o meio ambiente vem sofrendo cada vez mais com a ação humana, uma delas é a prática da queimada. Como essa intervenção nem sempre é harmônica e de forma sustentável, surgem os problemas ambientais.

Os principais problemas ambientais da atualidade são:

- Mudanças Climáticas
- Efeito Estufa
- Aquecimento Global
- Poluição da água
- Poluição do ar
- Destruição da Camada de Ozônio
- Extinção de espécies
- Chuva Ácida
- Desflorestação
- Desertificação
- Poluição

Modelo Médico Hegemônico

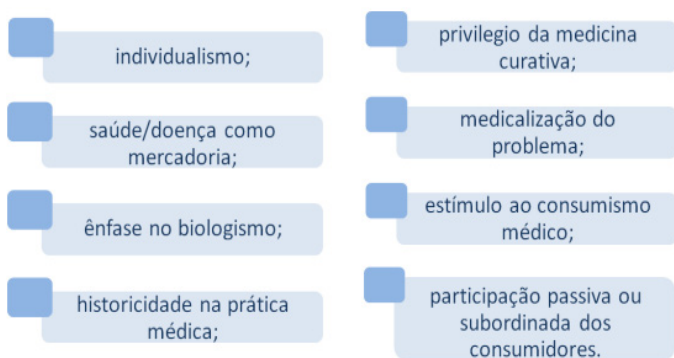
O conceito de hegemonia aqui empregado para qualificar os modelos de atenção diz respeito à capacidade de direção política e cultural para a obtenção do consenso ativo de segmentos da população. (Gruppi,1978).

a) Assim o Modelo Médico Hegemônico apresenta os seguintes traços fundamentais:

- 1) individualismo;
- 2) saúde/doença como mercadoria;
- 3) ênfase no biologismo;
- 4) a historicidade da prática médica;
- 5) medicalização dos problemas;
- 6) privilégio da medicina curativa;
- 7) estímulo ao consumismo médico;

8) participação passiva e subordinada dos consumidores (Menéndez,1992). Como integrantes do modelo médico hegemônico, podem ser mencionados o Modelo Médico Assistencial Privatista e o Modelo de Atenção Gerenciada (Managed Care).

Traços Fundamentais



Modelo Sanitarista

b) O Modelo Sanitarista pode ser reconhecido como predominante no Brasil no que se refere às formas de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde adotadas pela saúde pública convencional. Como exemplos do modelo sanitaria cabem ser citados os programas especiais, inclusive o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), o Programa de Saúde da Família (PSF), as campanhas sanitárias e as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, etc. Esta é uma pequena contribuição trazida através do texto de Jairnilson Silva Paim (Modelos de atenção à saúde no Brasil).

O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização

A organização do SUS em nosso país está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da CF. A Constituição ao estatuir que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isto significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe, ainda, os arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90.

Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica).

A atenção primária deve atuar como se fora um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 85%) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Este papel essencial da atenção primária, tanto na resolução dos casos, quanto no referenciamento do usuário para outros níveis, torna-a a base estruturante do sistema e ordenadora de um sistema piramidal.

É importante destacar que a forma organizativa e o modelo de atenção à saúde não podem ser escolhas da autoridade pública de saúde. Elas estão definidas constitucionalmente no art. 198, e legalmente nos arts. 8º e 7º,II, da Lei 8.080/90 que determina a integração dos serviços públicos dos entes federativos em redes de atenção à saúde. Estas redes devem ser regionalizadas, o que pressupõe um relevante papel do Estado, ente competente para definir as regiões de saúde a partir de aglomerados de municípios limítrofes com características que importem à organização de rede de atenção à saúde, conforme determina a CF.

Este modelo piramidal, de base alargada, densa, em razão de a atenção primária ser a principal porta de entrada do sistema e responsável pela resolução da maioria da necessidade de saúde da população, deve ser estruturada qualitativamente, com fixação de metas e a atribuição de garantir o acesso do usuário ou o seu caminhar na rede de atenção à saúde. Os serviços denominados de ‘regulação’ devem ser, na realidade, serviços que se integram à atenção primária, ordenadora de todo o modelo assistencial do SUS.

Região de saúde deve, por sua vez, fundar-se na sua capacidade de concentrar num aglomerado de territórios municipais contíguos, serviços de saúde capazes de resolver entre 60 a 70% das demandas dos usuários. A região de saúde deve ser dotada de características culturais, sociais, demográficas, viárias que possibilitem a organização de rede de atenção à saúde. Esta forma de organização do SUS – integração (rede) de todas as ações e serviços de saúde dos entes federativos daquela região – impõe aos municípios, articulados com o Estado e com a União, a necessidade de permanente interação com vistas a garantir uma gestão compartilhada.

Sendo os entes autônomos, é necessário que esta articulação seja negociada para se obter consensos em nome do interesse público. As responsabilidades, atribuições, metas, recursos financeiros, monitoramento, avaliação, controle devem ser definidos pelos entes envolvidos e consubstanciados em contratos que possam consagrar os consensos, gerando, assim, um ambiente de respeito às autonomias e segurança jurídica nos acordos firmados.

Há uma discussão a respeito da denominação da atenção à saúde: primária ou básica. Na Europa, a denominação que prevalece é atenção primária que dá ensejo a pensar em prioritária, em essencial. Na Constituição, tanto quanto na Lei 8.080/90, não há

Os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família: São os agentes ou sujeitos individuais imediatos dos processos de trabalho realizados pelas equipes de Saúde da Família (eSF).

Os indivíduos adscritos às equipes de Saúde da Família: Cada indivíduo adscrito a uma eSF é, pelo menos potencialmente, demandante de seus serviços e, também, como comentado anteriormente, objeto e sujeito imediato em sua atuação.

A sociedade

Por se tratar de componente de um sistema público de saúde, a atenção realizada pela equipe de SF atende, de um modo ou de outro, também a objetivos da população brasileira em seu conjunto, na forma em que ela está organizada. O estado, que foi acima considerado como agente no nível institucional, tanto serve como mediador como é componente relevante da organização social e certamente também tem objetivos específicos que podem ser distintos dos objetivos sociais.

Além disso, conhecimentos, técnicas, valores e padrões de comportamento que se desenvolvem na prática das equipes de SF são produzidos socialmente. Também sob esse aspecto a sociedade é agente nos processos de trabalho em saúde.

Cada ESF, por seu turno, deve também atender a objetivos que porventura sejam postos pela população local e, em muitos casos, essa mesma população, ou parcelas dela, é objeto e agente imediato nas ações desenvolvidas. Comumente, chamamos a esse subconjunto populacional (a população local) de comunidade. Deve-se destacar que, também nesse nível, conhecimentos, valores e padrões de comportamento são formados e os membros das equipes de SF com eles interagem, de um modo ou de outro.

Os objetivos e as finalidades

A pluralidade de agentes anteriormente referidos – instituições, equipes, gestores, comunidade/ sociedade – define objetivos e finalidades distintos e por vezes contraditórios, conforme mostraremos a seguir.

Objetivos dos indivíduos adscritos

Os indivíduos adscritos têm como objetivo principal a resposta às suas necessidades e expectativas que são socialmente consideradas como próprias para os serviços de saúde. O alívio de suas dores e sofrimentos e a recuperação de sua capacidade psicofisiológica são demandas que os indivíduos mais frequentemente apresentam às equipes. A proteção e até a promoção de sua saúde são também demandas apresentadas aos profissionais, desde que sejam socialmente reconhecidas como apropriadas para os serviços de saúde.

Assim, a vacinação de crianças e idosos, a realização de alguns exames preventivos ou o tradicional check-up, o acompanhamento de pré-natal ou de hipertensos são demandas postas pelos indivíduos em algumas circunstâncias. Raramente veremos, no entanto, usuários requisitando práticas educacionais e atividades para a mudança de comportamentos, ou a modificação do padrão de suas relações sociais e profissionais, em função de impactos esperados em sua saúde.

Portanto, a maioria das expectativas e necessidades apresentadas pelos indivíduos aos profissionais de saúde compõe o que tradicionalmente se chama de demanda espontânea. Algumas poucas estão dentro de ações programáticas ou demanda estruturada da Atenção Básica à Saúde.

Em geral, a relação estabelecida é aquela característica da prestação de serviços, cujo critério de eficácia é, fundamentalmente, a satisfação dos usuários, ou seja, o nível de atendimento de suas expectativas. Outra característica fundamental da demanda em ABS é que parte significativa das necessidades e expectativas apresentadas pelos usuários dos serviços não se limita às condições e sofrimentos biológicos, ao contrário, é diretamente derivada de condições psicossociais

Todos que trabalham com ABS sabem que os objetivos dos usuários para e em relação aos serviços de atenção básica implicam potenciais contradições em si mesmas (e também em relação aos objetivos institucionais do sistema de saúde, das equipes e dos profissionais envolvidos, como veremos adiante). Por um lado, estão relacionados à realização de consultas e exames e à medicalização dos problemas e, por outro, ultrapassam as possibilidades de uma solução apenas biomédica. Para a resolução dessas contradições e a superação das tensões que elas produzem, é necessário o desenvolvimento e utilização de tecnologias próprias à Atenção Básica à Saúde.

Essas tecnologias devem, necessariamente:

Considerar a necessidade de atenção e cuidado para com todas as demandas dos usuários;

Ampliar a capacidade dos profissionais para lidar com as dimensões psíquica e social (cultural, profissional, econômica, etc.) dos indivíduos, inclusive as suas próprias, que interagem;

Ampliar as capacidades comunicativas e gerenciais dos profissionais, necessárias para a atuação comunitária e para a organização da assistência.

Objetivos coletivos locais

A “comunidade” local, na forma real em que está estruturada, apresenta demandas correspondentes a necessidades e expectativas de grupos constituídos, formal ou informalmente, no território da equipe. Associações comunitárias, grupos de correligionários políticos com influência local, grupos religiosos e de várias outras naturezas coexistem nas áreas das equipes de SF. Esses coletivos apresentam demandas grupais ou de seus representantes, com alguma capacidade de pressão junto às equipes. Do mesmo modo que no caso dos indivíduos adscritos, essas demandas frequentemente têm o foco na assistência individual (acesso a consultas, exames, especialistas, etc.). Portanto, as potenciais contradições apresentadas na análise dos objetivos individuais também se apresentam aqui e, do mesmo modo, também aqui se apresenta a necessidade do desenvolvimento e da implantação de tecnologias próprias para a atenção básica. Essas tecnologias devem permitir tanto o diagnóstico quanto a abordagem das demandas e, principalmente, das necessidades das comunidades. No nível comunitário, destaca-se o diagnóstico local e, principalmente, a capacidade dos profissionais para identificar e lidar com as influências políticas e com as diversas redes sociais locais, ativando as suas potencialidades para ampliar a atenção às necessidades de saúde.

Objetivos institucionais

Várias dimensões institucionais se entrecruzam na composição de sistemas de saúde públicos em geral e na atenção básica em particular. Em primeiro lugar, vamos considerar os objetivos do sistema de saúde em geral, os objetivos do SUS.

Art. 4º - Parágrafo único. A PNVS deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.

Art. 5º - A PNVS deverá contemplar toda a população em território nacional, priorizando, entretanto, territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção, incluindo intervenções intersetoriais.

Parágrafo único. Os riscos e as vulnerabilidades de que trata o caput devem ser identificadas e definidas a partir da análise da situação de saúde local e regional e do diálogo com a comunidade, trabalhadores e trabalhadoras e outros atores sociais, considerando-se as especificidades e singularidades culturais e sociais de seus respectivos territórios.

ABRANGÊNCIA

Art. 2º - Parágrafo 2. A PNVS incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.

COMPOSIÇÃO

Art. 3º A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde doença.

FINALIDADE

Art. 4º A PNVS tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios.

DEFINIÇÕES

Art. 2º - Parágrafo 1. Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

Art. 6º - Para efeito desta Política serão utilizadas as seguintes definições:

I – Ações laboratoriais: aquelas que propiciam o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e a verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública e do padrão

de conformidade de amostras ambientais, mediante estudo, pesquisa e análises de ensaios relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo.

II – Ações de promoção da saúde: estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articuladas com as demais redes de proteção social, abrangendo atividades voltadas para adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, para o favorecimento da mobilidade humana e a acessibilidade e promovendo a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios.

III – Análise de situação de saúde: ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente.

IV – Centro de Informação e Assistência Toxicológica: Estabelecimento de saúde ou serviço de referência em Toxicologia Clínica com atuação em regime de plantão permanente, podendo prestar atendimento via teleatendimento exclusivo ou via teleatendimento e presencial, provendo informações toxicológicas aos profissionais da saúde, à população e a instituições, relativas a intoxicações agudas e crônicas e acidentes com animais peçonhentos.

V – Emergência em saúde pública: situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

VI – Integralidade da atenção: um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Deve compreender o acesso às ações, serviços e produtos seguros e eficazes, indispensáveis para as necessidades de saúde da população, objetivando promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

VII – Linha de Cuidado (LC): uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

VIII – Modelo de Atenção à Saúde: sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

IX – Rede de Atenção à Saúde: arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

X – Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.

XI – Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora: conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

XVII – promover a cooperação e o intercâmbio técnico científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional.

XVIII – implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, o registro de doenças e agravos de notificação compulsória, inclusive aqueles relacionados ao trabalho, assim como de outros dados pertinentes à vigilância em saúde no conjunto dos sistemas de informação em saúde.

XIX – desenvolver estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referente à vigilância em saúde.

XX – definir e executar projetos especiais em questões de interesse locorregional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber.

XXI – prover os insumos estratégicos conforme termos pactuados nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite.

XXII – gerir os estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da vigilância em saúde.

RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS E DO DF

Art. 13 São responsabilidades dos Municípios, e compete às Secretarias de Saúde, a gestão da vigilância em saúde no âmbito municipal, compreendendo:

I – coordenar em âmbito municipal a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde:

II – coordenar e executar, em âmbito municipal:

a) as ações e serviços de vigilância em saúde sob sua competência.

b) as ações de laboratório sob sua competência, necessárias para a vigilância em saúde, de forma articulada com a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

c) os programas estratégicos municipais voltados a atuação da vigilância em saúde.

d) as ações de vigilância, nas situações de emergências em saúde pública de importância municipal.

III – participar da pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de vigilância em saúde.

IV – conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de vigilância em saúde no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

V – pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde.

VI – desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo a criação, o apoio e o fortalecimento de comissões de vigilância em saúde nos Conselhos Municipais de Saúde.

VII – elaborar normas pertinentes à vigilância em saúde complementares às disciplinas estadual e nacional.

VIII – regular, controlar, avaliar e fiscalizar procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde.

IX – colaborar com a União na execução das ações sob vigilância sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite.

X – monitorar e avaliar as ações de vigilância em seu território, incluindo os indicadores pactuados para avaliação das ações de vigilância em saúde.

XI – implementar a gestão e a alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância.

XII – promover a cooperação e o intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional.

XIII – participar, em conjunto com o Estado e com a União, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência.

XIV – articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns.

XV – implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, o registro de doenças e agravos de notificação compulsória, inclusive aqueles relacionados ao trabalho, assim como de outros dados pertinentes à vigilância em saúde no conjunto dos sistemas de informação em saúde.

XVI – desenvolver estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à vigilância em saúde.

XVII – monitorar e avaliar as ações de vigilância em seu território, bem como regular, e auditar as ações e a prestação de serviços em vigilância em saúde, no âmbito de sua competência.

XVIII – prover insumos estratégicos, conforme termos pactuados nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite.

XIX – gerir o estoque municipal de insumos de interesse da vigilância em saúde.

XX – participar do financiamento das ações de vigilância em saúde, alocando recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política.

XXI – promover e desenvolver ações e estratégias que contribuam para a participação e o controle social em vigilância em saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 15 As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Vigilância em Saúde devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS:

I – Planos de Saúde;

II – Programações Anuais de Saúde; e

III – Relatórios Anuais de Gestão.

§1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção e proteção da saúde, de prevenção de doenças e redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos nos moldes de uma atuação permanentemente, articulada e sistêmica.

§2º Os conselhos de saúde devem ser protagonistas no processo de avaliação e monitoramento da PNVS.

FINANCIAMENTO

Art. 16 O financiamento das ações da vigilância em saúde, garantido de forma tripartite, deve ser específico, permanente, crescente e suficiente para assegurar os recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do papel institucional das três esferas de gestão, bem como deve contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade de suas ações.

terpretação pode ser afetada pela avaliação subjetiva, e pode ser difícil, para curvas parecidas, realizar a diferenciação. No Índice de Guedes e Guedes, são atribuídos, arbitrariamente, pesos para cada faixa etária da mortalidade proporcional, sendo que o peso mais negativo é atribuído à mortalidade proporcional na faixa etária de menores de 1 ano, enquanto que a mortalidade proporcional na faixa etária de 50 anos e mais recebe um peso positivo, pois está relacionada a melhores condições de vida.

Índice de Swaroop-Uemura: este índice é a mortalidade proporcional de 50 anos ou mais, ou seja: a proporção de óbitos ocorridos em indivíduos com 50 anos ou mais. Óbitos abaixo desta faixa etária são considerados, grosso modo, óbitos evitáveis; desta forma, quanto maior a proporção de óbitos entre indivíduos adultos maduros e idosos (50 anos ou mais), melhor a condição de vida e saúde da população.

Letalidade: entende-se como o maior ou menor poder que uma doença tem de provocar a morte das pessoas. Obtém-se a letalidade calculando-se a relação entre o número de óbitos resultantes de determinada causa e o número de pessoas que foram realmente acometidas pela doença, com o resultado expresso em percentual. A letalidade da escabiose é nula, e a da raiva é de 100%, havendo uma extensa gama de porções intermediárias entre esses extremos.

Morbidade: variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta.

Mortalidade: variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo.

Mortalidade infantil: termo para designar todos os óbitos de crianças menores de 1ano, ocorridos em determinada área, em dado período de tempo.

Mortalidade neonatal: referente aos óbitos de menores de 28 dias de idade (até 27 dias). Sinônimo: mortalidade infantil precoce.

Mortalidade pós-neonatal: compreende os óbitos ocorridos no período que vai do 28dia de vida até o 12 mês, antes de a criança completar 1ano de idade. Sinônimo: mortalidade tardia.

Prevalência: casuística de morbidade que se destaca por seus valores maiores do que zero sobre os eventos de saúde ou não-doença. É termo descritivo da força com que subsistem as doenças nas coletividades.

Medidas de Frequência de Doenças

Descrever as condições de saúde da população, medindo a frequência com que ocorrem os problemas de saúde em populações humanas, é um dos objetivos da Epidemiologia. Para fazer essas mensurações, utilizamos as medidas de incidência e prevalência.

A incidência diz respeito à frequência com que surgem novos casos de uma doença num intervalo de tempo, como se fosse um “filme” sobre a ocorrência da doença, no qual cada quadro pode conter um novo caso ou novos casos (PEREIRA, 1995). É, por conseguinte, uma medida dinâmica.

Vejamos Como Calcular a Incidência

Incidência = $\frac{\text{número de casos novos em determinado período}}{\text{Número de pessoas expostas ao risco no mesmo período}}$ x constante³

Imagine, como exemplo, que, entre 400 crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família e acompanhadas durante um ano, foram diagnosticados, neste período, 20 casos novos de anemia.

O cálculo da taxa de incidência será:

$$\frac{20}{400} = 0,05$$

Que multiplicando por 1.000 (constante) nos dará a seguinte taxa de incidência: 50 casos novos de anemia por 1.000 crianças no ano.

Os casos novos, ou incidentes, são aqueles que não estavam doentes no início do período de observação, mas que adoeceram no decorrer desse período. Para que possam ser detectados, é necessário que cada indivíduo seja observado no mínimo duas vezes, ou que se conheça a data do diagnóstico.

Já a prevalência se refere ao número de casos existentes de uma doença em um dado momento; é uma “fotografia” sobre a sua ocorrência, sendo assim uma medida estática. Os casos existentes são daqueles que adoeceram em algum momento do passado, somados aos casos novos dos que ainda estão vivos e doentes (MEDRONHO, 2005, PEREIRA, 1995).

Existem Três Tipos de Medidas de Prevalência

a) Prevalência pontual ou instantânea

Frequência de casos existentes em um dado instante no tempo (ex.: em determinado dia, como primeiro dia ou último dia do ano).

b) Prevalência de período

Frequência de casos existentes em um período de tempo (ex.: durante um ano).

c) Prevalência na vida

Frequência de pessoas que apresentaram pelo menos um episódio da doença ao longo da vida.

Ao contrário da incidência, para medir a prevalência, os indivíduos são observados uma única vez.