



SL-142MA-21
CÓD: 7908433205807

AMARGOSA-BA

***PREFEITURA MUNICIPAL DE AMARGOSA
DO ESTADO DA BAHIA***

Agente Comunitário de Saúde

EDITAL Nº 002/2021

Língua Portuguesa

1. Interpretação de texto.	01
2. Conhecimentos linguísticos: ortografia: emprego das letras	14
3. Divisão silábica	14
4. Acentuação gráfica	15
5. Encontros vocálicos e consonantais, dígrafos.	15
6. Classes de palavras: substantivos, adjetivos, artigos, numerais, pronomes, verbos, advérbios, preposições, conjunções, interjeições.	17
7. Concordância (verbal e nominal).	22
8. Regência (verbal e nominal);	22
9. Crase	23
10. Colocação de pronomes.	23
11. Pontuação.	24

Conhecimentos Gerais em Saúde

1. Constituição Federal/88, Seção II - Da Saúde	01
2. Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e suas alterações posteriores	02
3. Lei Federal nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e suas alterações posteriores	10
4. Política Nacional da Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 e suas alterações posteriores)	12
5. Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014 e suas alterações posteriores).	38
6. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 e suas alterações posteriores	42
7. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018	47
8. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.	50
9. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006	53

Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017

1. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	01
2. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres	10
3. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	31
4. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	38
5. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.	44
6. Diretrizes Nacionais para atenção integral à saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.	60
7. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	60
8. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	63
9. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência	70
10. Política de Saúde Mental	83

Conhecimentos Específicos Agente Comunitário de Saúde

1. Saúde da criança e do adolescente: Triagem neonatal; Saúde bucal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente; Caderneta de saúde da criança; Principais doenças e agravos que acometem às crianças e aos adolescentes. Esquema vacinal. Orientações alimentares. Orientações para prevenção de acidentes na infância	01
2. Saúde do adulto e da pessoa idosa: Esquema vacinal; orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e atividades físicas; Orientações sobre ambiente seguro e prevenção de quedas; orientações sobre o uso Saúde bucal; Principais doenças crônicas que acometem ao adulto e ao idoso	22
3. Doenças sexualmente transmissíveis	58
4. Saúde do Homem	59
5. Saúde da Mulher; Planejamento Reprodutivo e atenção a gestação, parto e puerpério. Orientações sobre Amamentação.	65
6. Saúde Mental	88
7. Atenção à pessoa com deficiência.	99
8. Orientações para famílias com pessoas acamadas	105
9. Violência Familiar	108
10. Doenças transmitidas por vetores.	120

INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

Compreensão e interpretação de textos

Chegamos, agora, em um ponto muito importante para todo o seu estudo: a interpretação de textos. Desenvolver essa habilidade é essencial e pode ser um diferencial para a realização de uma boa prova de qualquer área do conhecimento.

Mas você sabe a diferença entre compreensão e interpretação?

A **compreensão** é quando você entende o que o texto diz de forma explícita, aquilo que está na superfície do texto.

Quando Jorge fumava, ele era infeliz.

Por meio dessa frase, podemos entender que houve um tempo que Jorge era infeliz, devido ao cigarro.

A **interpretação** é quando você entende o que está implícito, nas entrelinhas, aquilo que está de modo mais profundo no texto ou que faça com que você realize inferências.

Quando Jorge fumava, ele era infeliz.

Já compreendemos que Jorge era infeliz quando fumava, mas podemos interpretar que Jorge parou de fumar e que agora é feliz.

Percebeu a diferença?

Tipos de Linguagem

Existem três tipos de linguagem que precisamos saber para que facilite a interpretação de textos.

• **Linguagem Verbal** é aquela que utiliza somente palavras. Ela pode ser escrita ou oral.



• **Linguagem não-verbal** é aquela que utiliza somente imagens, fotos, gestos... não há presença de nenhuma palavra.



• **Linguagem Mista (ou híbrida)** é aquele que utiliza tanto as palavras quanto as imagens. Ou seja, é a junção da linguagem verbal com a não-verbal.



PROIBIDO FUMAR

Além de saber desses conceitos, é importante sabermos identificar quando um texto é baseado em outro. O nome que damos a este processo é intertextualidade.

Interpretação de Texto

Interpretar um texto quer dizer dar sentido, inferir, chegar a uma conclusão do que se lê. A interpretação é muito ligada ao subentendido. Sendo assim, ela trabalha com o que se pode deduzir de um texto.

A interpretação implica a mobilização dos conhecimentos prévios que cada pessoa possui antes da leitura de um determinado texto, pressupõe que a aquisição do novo conteúdo lido estabeleça uma relação com a informação já possuída, o que leva ao crescimento do conhecimento do leitor, e espera que haja uma apreciação pessoal e crítica sobre a análise do novo conteúdo lido, afetando de alguma forma o leitor.

Sendo assim, podemos dizer que existem diferentes tipos de leitura: uma leitura prévia, uma leitura seletiva, uma leitura analítica e, por fim, uma leitura interpretativa.

É muito importante que você:

- Assista os mais diferenciados jornais sobre a sua cidade, estado, país e mundo;
- Se possível, procure por jornais escritos para saber de notícias (e também da estrutura das palavras para dar opiniões);
- Leia livros sobre diversos temas para sugar informações ortográficas, gramaticais e interpretativas;
- Procure estar sempre informado sobre os assuntos mais polêmicos;
- Procure debater ou conversar com diversas pessoas sobre qualquer tema para presenciar opiniões diversas das suas.

Dicas para interpretar um texto:

– Leia lentamente o texto todo.

No primeiro contato com o texto, o mais importante é tentar compreender o sentido global do texto e identificar o seu objetivo.

– Releia o texto quantas vezes forem necessárias.

Assim, será mais fácil identificar as ideias principais de cada parágrafo e compreender o desenvolvimento do texto.

– Sublinhe as ideias mais importantes.

Sublinhar apenas quando já se tiver uma boa noção da ideia principal e das ideias secundárias do texto.

– Separe fatos de opiniões.

O leitor precisa separar o que é um fato (verdadeiro, objetivo e comprovável) do que é uma opinião (pessoal, tendenciosa e mutável).

– Retorne ao texto sempre que necessário.

Além disso, é importante entender com cuidado e atenção os enunciados das questões.

– Reescreva o conteúdo lido.

Para uma melhor compreensão, podem ser feitos resumos, tópicos ou esquemas.

Além dessas dicas importantes, você também pode grifar palavras novas, e procurar seu significado para aumentar seu vocabulário, fazer atividades como caça-palavras, ou cruzadinhas são uma distração, mas também um aprendizado.

Não se esqueça, além da prática da leitura aprimorar a compreensão do texto e ajudar a aprovação, ela também estimula nossa imaginação, distrai, relaxa, informa, educa, atualiza, melhora nosso foco, cria perspectivas, nos torna reflexivos, pensantes, além de melhorar nossa habilidade de fala, de escrita e de memória.

Um texto para ser compreendido deve apresentar ideias seladas e organizadas, através dos parágrafos que é composto pela ideia central, argumentação e/ou desenvolvimento e a conclusão do texto.

O primeiro objetivo de uma interpretação de um texto é a identificação de sua ideia principal. A partir daí, localizam-se as ideias secundárias, ou fundamentações, as argumentações, ou explicações, que levam ao esclarecimento das questões apresentadas na prova.

Compreendido tudo isso, interpretar significa extrair um significado. Ou seja, a ideia está lá, às vezes escondida, e por isso o candidato só precisa entendê-la – e não a complementar com algum valor individual. Portanto, apegue-se tão somente ao texto, e nunca extrapole a visão dele.

IDENTIFICANDO O TEMA DE UM TEXTO

O tema é a ideia principal do texto. É com base nessa ideia principal que o texto será desenvolvido. Para que você consiga identificar o tema de um texto, é necessário relacionar as diferentes informações de forma a construir o seu sentido global, ou seja, você precisa relacionar as múltiplas partes que compõem um todo significativo, que é o texto.

Em muitas situações, por exemplo, você foi estimulado a ler um texto por sentir-se atraído pela temática resumida no título. Pois o título cumpre uma função importante: antecipar informações sobre o assunto que será tratado no texto.

Em outras situações, você pode ter abandonado a leitura porque achou o título pouco atraente ou, ao contrário, sentiu-se atraído pelo título de um livro ou de um filme, por exemplo. É muito comum as pessoas se interessarem por temáticas diferentes, dependendo do sexo, da idade, escolaridade, profissão, preferências pessoais e experiência de mundo, entre outros fatores.

Mas, sobre que tema você gosta de ler? Esportes, namoro, sexualidade, tecnologia, ciências, jogos, novelas, moda, cuidados com o corpo? Perceba, portanto, que as temáticas são praticamente infinitas e saber reconhecer o tema de um texto é condição essencial para se tornar um leitor hábil. Vamos, então, começar nossos estudos?

Propomos, inicialmente, que você acompanhe um exercício bem simples, que, intuitivamente, todo leitor faz ao ler um texto: reconhecer o seu tema. Vamos ler o texto a seguir?

CACHORROS

Os zoólogos acreditam que o cachorro se originou de uma espécie de lobo que vivia na Ásia. Depois os cães se juntaram aos seres humanos e se espalharam por quase todo o mundo. Essa amizade começou há uns 12 mil anos, no tempo em que as pessoas precisavam caçar para se alimentar. Os cachorros perceberam que, se não atacassem os humanos, podiam ficar perto deles e comer a comida que sobrava. Já os homens descobriram que os cachorros podiam ajudar a caçar, a cuidar de rebanhos e a tomar conta da casa, além de serem ótimos companheiros. Um colaborava com o outro e a parceria deu certo.

Ao ler apenas o título “Cachorros”, você deduziu sobre o possível assunto abordado no texto. Embora você imagine que o texto vai falar sobre cães, você ainda não sabia exatamente o que ele falaria sobre cães. Repare que temos várias informações ao longo do texto: a hipótese dos zoólogos sobre a origem dos cães, a associação entre eles e os seres humanos, a disseminação dos cães pelo mundo, as vantagens da convivência entre cães e homens.

As informações que se relacionam com o tema chamamos de subtemas (ou ideias secundárias). Essas informações se integram, ou seja, todas elas caminham no sentido de estabelecer uma unidade de sentido. Portanto, pense: sobre o que exatamente esse texto fala? Qual seu assunto, qual seu tema? Certamente você chegou à conclusão de que o texto fala sobre a relação entre homens e cães. Se foi isso que você pensou, parabéns! Isso significa que você foi capaz de identificar o tema do texto!

Fonte: <https://portuguesrapido.com/tema-ideia-central-e-ideias-secundarias/>

IDENTIFICAÇÃO DE EFEITOS DE IRONIA OU HUMOR EM TEXTOS VARIADOS

Ironia

Ironia é o recurso pelo qual o emissor diz o contrário do que está pensando ou sentindo (ou por pudor em relação a si próprio ou com intenção depreciativa e sarcástica em relação a outrem).

A ironia consiste na utilização de determinada palavra ou expressão que, em um outro contexto diferente do usual, ganha um novo sentido, gerando um efeito de humor.

Exemplo:





Na construção de um texto, ela pode aparecer em três modos: ironia verbal, ironia de situação e ironia dramática (ou satírica).

Ironia verbal

Ocorre quando se diz algo pretendendo expressar outro significado, normalmente oposto ao sentido literal. A expressão e a intenção são diferentes.

Exemplo: Você foi tão bem na prova! Tirou um zero incrível!

Ironia de situação

A intenção e resultado da ação não estão alinhados, ou seja, o resultado é contrário ao que se espera ou que se planeja.

Exemplo: Quando num texto literário uma personagem planeja uma ação, mas os resultados não saem como o esperado. No livro "Memórias Póstumas de Brás Cubas", de Machado de Assis, a personagem título tem obsessão por ficar conhecida. Ao longo da vida, tenta de muitas maneiras alcançar a notoriedade sem sucesso. Após a morte, a personagem se torna conhecida. A ironia é que planejou ficar famoso antes de morrer e se tornou famoso após a morte.

Ironia dramática (ou satírica)

A ironia dramática é um dos efeitos de sentido que ocorre nos textos literários quando a personagem tem a consciência de que suas ações não serão bem-sucedidas ou que está entrando por um caminho ruim, mas o leitor já tem essa consciência.

Exemplo: Em livros com narrador onisciente, que sabe tudo o que se passa na história com todas as personagens, é mais fácil aparecer esse tipo de ironia. A peça como Romeu e Julieta, por exemplo, se inicia com a fala que relata que os protagonistas da história irão morrer em decorrência do seu amor. As personagens agem ao longo da peça esperando conseguir atingir seus objetivos, mas a plateia já sabe que eles não serão bem-sucedidos.

Humor

Nesse caso, é muito comum a utilização de situações que pareçam cômicas ou surpreendentes para provocar o efeito de humor.

Situações cômicas ou potencialmente humorísticas compartilham da característica do efeito surpresa. O humor reside em ocorrer algo fora do esperado numa situação.

Há diversas situações em que o humor pode aparecer. Há as tirinhas e charges, que aliam texto e imagem para criar efeito cômico; há anedotas ou pequenos contos; e há as crônicas, frequentemente acessadas como forma de gerar o riso.

Os textos com finalidade humorística podem ser divididos em quatro categorias: anedotas, cartuns, tiras e charges.

Exemplo:



ANÁLISE E A INTERPRETAÇÃO DO TEXTO SEGUNDO O GÊNERO EM QUE SE INSCREVE

Compreender um texto trata da análise e decodificação do que de fato está escrito, seja das frases ou das ideias presentes. Interpretar um texto, está ligado às conclusões que se pode chegar ao conectar as ideias do texto com a realidade. Interpretação trabalha com a subjetividade, com o que se entendeu sobre o texto.

Interpretar um texto permite a compreensão de todo e qualquer texto ou discurso e se amplia no entendimento da sua ideia principal. Compreender relações semânticas é uma competência imprescindível no mercado de trabalho e nos estudos.

Quando não se sabe interpretar corretamente um texto pode-se criar vários problemas, afetando não só o desenvolvimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal.

Busca de sentidos

Para a busca de sentidos do texto, pode-se retirar do mesmo os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo. Isso auxiliará na apreensão do conteúdo exposto.

Isso porque é ali que se fazem necessários, estabelecem uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Por fim, concentre-se nas ideias que realmente foram explicitadas pelo autor. Textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Deve-se ater às ideias do autor, o que não quer dizer que o leitor precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não sejam criadas suposições vagas e inespecíficas.

Importância da interpretação

A prática da leitura, seja por prazer, para estudar ou para se informar, aprimora o vocabulário e dinamiza o raciocínio e a interpretação. A leitura, além de favorecer o aprendizado de conteúdos específicos, aprimora a escrita.

Uma interpretação de texto assertiva depende de inúmeros fatores. Muitas vezes, apressados, descuidamo-nos dos detalhes presentes em um texto, achamos que apenas uma leitura já se faz suficiente. Interpretar exige paciência e, por isso, sempre releia o texto, pois a segunda leitura pode apresentar aspectos surpreendentes que não foram observados previamente. Para auxiliar na busca de sentidos do texto, pode-se também retirar dele os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo, isso certamente auxiliará na apreensão do conteúdo exposto. Lembre-se de que os parágrafos não estão organizados, pelo menos em um bom texto, de maneira aleatória, se estão no lugar que estão, é porque ali se fazem necessários, estabelecendo uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Concentre-se nas ideias que de fato foram explicitadas pelo autor: os textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Devemos nos ater às ideias do autor, isso não quer dizer que você precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não criemos, à revelia do autor, suposições vagas e inespecíficas. Ler com atenção é um exercício que deve ser praticado à exaustão, assim como uma técnica, que fará de nós leitores proficientes.

Diferença entre compreensão e interpretação

A compreensão de um texto é fazer uma análise objetiva do texto e verificar o que realmente está escrito nele. Já a interpretação imagina o que as ideias do texto têm a ver com a realidade. O leitor tira conclusões subjetivas do texto.

Gêneros Discursivos

Romance: descrição longa de ações e sentimentos de personagens fictícios, podendo ser de comparação com a realidade ou totalmente irreal. A diferença principal entre um romance e uma novela é a extensão do texto, ou seja, o romance é mais longo. No romance nós temos uma história central e várias histórias secundárias.

Conto: obra de ficção onde é criado seres e locais totalmente imaginário. Com linguagem linear e curta, envolve poucas personagens, que geralmente se movimentam em torno de uma única ação, dada em um só espaço, eixo temático e conflito. Suas ações encaminham-se diretamente para um desfecho.

Novela: muito parecida com o conto e o romance, diferenciado por sua extensão. Ela fica entre o conto e o romance, e tem a história principal, mas também tem várias histórias secundárias. O tempo na novela é baseada no calendário. O tempo e local são definidos pelas histórias dos personagens. A história (enredo) tem um ritmo mais acelerado do que a do romance por ter um texto mais curto.

Crônica: texto que narra o cotidiano das pessoas, situações que nós mesmos já vivemos e normalmente é utilizado a ironia para mostrar um outro lado da mesma história. Na crônica o tempo não é relevante e quando é citado, geralmente são pequenos intervalos como horas ou mesmo minutos.

Poesia: apresenta um trabalho voltado para o estudo da linguagem, fazendo-o de maneira particular, refletindo o momento, a vida dos homens através de figuras que possibilitam a criação de imagens.

Editorial: texto dissertativo argumentativo onde expressa a opinião do editor através de argumentos e fatos sobre um assunto que está sendo muito comentado (polêmico). Sua intenção é convencer o leitor a concordar com ele.

Entrevista: texto expositivo e é marcado pela conversa de um entrevistador e um entrevistado para a obtenção de informações. Tem como principal característica transmitir a opinião de pessoas de destaque sobre algum assunto de interesse.

Cantiga de roda: gênero empírico, que na escola se materializa em uma concretude da realidade. A cantiga de roda permite as crianças terem mais sentido em relação a leitura e escrita, ajudando os professores a identificar o nível de alfabetização delas.

Receita: texto instrucional e injuntivo que tem como objetivo de informar, aconselhar, ou seja, recomendam dando uma certa liberdade para quem recebe a informação.

DISTINÇÃO DE FATO E OPINIÃO SOBRE ESSE FATO

Fato

O fato é algo que aconteceu ou está acontecendo. A existência do fato pode ser constatada de modo indiscutível. O fato pode é uma coisa que aconteceu e pode ser comprovado de alguma maneira, através de algum documento, números, vídeo ou registro.

Exemplo de fato:

A mãe foi viajar.

Interpretação

É o ato de dar sentido ao fato, de entendê-lo. Interpretamos quando relacionamos fatos, os comparamos, buscamos suas causas, previmos suas consequências.

Entre o fato e sua interpretação há uma relação lógica: se apontamos uma causa ou consequência, é necessário que seja plausível. Se comparamos fatos, é preciso que suas semelhanças ou diferenças sejam detectáveis.

Exemplos de interpretação:

A mãe foi viajar porque considerou importante estudar em outro país.

A mãe foi viajar porque se preocupava mais com sua profissão do que com a filha.

Opinião

A opinião é a avaliação que se faz de um fato considerando um juízo de valor. É um julgamento que tem como base a interpretação que fazemos do fato.

Nossas opiniões costumam ser avaliadas pelo grau de coerência que mantêm com a interpretação do fato. É uma interpretação do fato, ou seja, um modo particular de olhar o fato. Esta opinião pode alterar de pessoa para pessoa devido a fatores socioculturais.

Exemplos de opiniões que podem decorrer das interpretações anteriores:

A mãe foi viajar porque considerou importante estudar em outro país. Ela tomou uma decisão acertada.

A mãe foi viajar porque se preocupava mais com sua profissão do que com a filha. Ela foi egoísta.

Muitas vezes, a interpretação já traz implícita uma opinião.

Por exemplo, quando se mencionam com ênfase consequências negativas que podem advir de um fato, se enaltecem previsões positivas ou se faz um comentário irônico na interpretação, já estamos expressando nosso julgamento.

É muito importante saber a diferença entre o fato e opinião, principalmente quando debatemos um tema polêmico ou quando analisamos um texto dissertativo.

Exemplo:

A mãe viajou e deixou a filha só. Nem deve estar se importando com o sofrimento da filha.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL/88, SEÇÃO II - DA SAÚDE

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

**TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL**

**SEÇÃO II
DA SAÚDE**

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

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;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

§ 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.

§ 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.

§ 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.

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;

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

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

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Com certeza, um dos direitos sociais mais invocados e que mais necessitam de investimento estatal na atualidade é o direito à saúde. Não coincidentemente, a maior parte dos casos no Poder Judiciário contra o Estado envolvem a invocação deste direito, diante da recusa do Poder público em custear tratamentos médicos e cirúrgicos. Em que pese a invocação da reserva do possível, o Judiciário tem se guiado pelo entendimento de que devem ser reservados recursos suficientes para fornecer um tratamento adequado a todos os nacionais.

O direito à saúde, por seu turno, não tem apenas o aspecto repressivo, propiciando a cura de doenças, mas também o preventivo. Sendo assim, o Estado deve desenvolver políticas sociais e econômicas para reduzir o risco de doenças e agravos, bem como para propiciar o acesso universal e igualitário aos serviços voltado ao seu tratamento. (art. 196, CF).

A terceirização e a colaboração de agentes privados nas políticas de saúde pública é autorizada pela Constituição, sem prejuízo da atuação direta do Estado (art. 197, CF). Sendo assim, ou o próprio Estado implementará as políticas ou fiscalizará, regulamentará e controlará a implementação destas por terceiros.

O artigo 198, CF aborda o sistema único de saúde, uma rede hierarquizada e regionalizada de ações e serviços públicos de saúde, devendo seguiras seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”, de forma que haverá direção do SUS nos âmbitos municipal, estadual e federal, não se concentrando o sistema numa única esfera; “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, do que se depreende que a prevenção é a melhor saída para um sistema eficaz, não havendo prejuízo para as atividades repressivas; e “participação da comunidade”. Com efeito, busca-se pela descentralização a abrangência ampla dos serviços de saúde, que devem em si também ser amplos – preventivos e repressivos, sendo que todos agentes públicos e a própria comunidade devem se envolver no processo.

O direito à saúde encontra regulamentação no âmbito da seguridade social, que também abrange a previdência e a assistência social, sendo financiado com este orçamento, nos moldes do artigo 198, §1º, CF.

A questão orçamentária de incumbência mínima de cada um dos entes federados tem escopo nos §§ 2º e 3º do artigo 198, CF.

Correlato à participação da comunidade no SUS, tem-se o artigo 198, §§ 4º, 5º e 6º, CF.

Não há prejuízo à atuação da iniciativa privada no campo da assistência à saúde, questão regulamentada no artigo 199, CF. Do dispositivo depreende-se uma das questões mais polêmicas no âmbito do SUS, que é a complementaridade do sistema por parte de instituições privadas, mediante contrato ou convênio, desde que sem fins lucrativos por parte destas instituições. Em verdade, é muito comum que hospitais de ensino de instituições particulares com cursos na área de biológicas busquem este convênio, encontrando frequentemente entraves que não possuem natureza jurídica, mas política.

Finalizando a disciplina do direito à saúde na Constituição, que vem a ser complementada no âmbito infraconstitucional pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, prevê o artigo 200 as atribuições do SUS.

LEI FEDERAL Nº. 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 E SUAS ALTERAÇÕES POSTERIORES

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

**TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Resolução dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

**TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

**CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES**

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
 II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

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

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

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos dispõem sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos

entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**INTRODUÇÃO**

Parte essencial da Política Nacional de Saúde, a presente Política fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade do que determinam a Lei Orgânica da Saúde – N.º 8.080/90 – e a Lei 8.842/94, que assegura os direitos deste segmento populacional.

No conjunto dos princípios definidos pela Lei Orgânica, destaca-se o relativo à “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, que constitui uma das questões essenciais enfocadas nesta Política, ao lado daqueles inerentes à integralidade da assistência e ao uso da epidemiologia para a fixação de prioridades (Art. 7º, incisos III, II e VII, respectivamente).

Por sua vez, a Lei N.º 8.842 – regulamentada pelo Decreto N.º 1.948, de 3 de julho de 1996 –, ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas das áreas envolvidas, busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Segundo essa Lei, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área (inciso II do Art. 10).

Ao lado das determinações legais, há que se considerar, por outro lado, que a população idosa brasileira tem se ampliado rapidamente. Em termos proporcionais, a faixa etária a partir de 60 anos de idade é a que mais cresce. No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da 2 Organização Mundial de Saúde – OMS –, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O País ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa modificaram a pirâmide populacional. Até os anos 60, todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento.

Nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu lentamente, realizando-se ao longo de mais de cem anos. Alguns desses países, hoje, apresentam um crescimento negativo da sua população, com a taxa de nascimentos mais baixa que a de mortalidade. A transição acompanhou a elevação da qualidade de vida das populações urbanas e rurais, graças à adequada inserção das pessoas no mercado de trabalho e de oportunidades educacionais mais favoráveis, além de melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia.

À semelhança de outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultando, sobretudo do intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas.

Esse processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que colaborou para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, um maior acesso a de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da fecundidade.

A persistir a tendência de o envelhecimento como fenômeno urbano, as projeções para o início do século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades. As regiões mais urbanizadas, como a Sudeste e o Sul, ainda oferecem melhores possibilidades de emprego, disponibilidade de serviços públicos e oportunidades de melhor alimentação, moradia e assistência médica e social.

Embora grande parte das populações ainda viva na pobreza, nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna, verificadas nos últimos 60 anos – assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros –, favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças que eram fatais até então. O conjunto dessas medidas provocou uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida ao nascer.

No Brasil, em 1900, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos anos 40, de 39 anos; em 50, aumentou para 43,2 anos e, em 60, era de 55,9 anos. De 1960 para 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescentados vinte anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundação IBGE).

De 1980 para 2000, o aumento deverá ser em torno de cinco anos, ocasião em que cada brasileiro, ao nascer, esperará viver 68 anos e meio. As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (Kalache et al., 1987).

Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, tem sido observado, a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento importante da proporção de idosos na população brasileira. De 1980 a 2000, o grupo etário com 60 anos e mais de idade deverá crescer 105%; as projeções apontam para um crescimento de 130% no período de 2000 a 2025.

Mesmo que se leve em conta que uma parcela do contingente de idosos participe da atividade econômica, o crescimento deste grupo populacional afeta diretamente a razão de dependência, usualmente definida como a soma das populações jovem e idosa em relação à população economicamente ativa total. Esse coeficiente é calculado tomando por base a população de menos de 15 anos e a de 60 e mais anos de idade em relação àquela considerada em idade produtiva (situada na faixa etária dos 15 aos 59 anos de idade).

O processo de urbanização e a conseqüente modificação do mercado de trabalho aceleraram a redistribuição da população entre as zonas rural e urbana do País. Em 1930, dois terços da população brasileira viviam na zona rural; hoje, mais de três quartos estão em zona urbana. O emprego nas fábricas e as mais diferenciadas possibilidades de trabalho nas cidades modificaram a estrutura familiar brasileira, transformando a família extensa do campo na família nuclear urbana. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, exigindo os necessários mecanismos de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio.

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por alterações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios e segundo ou terceiro casamento, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira. Essas situações geram o que se convencionou chamar de intimidade à distância, em que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

Tem sido observada uma feminilização do envelhecimento no Brasil. O número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 60 anos de idade, já é superior há muito tempo.

Da mesma forma, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente aos homens idosos. No Brasil, desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, sendo que a diferença está ao redor de sete anos e meio.

De outra parte, o apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário. Por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de visibilidade maior.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no País, hoje são responsáveis por menos de 10% (RADIS: "Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980"). O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram responsáveis por 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

Tomando-se por base os dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde – SUS –, em 1997, e a população estimada pelo IBGE para este mesmo ano, pode-se concluir que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos de saúde. Naquele ano, o Sistema arcou com um total de 12.715.568 de AIHs (autorizações de internações hospitalares), assim distribuídas:

- 2.471.984 AIHs (19,4%) foram de atendimentos na faixa etária de 0-14 anos de idade, que representava 33,9% da população total (aqui também estão incluídas as AIHs dos recém-nascidos em ambiente hospitalar, bem como as devidas a parto normal);
- 7.325.525 AIHs (57,6%) foram na faixa etária de 15-59 anos de idade (58,2% da população total);
- 2.073.915 AIHs (16,3%) foram na faixa etária de 60 anos ou mais de idade (7,9% da população total);
- 480.040 AIHs (3,8%) foram destinadas ao atendimento de indivíduos de idade ignorada; essas hospitalizações, em sua grande maioria, corresponderam a tratamento de enfermidades mentais de longa permanência, geralmente em pessoas acima de 50 anos de idade (essa parcela de AIHs foi excluída dos estudos em que se diferencia o impacto de cada faixa etária no sistema hospitalar);
- a taxa de hospitalização, em um ano, alcançou um total de 46 por 1.000 indivíduos na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, 79 no segmento de 15 a 59 anos de idade e 165 no grupo de 60 anos ou mais de idade;

- o tempo médio de permanência hospitalar foi de 5,1 dias para o grupo de 0-14 anos de idade, 5,1 dias no de 15-59 e 6,8 dias no grupo mais idoso;

- o índice de hospitalização (número de dias de hospitalização consumidos, por habitante, a cada ano) correspondeu a 0,23 dias na faixa de 0-14 anos de idade; a 0,40 dias na faixa de 15-59; e a 1,12 dias na faixa de 60 anos ou mais de idade;

- do custo total de R\$ 2.997.402.581,29 com despesas de internações hospitalares, 19,7% foram com pacientes da faixa etária de 0-14 anos de idade, 57,1% da faixa de 15-59 anos de idade e 23,9% foram de idosos;

- o custo médio, por hospitalização, foi de R\$ 238,67 em relação à faixa etária de 0-14 anos de idade, R\$ 233,87 à de 15-59 anos e R\$ 334,73 ao grupo de mais de 60 anos de idade;

- o índice de custo (custo de hospitalização por habitante/ano) foi de R\$ 10,93 no segmento de 0-14 anos de idade, de R\$ 18,48 no de 15-59 anos de idade e de R\$ 55,25 no de mais de 60 anos de idade.

Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em seu benefício. O idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira para fins de reabilitação.

A abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado – focada em uma queixa principal e o hábito médico de tentar explicar todas as queixas e os sinais por um único diagnóstico, que é adequada no adulto jovem – não se aplica em relação ao idoso. Estudos populacionais demonstram que a maioria dos idosos – 85% – apresenta pelo menos uma doença crônica e que uma significativa minoria – 10% – possui, no mínimo, cinco destas patologias (Ramos, LR e cols, 1993). A falta de difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso.

A maioria das instituições de ensino superior brasileiras ainda não está sintonizada com o atual processo de transição demográfica e suas consequências médico-sociais. Há uma escassez de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional no terceiro milênio.

O crescimento demográfico brasileiro tem características particulares, que precisam ser apreendidas mediante estudos e desenhos de investigação que deem conta dessa especificidade. O cuidado de saúde destinado ao idoso é bastante caro, e a pesquisa corretamente orientada pode propiciar os instrumentos mais adequados para uma maior eficiência na adoção de prioridades e na alocação de recursos, além de subsidiar a implantação de medidas apropriadas à realidade brasileira.

A transição demográfica no Brasil exige, na verdade, novas estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, com baixo nível socioeconômico, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de leitos de longa permanência.

A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas. O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, já bastante discutido, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda de orientação, informação e assessoria de especialistas.

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente.

A maior parte dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda de quem quer que seja. Consoante aos mais modernos conceitos gerontológicos, esse idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar-se no seu cotidiano deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais de uma doença crônica.

Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece pelo maior tempo possível – foco central desta Política –, significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso. Tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional.

Na análise da questão relativa à reabilitação da capacidade funcional, é importante reiterar que a grande maioria dos idosos desenvolve, ao longo da vida, algum tipo de doença crônica decorrente da perda continuada da função de órgãos e aparelhos biológicos. Essa perda de função pode ou não levar a limitações funcionais que, por sua vez, podem gerar incapacidades, conduzindo, em última instância, à dependência da ajuda de outrem ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência no dia a dia.

Estudos populacionais revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa do tipo fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa – 10% –, requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (Ramos, L. R. e cols., 1993). É imprescindível que, na prestação dos cuidados aos idosos, as famílias estejam devidamente orientadas e relação às atividades de vida diária (AVDs).

Tanto a dependência física quanto a mental constituem fatores de risco significativos para mortalidade, mais relevantes até que as próprias doenças que levaram à dependência, visto que nem todo doente torna-se dependente, conforme revelam estudos populacionais de segmentos de idosos residentes em diferentes comunidades (Ramos, L. R. e cols., 1993). No entanto, nem todo dependente perde sua autonomia e, neste sentido, a dependência mental deve ser objeto de atenção especial, na medida em que leva, com muito mais frequência, à perda de autonomia.

Doenças como depressão e demência já estão, em todo mundo, entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, exatamente por conduzirem à perda da independência e, quase que necessariamente, à perda da autonomia.

Os custos gerados por essa dependência são tão grandes quanto o investimento de dedicar um membro da família ou um cuidador para ajudar continuamente uma pessoa que, muitas vezes, irá viver mais 10 ou 20 anos, requerendo uma atenção que, não raro, envolve leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros e sofisticados, bem como o consenso frequente de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, capaz de fazer frente à problemática multifacetada do idoso.

Dentro desse contexto é que são estabelecidas novas prioridades dirigidas a esse grupo populacional, que deverão nortear as ações em saúde nesta virada de século.

Propósito

Como se pode depreender da análise apresentada no capítulo anterior, o crescimento demográfico da população idosa brasileira exige a preparação adequada do País para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. Essa preparação envolve diferentes aspectos que dizem respeito desde a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas.

Acresce-se, por outro lado, a necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, neste compreendido o Estado, as organizações não governamentais e os diferentes segmentos sociais.

Nesse sentido, a presente Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para tanto, nesta Política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas às responsabilidades institucionais para o alcance do propósito acima explicitado. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Idoso, mediante o qual deverá ser possível os eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática.

A implementação desta Política compreende a definição e ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objeto.

O esforço conjunto de toda a sociedade, aqui preconizado, implica o estabelecimento de uma articulação permanente que, no âmbito do SUS, envolve a construção de contínua cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Diretrizes

Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, são definidas como diretrizes essenciais:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- o apoio a estudos e pesquisas.

Promoção do Envelhecimento Saudável

O cumprimento dessa diretriz compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

Entre os hábitos saudáveis, deverão ser destacados, por exemplo, a alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. Em relação aos hábitos nocivos, merecerão destaque o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação.

Tais temas serão objeto de processos educativos e informativos continuados, em todos os níveis de atuação do SUS, com a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos, bem como o desenvolvimento de campanhas em populares de rádio; veiculação de filmetes na televisão; treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia de saúde da família para, no trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamentos saudáveis.

Ênfase especial será dada às orientações dos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais, que favorecem quedas e que podem comprometer a capacidade funcional destas pessoas. Deverão ser garantidas aos idosos, assim como aos portadores de deficiência, condições adequadas de acesso aos espaços públicos, tais como rampas, corrimões e outros equipamentos facilitadores.

Manutenção da Capacidade Funcional

Ao lado das medidas voltadas à promoção de hábitos saudáveis, serão promovidas ações que visem à prevenção de perdas funcionais, em dois níveis específicos:

- prevenção de agravos à saúde;
- detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos.

As ações de prevenção envolvidas no primeiro nível estarão centradas na aplicação de vacinas, medida já consolidada para a infância, mas com prática ainda limitada e recente entre idosos.

Deverão ser aplicadas as vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza, que representam problemas sérios entre os idosos no Brasil e que são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS – para este grupo populacional.

A grande maioria das hospitalizações para o tratamento do tétano ocorre em indivíduos acima dos 60 anos de idade. Nesse sentido, essa população será estimulada a fazer doses de reforço da vacina antitetânica a cada dez anos, tendo em vista a sua comprovada efetividade, a qual alcança quase os 100%.

As pneumonias, em especial a de origem pneumocócica, estão entre as patologias infecciosas que mais trazem riscos à saúde dos idosos, com altas taxas de internação, além de alta letalidade nesta faixa etária. São apontadas como fatores de descompensação funcional de piora dos quadros de insuficiência cardíaca, desencadeadoras de edema agudo de pulmão e fonte de deterioração nos quadros de doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Levando em conta as recomendações técnicas atuais, a vacina antipneumocócica deverá ser administrada em dose única nos indivíduos idosos.

Embora vista como enfermidade trivial, a influenza – ou gripe –, no grupo dos idosos, pode trazer consequências graves, levando a processos pneumônicos ou, ainda, à quebra do equilíbrio, já instável, destes indivíduos, portadores de patologias crônicas não

transmissíveis. A vacina antigripal deverá ser aplicada em todos os idosos, pelo menos duas semanas antes do início do inverno ou do período das chuvas nas regiões mais tropicais.

No segundo nível da manutenção da capacidade funcional, além do reforço das ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades não transmissíveis – como a hipertensão arterial, a diabetes melito e a osteoporose –, deverão ser introduzidas as novas medidas, de que são exemplos aquelas dirigidas ao hipotireoidismo subclínico – ainda pouco usuais e carentes de sistematização –, mediante o desenvolvimento de atividades específicas, entre as quais destacam-se:

- antecipação de danos sensoriais, com o rastreio precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos;
- utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como riscos de queda, alterações do humor e perdas cognitivas;
- prevenção de perdas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal;
- prevenção de deficiências nutricionais;
- avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com vistas à prevenção de perda de independência e autonomia;
- prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados etc.

A operacionalização da maioria dessas medidas dar-se-á nas próprias unidades de saúde, com suas equipes mínimas tradicionais, às quais deverão ser incorporados os agentes de saúde ou visitantes, além do estabelecimento de parcerias nas ações integrantes da estratégia de saúde da família e outras congêneres. Além disso, na implementação dessa diretriz, buscar-se-á o engajamento efetivo dos grupos de convivência, com possibilidades tanto terapêuticas e preventivas, quanto de lazer.

Assistência às necessidades de saúde do idoso

A prestação dessa assistência basear-se-á nas orientações abaixo descritas, as quais compreendem os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência. Para tal, deverá ser estabelecido um modelo específico, de modo a alcançar-se um impacto expressivo na assistência, em particular na redução das taxas de internação hospitalar e em clínicas de repouso – e mesmo asilos –, bem como a diminuição da demanda aos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidades. A consulta geriátrica deverá ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir da caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o correto encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Considerando que a qualidade da coleta de dados apresenta dificuldades peculiares a esse grupo etário, em decorrência de elevado índice de morbidade, apresentações atípicas de doenças e pela chance aumentada de iatrogenia, o modelo de consulta a ser estabelecido pautar-se-á pela abrangência, sensibilidade diagnóstica e orientação terapêutica, nesta incluídas ações não farmacológicas.

A abrangência do modelo de consulta geriátrica compreenderá a incorporação de informações que permitam a identificação de problemas não apenas relacionados aos sistemas cardiorrespiratório, digestivo, hematológico e endócrino-metabólico, como, também, aos transtornos neuropsiquiátricos, nos aparelhos locomotor e geniturinário.

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: TRIAGEM NEONATAL; SAÚDE BUCAL; ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE; CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA; PRINCIPAIS DOENÇAS E AGRAVOS QUE ACOMETEM ÀS CRIANÇAS E AOS ADOLESCENTES. ESQUEMA VACINAL. ORIENTAÇÕES ALIMENTARES. ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA

Marcos do crescimento e do desenvolvimento

O desenvolvimento da criança é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas. Para uma definição mais completa e necessário diferenciar as noções referentes ao crescimento e desenvolvimento:

— **crescimento** e o aumento do corpo, de ponto de vista físico. Ele pode ser aumento de estatura ou de peso. A unidade de medida dele vai ser o cm ou a grama. Os processos básicos dele: aumento de tamanho celular (chamado de hipertrofia) ou aumento do número das células (hiperplasia);

— **maturação** e uma noção bem diferente – nesse caso, trata-se de organização progressiva das estruturas morfológicas. Aqui entra: crescimento e diferenciação celular, mielinização, especialização dos aparelhos e sistemas;

— **desenvolvimento**: e um ponto de vista holístico, integrante dos processos do crescimento e maturação, mas que junta a isto o impacto e o aprendizado sobre cada evento, e, também, a integração psíquicos e sociais;

— **o desenvolvimento psicossocial** – e, de fato a integração do aspecto humano – o ser aprende a interagir e mover, respeitar as regras da sociedade, a rotina diária – praticamente, a criança vai seguir os passos que vão ter como finalidade a convivência com a sociedade cuja pertence.

O recém-nascido e a criança hospitalizada

As crianças tendem a responder à hospitalização com um distúrbio emocional, estas respostas geralmente manifestam-se através de comportamentos agressivos, como choro, retraimento, chute, mordida, tapas, resistência física aos procedimentos, ou ignora as solicitações. As internações são consideradas ameaças ao desenvolvimento da criança e a união familiar.

Vários são os sinais dos transtornos que a criança possa apresentar dentre eles destacam-se: Ansiedade de Separação; Perda de controle e Medos.

A unidade de internação é um ambiente ocupado e barulhento, cheio de eventos imprevistos e geralmente sem prazer para crianças e seus pais. É responsabilidade de todos os membros da equipe de saúde estar atenta e sensível a esses problemas em geral. O profissional bem treinado pode fazer avaliações e elaborar intervenções durante a experiência da internação. O uso do brincar terapêutico, atividades de recreação, atividades escolares, visitas hospitalares e grupos de apoio podem fornecer medidas criativas para guiar a criança e a família para longe da experiência negativa e em direção à experiência benéfica. (BOWDEN; GREENBERG, 2005)

Cuidados com as medicações

Medicamento é toda a substância que, introduzida no organismo, previne e trata doenças, alivia e auxilia no diagnóstico. As ações de enfermagem relativas aos medicamentos dizem respeito ao preparo, à administração e a observação das reações da criança que se submeteu a este procedimento.

Considerar os seis certos tradicionais da administração de medicamentos (registro certo, dose certa, via certa, droga certa, hora certa e paciente certo) e de checar o procedimento realizado, em

pediatria a equipe de enfermagem tem de levar em consideração certas peculiaridades durante o procedimento, tais como, a criança sentir-se insegura durante a hospitalização e ter medo do que lhe vai acontecer, não aceitando, muitas vezes, as medicações, principalmente as injetáveis. (COLLET; OLIVEIRA, 2002)

Observam-se os seguintes cuidados para administração do medicamento em pediatria segundo Collet e Oliveira 2002:

- ler cuidadosamente os rótulos dos medicamentos;
- questionar a administração de vários comprimidos ou frascos para uma única dose;
- estar alerta para medicamentos similares;
- verificar a vírgula decimal;
- questionar aumento abrupto e excessivo nas doses;
- quando um medicamento novo for prescrito, buscar informações sobre ele;
- não administrar medicamentos prescritos por meio de apelidos ou símbolos;
- não tentar decifrar letras ilegíveis;
- procurar conhecer crianças que tem o mesmo nome ou sobrenome.

Cuidados prévios para a administração de medicamentos:

- orientar a criança e a mãe/acompanhante por meio do brinquedo terapêutico;
- lavar as mãos;
- reunir o material;
- ler o rótulo da medicação (observar validade, cor, aspecto, dosagem)
- preparar o medicamento na dose certa;
- identificar a medicação a ser ministrada – nome da criança, nº do leito, nome da medicação, a via de administração, a dose e o horário e a assinatura de quem prepararam;
- não deixar ao alcance das crianças os medicamentos;
- explicar a criança que entende a relação do medicamento com a doença;
- restringir a criança quando necessário, para garantir a administração correta e segura.

FARMACOCINETICA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Fatores que Afetam a Absorção dos Medicamentos

- Gastrintestinal

O pH gástrico é alto em neonatos, atingindo os valores de adulto por volta da idade de 2 anos. Os medicamentos ácidos são mais biodisponíveis; os medicamentos-base apresentam menor biodisponibilidade.

A motilidade gástrica e intestinal (tempo de transito) esta diminuída nos neonatos e lactentes menores, mas aumenta nos lactentes maiores e crianças.

A quantidade de ácido biliar e o funcionamento estão diminuídos nos recém-nascidos e atingem a sua capacidade máxima ao longo dos primeiros meses de vida.

- Retal

Somente alguns medicamentos são adequados para administração retal. Além disso, o tamanho da exposição na mucosa retal afeta a absorção.

- Intramuscular

Variável no grupo pediátrico secundário a (a) fluxo sanguíneo e instabilidades vasomotoras, (b) contração e tônus muscular insuficientes e (c) oxigenação muscular diminuída.

- Percutâneo

Diminuído com espessura aumentada do estrato córneo e diretamente relacionado à hidratação da pele.

Os neonatos e os lactentes tem a permeabilidade da pele aumentada, permitindo maior penetração da medicação e uma relação maior de área de superfície – peso corporal com potencial para toxicidade.

- Intraocular

As mucosas de neonatos e lactentes são particularmente finas; os medicamentos oftalmológicos podem causar efeitos sistêmicos nos recém-nascidos e nas crianças jovens.

Fatores que Afetam a Distribuição

- Os neonatos têm uma maior proporção de água corporal total que rapidamente de reduz durante o primeiro ano de vida. Valores de adultos são gradualmente alcançados por volta de 12 anos de idade. Este fator é uma consideração importante relacionado à solubilidade do medicamento na água.

- As crianças têm uma proporção mais baixa de gordura corporal que os adultos.

- A capacidade de ligação das proteínas depende da idade.

A concentração de proteína total ao nascimento corresponde a somente 80% dos valores de um adulto, o que leva a uma maior fração livre ou ativa da droga na circulação com um maior potencial para toxicidade.

- A albumina fetal no período imediato após o parto tem a capacidade de ligação a drogas limitada.

- Uma barreira hemato-encefálica imatura durante o período logo após o parto pode levar a altas concentrações de medicamentos no cérebro do que em outras idades.

Fatores que Afetam o Metabolismo

- O sistema microsomal enzimático do recém-nascido é menos eficaz.

- A maturação varia entre as pessoas; cada enzima hepática torna-se funcional a uma frequência diferente.

Fatores que Afetam a Eliminação

- A filtração glomerular e a secreção tubular estão reduzidas no nascimento.

- Existe um aumento gradual na função renal, com os valores de adultos sendo alcançados nos(s) primeiro(s) 1-2 anos de vida.

Vias de Administração de Medicação Infantil

Via Oral: *Formas Farmacêuticas: cápsulas, comprimidos, xaropes e drágeas.*

A administração de medicamentos por via oral consiste no preparo ideal, escolher o material de administração de acordo com a idade da criança (colher ou copo de medidas, conta-gotas, seringa, copo descartável, fita crepe ou etiqueta de identificação); orientar a criança e o acompanhamento se preciso por intermédio do brinquedo terapêutico, sentar a criança semi-sentada no colo do acompanhante ou decúbito dorsal elevado no leito; administra-se o medicamento certificando-se de que a criança engoliu; oferecer líquidos após o medicamento, registrar aceitação e se houver reação comunicar.

Vantagens:

- Autoadministração, econômica e fácil;
- Confortável, indolor;
- Forma Farmacêutica de fácil conservação
- Possibilidade de remover o medicamento

Desvantagens:

- Absorção variável;
- Período de latência médio a longo;
- Ação dos sucos digestivos;
- Interação com alimentos;
- Pacientes não colaboradores (inconscientes), com náuseas e vômitos o incapazes de engolir;
- pH do trato gastrointestinal

Via Retal: A administração consiste na administração de medicamentos do tipo supositório ou enema no reto. O volume de líquido a ser administrado varia conforme a idade da criança: em lactentes, de 150 a 250 ml; em pré-escolar, de 250 a 350ml; em escolar, de 350 a 500ml e em adolescentes, de 500 a 750ml.

Vantagens:

- Fármacos não são destruídos ou desativados no Trato Gastro Intestinal-TGI;
- Preferível quando a VIA ORAL está comprometida
- Pacientes que não cooperam, inconscientes ou incapazes de aceitar medicação por via oral .

Desvantagens:

- Lesão da mucosa ;
- Incômodo
- Expulsão
- Absorção irregular e incompleta
- Adesão

Via oftalmológica: A administração de medicamentos nos olhos se dá na presença de infecções oculares ou para realizações de exames de pequenas cirurgias. Deixar a criança em decúbito dorsal elevado; realizar higiene ocular com gaze estéril e soro fisiológico; separar as pálpebras para expor o saco conjuntival e instilar as gotas prescritas neste local, mantendo-se o conta-gotas a 3 cm de distância e saltar as pálpebras, secando-se a medicação excedente no sentido do canto interno para o externo e de cima para baixo.

ATENÇÃO: Ao utilizar mais de um tipo de colírio no mesmo olho é necessário aguardar pelo menos 10 minutos entre as aplicações.

Via Inalatória: Este método utiliza o trato respiratório para transportar o medicamento através da inalação ou da administração direta para dentro da árvore respiratória através do tubo endotraqueal. O medicamento, depois de inalado ou infundido, se move para dentro dos brônquios e, em seguida, atinge os alvéolos do paciente, sendo difundidos para os capilares pulmonares. Os medicamentos fornecidos através da via respiratória podem produzir efeitos locais ou sistêmicos.

Vantagens

- Rápido contato com o fármaco.
- Utilizada principalmente por pacientes com distúrbios respiratórios
- Pode ser administrada em pacientes inconscientes.
- A principal vantagem é administrar pequenas doses para ação rápida e minimizar os efeitos adversos sistêmicos

Via Tópica: É a via através da qual os medicamentos são administrados e absorvidos através da pele ou mucosas.

Vantagens:

- É uma via prática;
- Não é dolorosa;

— É a única via que pode garantir o efeito apenas no local da aplicação (evita efeito sistêmico). Ex.: Uso de pomada ou gel.

Desvantagens:

- Pode causar irritação na pele ou mucosas;
- Estímulo a automedicação;
- Ocorre perda do medicamento para o meio ambiente

Via Parenteral (injetáveis): Este tipo de procedimento é considerado pela criança como um ato agressivo contra si, pois na maioria das vezes é acompanhado de dor ou medo, o que se traduz no choro e na ansiedade. Existem quatro meios comuns para administrar medicamentos por esta via: via endovenosa; via subcutânea; a intradérmica e a intramuscular.

Vantagens:

- Efeito farmacológico imediato;
- Evitar a inativação por ação enzimática;
- Administração a pacientes inconscientes

Desvantagens:

- Toxicidade local ou sistêmica (alergias, erros)
- Resistência do paciente (Psicológico)
- Pureza e esterilidade dos medicamentos (Custo)

Preparo do medicamento em ampola:

- Abrir a embalagem da seringa;
- Adaptar a agulha ao bico da seringa, zelando para não contaminar as duas partes;
- Certificar-se do funcionamento da seringa, verificando se a agulha está firmemente adaptada;
- Manter a seringa com os dedos polegar e indicador e segurar a ampola entre os dedos médio e indicador da outra mão;
- Introduzir a agulha na ampola e proceder a aspiração do conteúdo, invertendo lentamente a agulha, sem encostá-la na borda da ampola;
- Virar a seringa com a agulha para cima, em posição vertical e expelir o ar que tenha penetrado;
- Desprezar a agulha usada para aspirar o medicamento;
- Escolher, para a aplicação, uma agulha de calibre apropriado à solubilidade da droga e à espessura do tecido subcutâneo do indivíduo;
- Manter a agulha protegida com protetor próprio.

Via Intradérmica: Consiste na aplicação de solução na derme (área localizada entre a epiderme e o tecido subcutâneo) Via utilizada para realizar testes de sensibilização e vacina BCG é de fácil acesso, restrita a pequenos volumes

Os efeitos adversos da injeção intradérmica são decorrentes de: falha na administração como aplicação profunda subcutânea; da dosagem incorreta com maior volume que o necessário e contaminação.

Via subcutânea: Consiste na aplicação de solução na tela subcutânea, na hipoderme (tecido adiposo abaixo da pele), Via utilizada principalmente para drogas que necessitam ser lentamente absorvidas, vacinas como a antirrábica, a insulina têm indicação específica para esta via. Os locais recomendados para aplicação são: parede abdominal (hipocôndrio, face anterior e externa da coxa, face anterior e externa do braço, a região glútea, e a região dorsal, abaixo da cintura)

Via intramuscular: Consiste na aplicação de solução no tecido muscular. Procedimento muito comum 46% dos casos atendidos no PS e no ambulatório resultam em administração de medicamentos por esta via. A escolha do local deve respeitar os seguintes critérios:

- Quantidade e característica da droga
- Condição da massa muscular
- Quantidade de injeções prescritas
- Locais livres de grandes vasos e nervos em camadas superficiais
- Acesso ao local e risco de contaminação
- Inserção, tamanho da agulha e ângulo apropriado para aplicação.

Locais de aplicação ,os mesmos do adulto : Vasto lateral; Ventrólútea; Dorsoglútea; Deltoide.

O risco da aplicação intramusculares em Pediatria: Trauma ou compressão acidental de nervos; Injeção acidental em veia ou artéria; Injeção em músculo contraído; Lesão do músculo por soluções irritantes; Pode provocar dano celular, abscessos e alergias.

Via endovenosa: Via de ação rápida, pois o medicamento é ministrado diretamente no plasma, com ação imediata.

Tipo de medicamento injetado na veia: Solução solúvel no sangue; Não oleosos; Não devem conter cristais visíveis.

A administração da medicação ocorre por meio de um dispositivo intravenoso instalado por punção, podendo ser um procedimento repetitivo, no qual a criança revive as angústias geradas por essa experiência, que pode resultar em traumas.

A equipe deve preparar adequadamente a criança para esse procedimento para minimizar as consequências e os traumas gerados pela hospitalização.

Locais mais utilizados: Dorso da mão (veias metacarpianas dorsais, arco venoso dorsal) Antebraço (cefálica acessória, cefálica e basílica), Braço (mediana cubital, mediana antebraqueal, basílica e cefálica), Dorso do pé: último recurso devido às complicações tromboembólicas (arco venoso dorsal, mediana marginal), tornozelo (safena interna), Pescoço (jugular externa e interna).

As Indicações para administração endovenosas:

- Manter e repor eletrólitos, vitaminas e líquidos;
- Restabelecer o equilíbrio ácido-básico;
- Restabelecer o volume sanguíneo;
- Administrar medicamentos;
- Induzir e manter sedações e bloqueios neuromusculares;
- Manter estabilidade hemodinâmica por infusões contínuas de drogas vasoativas

As soluções utilizadas:

- Isotônicas-concentração semelhante ao plasma (S.G.5% e S.F.0,9%) fornecem água e calorías utilizadas para repor perdas anormais e corrigir desidratação;
- Hipertônicas-concentração maior que a do plasma (S.G.10 %,25% e 50%) indicado para hipoglicemia, combate ao edema e ao aumento da pressão intracraniana;
- Hipotônicas-concentração menor que a do plasma (ringer lactato) indicado para tratamento de desidratação, alcalose branda, hipocloremia, correção de desidratação;
- Fluidos derivados do sangue: sangue total, plasma, papa de hemácias, expansores plasmáticos;
- Nutrição parenteral.

As complicações causadas pela administração de medicamentos por via endovenosa: Infiltrações locais; Reações pirogênicas; trombose venosa e flebite (ações irritantes dos medicamentos ou formação de coágulos); Hematomas e necrose.