

# SUS & Saúde Coletiva

*LIVRO 01*

Princípios e diretrizes,  
legislação, políticas de saúde no  
Brasil, financiamento e  
programas, níveis de atenção e  
complexidade, ESF.er.





**QUALITY**

EDUCAÇÃO MÉDICA

<http://qualitycursosmedicos.com>



© 2019 by Quality Educação Médica

Todos os direitos reservados.

A cópia, venda, distribuição ou reprodução deste material, total ou parcialmente, é expressamente proibido.

Autor: Cleiton Mendes Lopes

Texto: Bianca Beatriz de Oliveira

Capa, projeto gráfico e diagramação: Jorge L. G. M. Herrero

Revisão geral: Cleiton Mendes Lopes e Bianca Beatriz de Oliveira

No decorrer do livro você poderá acessar alguns conteúdos extra via QR Code disponibilizados exclusivamente para auxiliar nos seus estudos.

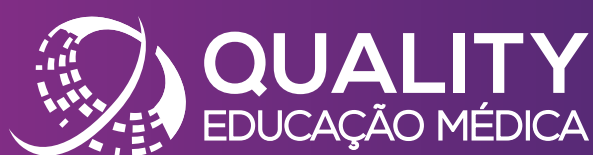


Abra o seu App leitor de QR Code e aponte com a câmera

Em seguida será disponibilizado a URL de acesso ao conteúdo

Assista ao conteúdo exclusivo!

Este material foi desenvolvido para contribuir na preparação do aluno para o processo de revalidação do diploma médico. Os protocolos do ministério da saúde serviram de principal base para o desenvolvimento deste conteúdo, sendo assim, podem existir divergências em relação às demais fontes (livros, associações, instituições, etc).



<https://qualitycursosmedicos.com/>

# S U M Á R I O

Sistema Único de Saúde - SUS.....	04
História e Evolução do SUS.....	04
Princípios do SUS.....	07
Princípios Organizacionais.....	07
Legislação e diretrizes.....	08
Constituição Federal de 1988.....	08
Lei Nº 8080 de 19/07/1990.....	09
Lei Nº 8142 de 28/12/1990.....	09
Diretrizes.....	10
Financiamento do SUS.....	10
Origem dos recursos.....	11
Transferências do Governo Federal.....	11
Lei Nº 8142/90.....	12
Pacto de Gestão 2006.....	12
Blocos de Financiamento.....	12
Atenção Básica.....	12
Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.....	13
Assistência farmacêutica.....	14
Gestão do SUS.....	14
Programação em Saúde.....	15
Saúde e doença.....	16
Prevenção.....	16
Conceito de prevenção quaternária.....	17
Atenção básica.....	18
Fundamentos e diretrizes.....	18
Da infraestrutura e funcionamento da atenção básica.....	20
Do processo de trabalho das equipes de atenção básica.....	21
Das atribuições dos membros das equipes de atenção básica.....	22
Das atribuições específicas do médico.....	23
Estratégia saúde da família.....	23
Especificidades da equipe de saúde da família.....	23
Saúde suplementar.....	26
Transição epidemiológica e perfil demográfico brasileiro.....	28
Bioestatística.....	29
Planejamento de uma pesquisa.....	29
Amostragem.....	30
Organização de dados.....	31
Distribuição de frequências.....	32
Medidas de posição.....	34
Probabilidades.....	34
Comparação de riscos e risco relativo.....	35
Epidemiologia.....	35
Inferência estatística.....	35
Medicina baseada em evidências.....	37
Como praticamos a MBE?.....	39
Indicadores de saúde.....	40
Coeficiente de mortalidade geral.....	40
Coeficiente de mortalidade materna.....	41
Coeficiente de mortalidade por idade.....	41
Índices.....	41
Questões.....	42
Gabarito.....	61

# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO SUS

Entende-se como sistema de saúde o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes a saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviço que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade.

Durante o período colonial o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção de saúde da população. Alguns enfermos eram assistidos pelos doutores trazidos de Portugal. Enquanto os nativos utilizavam de recursos naturais como ervas e plantas medicinais.

A partir do ano 1808 com a vinda da família real ao Brasil criou-se a necessidade de organizar alguma estrutura sanitária mínima de suporte a saúde.

A falta de um modelo sanitário ocasionou um quadro de saúde caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças, tais como, varíola, malária, febre amarela. Todo o ocorrido gerou consequências para a saúde coletiva e



também para o comércio exterior, pois os navios não queriam atracar no porto pois temiam se contaminar também.

No começo do XX a saúde foi colocada como prioridade pelo governo, assim visando que estavam sendo prejudicados por meio dos surtos de doenças que estavam ocorrendo.

Em 1900 Oswaldo Cruz foi nomeado o diretor do departamento de saúde pública e propôs erradicar a epidemia de febre amarela por meio de um modelo de desinfecção no qual usavam até força bruta e autoridade para executar tal campanha.







Em 1904 Oswaldo Cruz insistiu por meio de lei federal a vacinação antivariola obrigatória em todo território nacional. As políticas sanitárias eram desenvolvidas para a erradicação das doenças portuárias ligadas a economia agroexportadora.

Em contextos gerais durante esse período, a assistência à saúde estava restrita as situações de epidemia e aos interesses da economia.

A partir deste ano o modelo campanhista foi inovado por Carlos Chagas que foi o sucessor de Oswaldo Cruz. Foram criados órgãos especializados para controle da tuberculose, hanseníase e doenças venéreas. Além disso houve uma melhora nas assistências hospitalares.

No ano de 1923 surgiu a lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil, através dela foram criados os caixas de aposentadorias (CAPs) que proviam de aposentadorias, pensões e serviços médicos aos empregados.

O estado não participava do custeio das caixas. Mantidas pelos empregados, pela empresa e pelos consumidores do serviço. A própria empresa escolhia mensalmente as contribuições de todas as fontes de receita e as depositavam na conta bancária do CAPs.

Com o governo de Getúlio Vargas os benefícios previdenciários foram, então, entendidos a todas as categorias do operariado urbano e foram fundados os institutos de aposentadoria e pensão (IAPs).

Neste novo programa os trabalhadores eram divididos em grupo e organizados por categoria profissional e não por empresa.

Os IAPs foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional. Lembrando que os IAPs só prestavam serviços e benefícios apenas aos trabalhadores registrados em carteira.

Esse período o Brasil viveu uma fase de instabilidade democrática.

O estado defendia a permanência do clientismo e do controle administrativo estatal, enquanto os trabalhadores urbanos assalariados principais financiadores e beneficiados dos IAPs reivindicavam seu controle administrativo.

Em 1949 foi criado o serviço de assistência médica domiciliar de urgência (SAMDU).

Com a chegada do governo militar, em 1964, foram realizadas as reformas econômicas e institucionais. Em 1953 o ministério da saúde é criado.

Desta forma os IAPs foram unificados aonde se incorporou que todos os benefícios já instituídos e inclusive a assistência médica, considerando que todo trabalhador de carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema previdenciário.

Em 1978 como o serviço e o sistema de INPS foi se tornando cada vez mais complexo levou a criação de uma estrutura administrativa própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Além disso em 1974 o sistema previdenciário saiu da área do ministério do trabalho para tornar-se um ministério próprio, o ministério da previdência social.

No ano de 1975 foi instituído o sistema nacional de saúde, e estabelecia de forma sistemática o

campo de ação na área da saúde, do setor público e privado, para desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação a saúde.



Em 1980 a 1990 na tentativa de conter os custos e combater as fraudes o governo criou em 1981 o conselho consultivo de administração da saúde previdenciária (CONASP).

A crise econômica em 1980 se aprofundou consideravelmente e o governo precisou criar meios para controlar gasto no setor da saúde e assim obter maior controle sobre internações, foram criadas as AIHs, desta forma para cada paciente internado se emitia uma AIH, que através desta o hospital seria pago. Com essa ação o governo eliminou que repasse de verbas as internações e os hospitais passaram a reter o paciente no hospital o menor tempo possível, pois era necessário liberar leitos para internar mais pessoas e emitir mais AIHs.

Em 1986 na oitava conferência nacional de saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do sistema único descentralizado de saúde (SUDS). Essas mudanças estabeleceram os alicerces para construção do sistema único de saúde (SUS).

Com base nas propostas da oitava conferência nacional de saúde, a constituição de 1988 estabeleceu, pela primeira vez de forma relevante uma seção sobre saúde.

O texto constitucional, no art. 196 que define saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em 1980 a 1990 na tentativa de conter os custos e combater as fraudes o governo criou em 1981 o conselho consultivo de administração da saúde previdenciária (CONASP).

A crise econômica em 1980 se aprofundou consideravelmente e o governo precisou criar meios para controlar gasto no setor da saúde e assim obter maior controle sobre internações, foram criadas as AIHs, desta forma para cada paciente internado se emitia uma AIH, que através desta o hospital seria pago. Com essa ação o governo eliminou que repasse de verbas as internações e os hospitais passaram a reter o paciente no hospital o menor tempo possível, pois era necessário liberar leitos para internar mais pessoas e emitir mais AIHs.

Em 1986 na oitava conferência nacional de saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do sistema único descentralizado de saúde (SUDS). Essas mudanças estabeleceram os alicerces para construção do sistema único de saúde (SUS).

Com base nas propostas da oitava conferência nacional de saúde, a constituição de 1988 estabeleceu, pela primeira vez de forma relevante uma seção sobre saúde.

O texto constitucional, no art. 196 que define saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.





O SUS por sua vez é concebido e definido no Art. 198, que diz que 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: descentralização, integralidade e participação social.

Em 1990 o SUS foi regulamentado, com a Lei Orgânica de Saúde, a Lei N° 8.080 e a Lei N° 8.142 onde se deu destaque para a construção de um modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, controle social, descentralização e regionalização com base municipal.

## PRINCÍPIOS DO SUS

Os princípios doutrinários que regem o SUS são três:

### Universalidade:

Saúde é um direito de todos e dever do estado. Esse princípio é um dos mais importantes por que rompe a antiga idéia de que somente quem contribuía com a previdência social tinha direito a saúde.

### Integralidade:

Promover a saúde, a proteção e prevenção e a recuperação da saúde. A integralidade garante que o usuário do SUS receba todo tipo de atendimento que precisar em todos

os níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e não apenas os procedimentos curativos, pois o tratamento integral engloba a prevenção e a promoção da saúde.

### Equidade:

Tratar desigualmente os desiguais. É quando priorizamos o paciente especial.

## PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS

Descentralização, redistribuir a responsabilidade do entre os vários níveis de governo (municipal, estadual e federal);

Regionalização implica a delimitar uma base territorial para o sistema de saúde, para organizar as ações de saúde, subdivisões político-administrativo;

Hierarquização, organizar a rede em níveis.

Nível primário, atenção primária que cabe a UBS resolver 85% das demandas (a porta de entrada dos serviços de saúde devem ser pela atenção primária)

Nível secundário, hospitais regionais, centro ambulatoriais de especialidades e unidades de pronto atendimento.

Nível terciário, hospital especializado de alta complexidade.





Resolubilidade é a capacidade dos serviços terem insumos e estrutura adequada, para enfrentar e resolver os problemas de saúde. Participação social, através de conselhos de saúde aonde a população deve participar da formação do processo de formulação de novas políticas públicas de saúde. Implicação da participação social, nos conselhos de saúde e nas conferencias de saúde.

Complementaridade do setor privado, ocorre quando o serviço público for insuficiente e requer contratação de serviços privados. Estes serviços devem seguir a lógica organizativa do SUS em termos de posição definida em uma rede regionalizada e hierarquizada. Dando preferência a serviços privados com fins não lucrativos.



## LEGISLAÇÃO E DIRETRIZES

Poder Legislativo, a ele compete produzir e manter o sistema normativo, o conjunto de leis que asseguram a soberania da justiça para todos - cidadãos, instituições públicas e empresas privadas.

## CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Refere se a constituição do SUS.

### 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. 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:

- Descentralização
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas.
- Participação da comunidade.

### Art. 198. :

A assistência à saúde é livre

- As instituições privadas poderão

participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

- Não é permitida destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
- Não é permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde.
- 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.

- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos.
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.
- Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
- Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.
- Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.
- Fiscalizar e inspecionar alimentos.
- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
- Colaborar na proteção do meio ambiente.

#### **LEI Nº 8.080 DE 19/07/1990**

É uma Lei Orgânica da Saúde 080, de 19 de setembro de 1990 que fala sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

#### **LEI Nº 8.142 DE 28/12/1990**

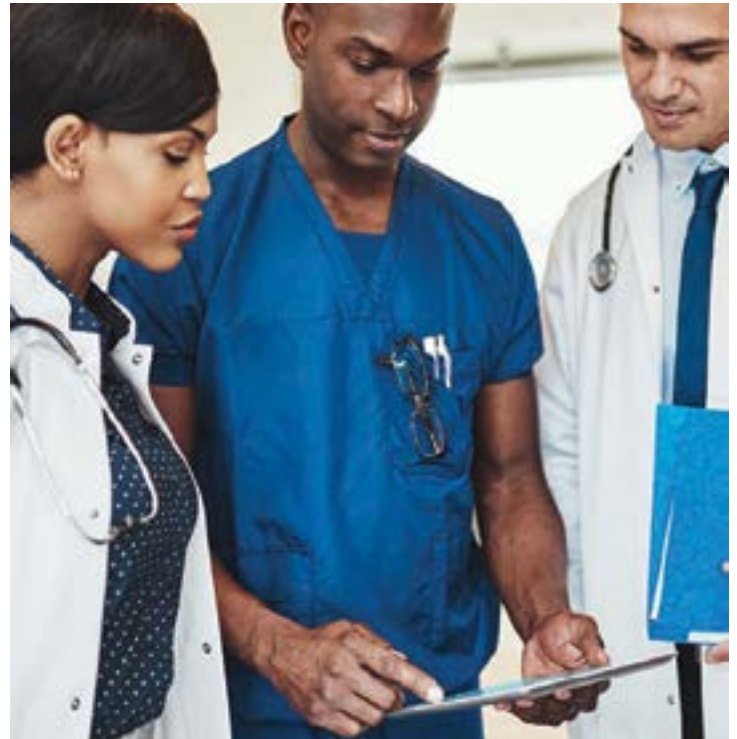
Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

## DIRETRIZES

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

Que tem como protocolo os seguintes princípios:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência, conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema.
- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios
- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades,
- Participação da comunidade
- Descentralização político-administrativa com ênfase na descentralização dos serviços para os município, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde
- Integração em nível executivo das



ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência
- Organização dos serviços públicos para evitar conflitos.

## FINANCIAMENTO DO SUS

O investimento e o custeio do SUS são feitos com recursos de três esferas do governo. Os recursos financeiros do SUS estão no fundo nacionais de saúde, cujo montante provem principalmente da seguridade social e de outros recursos da união.

Os recursos federais que são destinados ao custeio da seguridade social são; o instituto nacional do seguro social (INSS), cobrando sobre a folha de pagamento do empregador e sobre o salário do empregado, o programa de integração social (PIS), a contribuição para o financiamento da seguridade social (COFINS) e a contribuição social sobre o lucro líquido (CSLL).

Os recursos geridos pelo ministério da

saúde estão divididos em dois: uma parte é retida e a outra repassada às secretarias de saúde, estaduais e municipais de acordo com critérios definidos em função da população.

Os municípios gerem os recursos federais repassados e os seus próprios recursos alocados para o investimento e custeio das ações de saúde de âmbito municipal.

A partir do ano 2000 a saúde iniciou uma era de financiamento estável e crescente. Com a aprovação da emenda constitucional (EC) que obriga os vários níveis de governo a alocarem uma parcela dos seus recursos na saúde e á associada à lei de responsabilidade fiscal, sujeitando a sanções o governante que não cumpri-la.

## ORIGEM DOS RECURSOS

Segundo os artigos 195 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Inexistência de parâmetro legal que induzisse os Estados, Distrito Federal e Municípios a destinarem recursos para a área de saúde;



Instabilidade das fontes de financiamento no âmbito da União, responsável pela maior parcela dos recursos destinados ao SUS;

Natureza emergencial e provisória de medidas recorrentemente adotadas para fazer frente à falta de recursos para o setor.

Em 2000 a EC nº. 29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

## TRANSFERÊNCIAS DO GOVERNO FEDERAL

A Lei Orgânica da Saúde define que as transferências do Governo Federal, para os Governos Municipais e Estaduais deveriam se orientar pelos seguintes critérios:

Perfil demográfico da região;

Perfil epidemiológico da população a ser coberta;

Tamanho e o nível de qualidade da rede de serviço existente.

Desempenho técnico, econômico e financeiro do SUS municipal ou estadual no período anterior

Níveis dos gastos dos recursos próprios dos municípios ou dos estados (Lei anterior a EC 29).



## LEI Nº 8.142/90

Estabelece as condições gerais para que os Municípios e Estados possam receber as transferências:

Ter um fundo de saúde – conta específica gerida pelo secretário de saúde. Assegurar que os recursos serão aplicados na saúde.

Ter o Conselho de Saúde – Exercer controle sobre as políticas públicas – Controle Social-Redução da possibilidade de mau uso dos recursos transferidos.

Ter contrapartida de recursos próprios – SUS não pode ser financiado pelas verbas federais.

Apresentar relatório de gestão anterior.

Plano de saúde para demonstrar como serão utilizados os recursos.

Plano de saúde para demonstrar como serão utilizados os recursos.

### Da união dos Municípios :

- Quem transfere?  
MS (Ministério da Saúde)/FNS (Fundo Nacional de Saúde).
- Quem recebe?  
SMS (Secretaria Municipal da Saúde)/FMS (Fundo Municipal de Saúde).
- Quais recursos?  
Definidos a partir da condição de gestão.

### Da união para os Estados :

- Quem transfere?  
MS (Ministério da Saúde)/FNS (Fundo Nacional de Saúde).
- Quem recebe?  
SES (Secretaria Estadual da Saúde)/FES (Fundo Estadual de Saúde).
- Quais recursos?  
Definidos a partir da condição de gestão.

## PACTO DE GESTÃO 2006

Portaria nº204, de 29 de janeiro de 2007.

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

### Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e
- V - Gestão do SUS.

## BLOCOS DE FINANCIAMENTO

### ATENÇÃO BÁSICA

### Art. 9º O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

- I - Componente Piso da Atenção Básica Fixo - PAB Fixo;

II - Componente Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável.

### **Art. 11º O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável**

É constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

- I - Saúde da Família;
- II - Agentes Comunitários de Saúde;
- III - Saúde Bucal;
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;

VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

### **ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

**Art. 13. O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:**



- I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC; e
- II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

## Art. 14. O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente.

- VII - Incentivo de Integração do SUS;
- VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

## 1º Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem aqueles atualmente designados:

- I - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;
- V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS;
- VII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena - IAPI.

## ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### Art. 24. O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica se-rá constituído por três componentes:

- I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;e
- III - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

## GESTÃO DO SUS

### Art. 28. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

### Art. 29. O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

- I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS;
- II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

Parágrafo único. O detalhamento do financiamento das ações referentes a esses componentes, para 2007, encontra-se no Anexo II a esta Portaria.





### **Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:**

- I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;
- II - Planejamento e Orçamento;
- III - Programação;
- IV - Regionalização;
- V - Gestão do Trabalho;
- VI - Educação em Saúde;
- VII - Incentivo à Participação e Controle Social;
- VIII - Informação e Informática em Saúde
- IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e Curso de Capacitação em Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Sistema Único de Saúde (SUS)
- X - Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

## **PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE**

Os programas de saúde, especialmente na forma de Campanhas, constituíram a principal forma de ação do Ministério da Saúde no Brasil nas décadas anteriores à criação do SUS.

As campanhas, como no caso do combate à tuberculose e à hanseníase, eram organizadas a partir do Ministério da Saúde e sua estrutura vertical chegava aos Estados e Municípios, onde a execução se dava de modo cooperativo com as secretarias de saúde.

O modelo preconizou a combinação entre a medicina preventiva e a curativa, sendo que as atividades dos serviços de saúde estariam articuladas ao trabalho comunitário e à atenção médica individualizada.

Os serviços primários devem cuidar da atenção domiciliar e os centros complementares cuidam de determinadas condições clínicas ou epidemiológicas específicas.

Entre os programas tradicionais como combate à tuberculose, hanseníase e outros o ministério da saúde evolui e ampliou com a criação de programas para oferecer melhores serviços a comunidade.

Fontes:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf)

<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_saude\\_brasil\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf)



# SAÚDE E DOENÇA

A OMS desenvolveu o conceito de saúde, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que:

“Saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade – é um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (OMS, 1976).”

No Brasil, em 1986, foi desenvolvida a VII Conferência Nacional de Saúde, na qual foram discutidos os temas: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SUS) e financiamento setorial. Nesta conferência adotou-se o seguinte conceito sobre saúde:

“... em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986).”

O Processo Saúde-Doença está diretamente atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades (GUALDA e BERGAMASCO, 2004).

Fica claro que tal processo representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade. Portanto, não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (GUALDA e BERGAMASCO, 2004) – sendo que o



Assim, vários autores afirmam que “a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida e, assim, não é um bem de troca, mas um bem comum, um bem e um direito social, no sentido de que cada um e todos possam ter assegurado o exercício e a prática deste direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimento e tecnologia que a sociedade desenvolveu e vem desenvolvendo neste campo, adequados as suas necessidades, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Ou seja, deve-se considerar este bem e este direito como componente e exercício da cidadania, compreensão esta que é um referencial e um

## PREVENÇÃO

O conceito de prevenção é definido como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”. A prevenção apresenta-se em quatro fases;

A prevenção primária é a realizada no período de pré-patogênese. O conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima”.

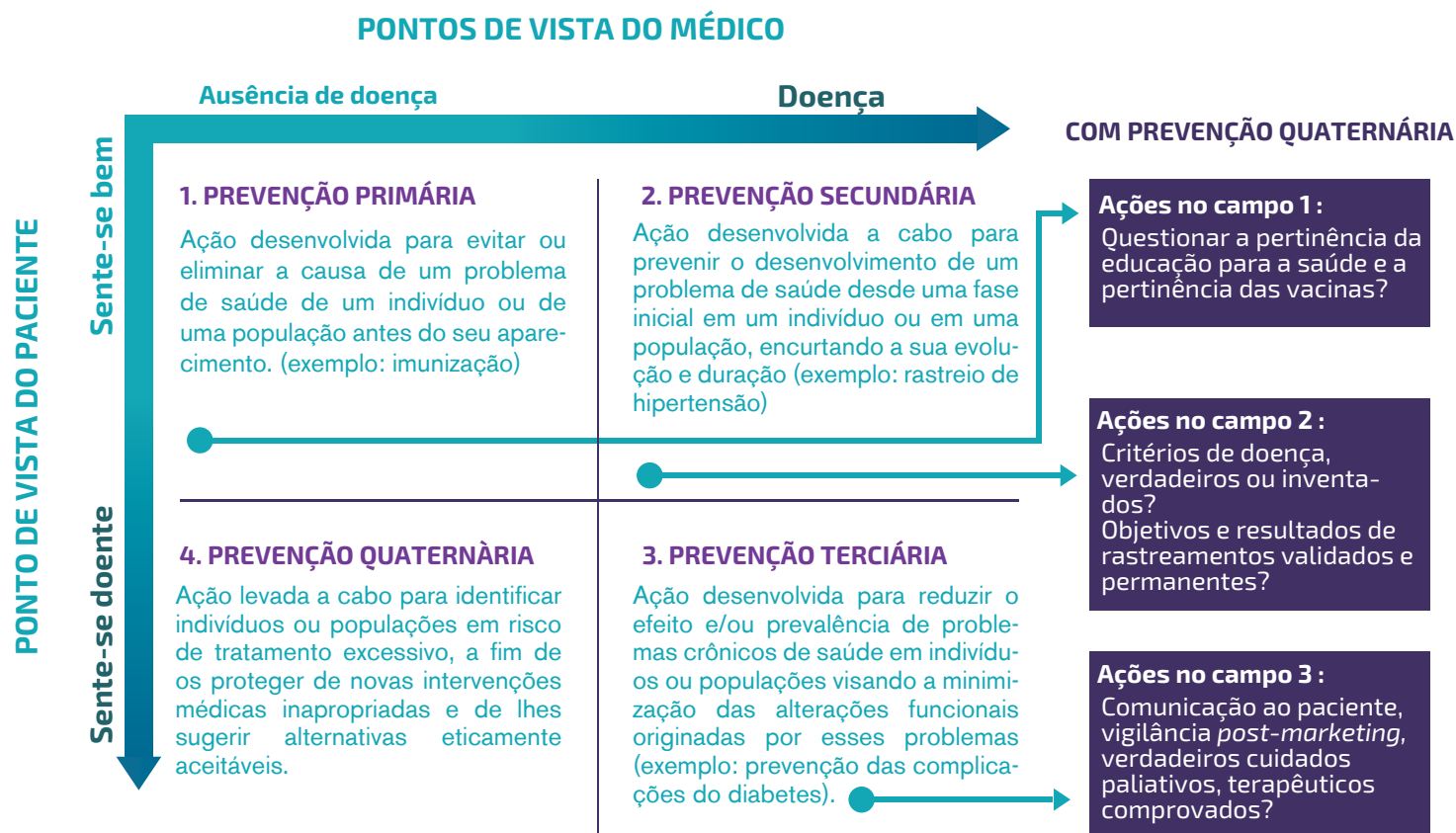
Um segundo nível da prevenção primária

A fase da prevenção secundária também se apresenta em dois níveis: o primeiro, diagnóstico e tratamento precoce e o segundo, limitação da invalidez.

A prevenção terciária que diz respeito a ações de reabilitação.

O conceito de prevenção quaternária foi criado pelo médico de família belga Marc Jamoulle e em 2003 foi inserido no dicionário da Organização Mundial de Medicina Familiar (WONCA - World Organization of Family Doctors, sigla em inglês) com a definição de “ação tomada para identificar um paciente sob o risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis”.

## O CONCEITO DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA



Aponte com seu leitor QRCode

Aula Iatrogenia

Fonte:

Processo saúde-doença

[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_6.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf)

Prevenção quaternária

[http://telessaude.ufsc.br/principal/wp-content/uploads/2017/01/Dezembro\\_2015.pdf](http://telessaude.ufsc.br/principal/wp-content/uploads/2017/01/Dezembro_2015.pdf)

# ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.



Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

## A ATENÇÃO BÁSICA TEM COMO FUNDAMENTOS E DIRETRIZES:

1. Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
2. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;
3. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.



A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

4. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;

5. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organi-

zação e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais.

**A ATENÇÃO BÁSICA DEVE CUMPRIR ALGUMAS FUNÇÕES PARA CONTRIBUIR COM O FUNCIONAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, SÃO ELAS:**

1. Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
2. Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
3. Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de



casos traçadores, eventos-sentinel e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade;

4. Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

## DA INFRAESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

São necessárias à realização das ações de atenção básica nos municípios e Distrito Federal:

1. Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS;

2. As Unidades Básicas de Saúde:

a. Devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com as normas vigentes;

b. Recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infraestrutura:

1. Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;

2. Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros;

3. As Unidades Básicas de Saúde Fluviais deve-

ão cumprir os seguintes requisitos específicos:

3.1. Quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

c. Devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da atenção básica pactuados nacionalmente;

d. Recomenda-se que possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

3. Manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;

4. Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando estiver prevista para ser realizada naquela UBS;

5. Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;

6. Cadastro atualizado dos profissionais que compõem a equipe de atenção básica no sistema de cadastro nacional vigente, de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;

7. Garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;

8. Garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades socioepidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

a. Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica;

b. Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica.

## DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

1. Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

2. Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.

Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários;

3. Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

4. Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

5. Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

6. Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;

7. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

8. Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

9. Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

10. Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

11. Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;

12. Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.



## DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São atribuições comuns a todos os profissionais:

1. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
2. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
3. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
4. Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
5. Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
6. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
7. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
8. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
9. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;
10. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
11. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
12. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;
13. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
14. Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe;
15. Participar das atividades de educação permanente;
16. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
17. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
18. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

## DAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO MÉDICO

1. Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
2. Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
3. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
4. Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles;
5. Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
6. Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe;
7. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.
8. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

## ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.



## ESPECIFICIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

1. Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal;
2. O número de agente comunitário de saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
3. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;



4. Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma equipe de saúde da família (eSF), exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais;

5. Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

1. Dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;

2. Três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a dois médicos



com jornada de 40 horas, de duas equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de Saúde da Família;

3. Quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas – equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de Saúde da Família;

4. Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;

5. Um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas equipes transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência nesse formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

### **A quantidade de equipes de Saúde da Família na modalidade transitória ficará condicionada aos seguintes critérios:**

1. Município com até 20 mil habitantes e contando com uma a três equipes de Saúde da Família poderá ter até duas equipes na modalidade transitória;

2. Município com até 20 mil habitantes e com mais de três equipes poderá ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

3. Municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes poderá ter até 30% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

4. Município com população entre 50 mil e 100 mil habitantes poderá ter até 20% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

5. Município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

## NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, Cerest, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

---

Fonte:

Política Nacional de Atenção Básica

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>



# SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde Suplementar é a atividade que envolve a operação de planos ou seguros de saúde. Essa operação é regulada pelo poder público, representado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as operadoras compreendem seguradoras especializadas em saúde, medicinas de grupo, cooperativas, instituições filantrópicas e autogestões.

No Brasil, a Saúde Suplementar surgiu na década de 1960, influenciado pelo crescimento econômico do Brasil e pelo avanço do trabalho formal, momento em que as empresas começaram a oferecer planos de assistência médica aos colaboradores.

Mas tal atividade só foi regulamentada no final da década de 1990, com a entrada em vigor da lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos de saúde. No ano seguinte, por meio da lei 9.961/2000 criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar, criar e implementar normas, controlar e fiscalizar as atividades do segmento. Antes disso, as seguradoras de saúde eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Estima-se que no Brasil mais de 50 milhões de beneficiários têm planos de saúde médico-hospitalares e mais de 20 milhões são clientes de planos odontológicos.

É importante esclarecer que os planos de saúde fornecem assistência à saúde de forma suplementar, de modo que o cidadão não perde o direito de ser atendido pelo SUS ao contar com a cobertura do plano privado.

Com relação ao funcionamento, a indústria de insumos de saúde e seus distribuidores fornecem medicamentos, materiais, equipamentos e gases medicinais, entre outros produtos, aos prestadores de serviços de assistência à saúde. Estes, por sua vez, utilizam os insumos comprados para ofertar serviços aos beneficiários de planos de saúde, que pagam pelos serviços usufruídos por meio da mensalidade do plano contratado.

## TODO ESSE SISTEMA PRIVADO É REGULADO POR TRÊS ÓRGÃOS:

### Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Cabe regular o fluxo financeiro e de serviços entre operadoras, beneficiários e prestadores;

### Agência Nacional de Vigilância Sanitária (AN-VISA)

É responsável pela regulação sanitária e econômica do mercado de compra e venda de insumos hospitalares;

### Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC)

Deve garantir a competitividade no setor.

Há dois tipos de planos de saúde. Os planos individuais que são aqueles contratados diretamente por uma pessoa física junto à operadora, com a possibilidade de contemplar os dependentes do beneficiário titular, tornando-se, neste caso, um plano familiar. E os planos coletivos, que podem ser contratados por adesão (com vínculo do beneficiário a uma entidade de classe ou sindicato) ou por meio de empresas, através de vínculo empregatício.

## É importante distinguir plano de saúde e seguro saúde:

- Plano de saúde: deve oferecer serviços por rede assistencial própria ou credenciada e pode ou não oferecer a garantia de cobertura mediante reembolso.
- Seguro saúde: só pode ser oferecido por uma seguradora especializada em saúde. Garante a cobertura em regra por reembolso (característica própria) ou por rede referenciada, uma vez que o beneficiário pode ou não aceitar a indicação feita pela seguradora.

Desde que a lei 9.656/98 entrou em vigor, no dia 2 de janeiro de 1999, são oferecidos no Brasil basicamente cinco segmentações de planos e seguros: ambulatorial, hospitalar, ambulatorial+hospitalar, com ou sem obstetrícia, odontológico e referência. As operadoras podem oferecer cada segmentação como um tipo de plano ou combinar as segmentações para formar um plano e oferecer aos beneficiários, que podem escolher a melhor opção de acordo com suas necessidades.

Fonte:

<https://limc.jusbrasil.com.br/artigos/208442559/a-saude-suplementar-no-brasil-entenda-um-pouco.pdf>





# TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E PERFIL DEMOGRÁFICO BRASILEIRO

O Brasil vivencia um momento de transição demográfica acentuada. A população brasileira continuará crescendo nas próximas décadas, mesmo com as baixas taxas de fecundidade. Porém, observa-se um aumento no envelhecimento populacional devido à queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida. O percentual de jovens de zero a 14 anos em 1960 que era de 42%, passou para 30% em 2000, com expectativa de cair para 18% em 2050.

Em relação à população idosa acima de 65 anos, o percentual de 2,7% em 1960 foi para 5,4% em 2000, com expectativa de alcançar 19% em 2050, ultrapassando o número de jovens. Sabe-se que, no país a taxa geral de mortalidade declinou de 18/1000, em 1940, para uma taxa estimada entre 6/1000 e 8/1000 em 1985. A expectativa de vida da população aumentou em 20 anos nesse período e a mortalidade infantil decresceu de 160/1000, em 1940, para 85/1000, em 1980.

No estudo da mortalidade nas capitais do país por causas no período de 1930 à 1985, observa-se uma semelhança entre o ocorrido nos países europeus. Em 1930, as doenças infecto-parasitárias foram responsáveis por 46% do total de óbitos, valor com considerável declínio quando comparado a 1985, que representou 7%. Entretanto, ao analisarmos a situação em relação aos óbitos por doenças cardiovasculares, em 1930 representaram 12% e em 1985, 33% dos óbitos totais. Neoplasias e mortes por causas externas tiveram aumento proporcional de 3% para 12%.

Essas mudanças demográficas e o envelhecimento da população brasileira impactam diretamente na saúde, qualidade de vida e bem-estar. No Brasil, cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma doença crônica, segundo dados levantados pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Hipertensão, problemas na coluna e colesterol alto estão entre as prevalências no país, principalmente quando analisada a população com idade acima de 60 anos ou mais.

A definição do termo transição epidemiológica deve, dessa forma, ser integrado à um conceito mais amplo como transição de saúde, que considera a inclusão de elementos de concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas.

A transição da saúde pode ser classificada em duas vertentes: uma delas contempla a transição das condições de saúde na qual refere-se às mudanças na frequência, magnitude, amplitude e condições de saúde, demonstradas através do número de mortes, doenças e incapacidades. A outra diz respeito a resposta social organizada a estas condições que se articulam e se materializam por meio dos sistemas de atenção à saúde, referindo-se a transição da atenção sanitária, construída em grande parte pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico mais abrangente.

Alguns estudiosos procuram analisar o processo da mudança do perfil epidemiológico dentro do momento de transição epidemiológica no Brasil. De forma geral, o contexto de transição epidemiológica no Brasil ressalta a importância da elaboração de ações preventivas em saúde voltadas para as doenças crônicas, visto a necessidade de produção de conhecimentos e sua adaptação ao planejamento de modelos de atenção à saúde direcionadas para cada grupo populacional.

Em se tratando da população idosa, as políticas de saúde voltadas ao envelhecimento ativo têm por objetivo proporcionar melhorias na qualidade de vida, onde as ações direcionadas a este público visam sempre à promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos bem como a garantia de acesso equitativo aos serviços oferecidos.

Fonte:

Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente 6(1): 99-108, jan-jun, 2015

<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/download/322/387/+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

# BIOESTATÍSTICA

A palavra pesquisa tem uma conotação poderosa, ficando implícita a confiabilidade dos resultados apresentados por ela. Sendo assim, poucas pessoas que não estão envolvidas com a pesquisa estão interessadas com os detalhes dela, importando-se apenas com os resultados finais.

Por outro lado, pode se assumir que é possível replicar qualquer pesquisa em igualdade de condições, questionando se os resultados obtidos seriam os mesmos em cada uma das replicações. Pelo exposto anteriormente, toda pesquisa apresenta um ingrediente que foge do controle dos envolvidos e que pode ser chamado de incerteza. A análise estatística permite colocar limites a esta incerteza.

Nas pesquisas em ciências biomédicas, geralmente são coletados dados de alguns indivíduos para fazer afirmações sobre grupos maiores, sem interesse particular nesses indivíduos. Então, a informação proveniente de amostras de indivíduos é utilizada para fazer inferência sobre uma população que contém esses mesmos indivíduos. Dessa forma, os conceitos de amostra e população estão ligados com a pesquisa que está sendo desenvolvida. Em algumas situações, geralmente de interesse governamental, é necessária a observação das características de interesse em todos os indivíduos que formam uma população. Isto constitui um censo.

A Estatística aparece nas diversas áreas que um profissional da área de Ciências da Vida pode atuar. Por exemplo, a distribuição Normal padrão, que será vista posteriormente, é utilizada para determinar o estado nutricional de crianças. Os modelos de regressão são utilizados para avaliar e quantificar a influência de fatores socioeconômicos e biológicos sobre algumas variáveis de interesse como peso ao nascer, estado nutricional, nível de albumina, entre outros.

De forma geral, uma população é um conjunto de indivíduos que apresentam uma característica de interesse. Uma amostra é qualquer subconjunto de indivíduos de uma população.



**Para realizar uma pesquisa que leve a fazer afirmações sobre a população de interesse é necessário seguir os seguintes passos:**

1. Planejamento e desenho
2. Execução (coleta de dados)
3. Processamento de dados
4. Análise de dados
5. Interpretação, apresentação e publicação de resultados

O primeiro passo desta lista será abordado superficialmente a seguir, assim como algumas ideias de amostragem e tipos de variáveis.

## PLANEJAMENTO DE UMA PESQUISA

É necessário apresentar as diversas formas que se pode realizar um trabalho científico com a finalidade de obter os resultados apropriados ao interesse da pesquisa de forma adequada. Estes estudos serão apresentados de forma a mostrar suas principais características.

## ESTUDOS OBSERVACIONAIS E EXPERIMENTAIS

Em um estudo observacional, o pesquisador coleta a informação sobre os atributos ou faz as medições necessárias, mas não influencia as unidades amostrais. Por exemplo, quando se pretende



Aponte com seu leitor QRCode

**Aula Epidemiologia e Resolução de Questões Revalida 2015**

## PLANEJAMENTO DE UMA PESQUISA

É necessário apresentar as diversas formas que se pode realizar um trabalho científico com a finalidade de obter os resultados apropriados ao interesse da pesquisa de forma adequada. Estes estudos serão apresentados de forma a mostrar suas principais características.

### ESTUDOS OBSERVACIONAIS E EXPERIMENTAIS

Em um estudo observacional, o pesquisador coleta a informação sobre os atributos ou faz as medições necessárias, mas não influencia as unidades amostrais. Por exemplo, quando se pretende determinar o estado nutricional de uma certa população.

Em um estudo experimental, o pesquisador deliberadamente influencia os indivíduos e pesquisa o efeito da intervenção. Estudos em que se pretende conhecer o efeito de uma nova dieta sobre a rapidez em aumentar os níveis de cálcio são exemplos de estudos experimentais. De forma geral, inferências mais fortes são obtidas de estudos experimentais porque estes pressupõem um maior controle das unidades amostrais.

### ESTUDOS PROSPECTIVOS E RETROSPECTIVOS

Existe uma clara diferença entre estudos prospectivos e retrospectivos. Os estudos prospectivos são utilizados quando se pretende conhecer o efeito de algum fator, sendo os dados gerados a partir do início do estudo. Já os estudos retrospectivos são utilizados quando se conhece o efeito de algum fator, sendo os dados referentes a eventos passados e obtidos de recursos já existentes como prontuários. Nos retrospectivos, geralmente já se conhece o efeito e quer se identificar qual foi a causa, o fator gerador do efeito estudado. O efeito de uma nova dieta precisaria ser estudado através de um estudo prospectivo, enquanto que os fatores que levam à obesidade mórbida serão estudados mediante um estudo retrospectivo. No primeiro são recrutados voluntários que irão fazer a dieta e no segundo são levantados os prontuários de sujeitos com obesidade mórbida para estudar seu histórico médico.

### ESTUDOS LONGITUDINAIS E DE CORTE TRANSVERSAL

Estudos longitudinais são aqueles que estudam mudanças ao longo do tempo, possivelmente com relação a uma intervenção ou característica. Ensaio clínico são exemplos de estudos longitudinais porque eles estudam o efeito de um fator, comparando medições efetuadas em, pelo menos, duas oportunidades. Estudos transversais são aqueles em que grupos de indivíduos são observados uma única vez, com a intenção de estudar a situação naquele instante em que são feitas as observações.

### ESTUDOS DE CASO-CONTROLE E COORTE

Estudo caso-controle é uma forma de pesquisa que visa verificar se indivíduos que foram selecionados porque têm uma característica ou doença, cha-



### AMOSTRAGEM

A impossibilidade de observar todos os indivíduos de uma população justifica o estudo de técnicas de amostragem. Porém, uma amostra deve ser coletada de forma que reproduza as características da população a qual foi obtida. Uma forma de garantir a representatividade de uma amostra é selecionando-a de forma aleatória.

**Dependendo das características da população é possível identificar um esquema de amostragem para ela. Os esquemas mais adotados estão enumerados a seguir:**

1. Amostragem simples aleatória
2. Amostragem estratificada
3. Amostragem sistemática
4. Amostragem por conglomerados

Do ponto de vista estatístico, uma amostra deve estar constituída pelo maior número possível de observações. A teoria de amostragem define procedimentos para calcular o tamanho de amostra necessário para atingir um certo grau de precisão. Em muitas situações este tamanho de amostra é um valor que, sendo o ideal, está fora das possibilidades da pesquisa devido a diversos fatores como tempo ou dinheiro; assim, é necessário desenvolver um estudo específico que leve em consideração a teoria estatística e as possibilidades reais da pesquisa.

## TIPOS DE DADOS

Para qualquer estudo e sob qualquer esquema de amostragem, as informações necessárias serão obtidas a partir de um conjunto de dados. Estes dados podem ser classificados em dois grandes grupos: categóricos e numéricos, e a natureza deles leva à escolha certa de métodos estatísticos de análise.

### DADOS CATEGÓRICOS

Dados categóricos ou qualitativos são aqueles cujos valores possíveis são categorias ou características não-numéricas. Estes dados podem ser divididos em ordinais ou nominais dependendo da existência ou não de uma ordem entre os valores possíveis. Como exemplo de dados ordinais, tem-se o estágio de uma doença e de dados nominais o sexo de um indivíduo e o tipo sanguíneo.

**Duas categorias** - Este tipo de dados categóricos geralmente refere-se à presença ou ausência de algum atributo ou característica. Também recebem os nomes de variáveis sim/não, binárias, dicotômicas ou 0-1. São exemplos: sexo (homem/mulher), gravidez (sim/não), estado civil (casado/solteiro), tabagismo (fumante/não fumante), entre outros. Estas variáveis binárias geralmente são classificadas como nominais.

### DADOS NUMÉRICOS

Também chamados de quantitativos assumem valores numéricos, podendo ser discretos ou contínuos.

**Dados discretos** - Resultam de contagens de eventos. Exemplo: número de filhos, número de bati-

mentos cardíacos por minuto.

**Dados contínuos** - Estes dados são obtidos de algum tipo de medição: altura, peso, pressão arterial, temperatura corporal.

### OUTROS TIPOS DE DADOS

**Ranks ou postos** - Ocasionalmente, os dados representam a posição relativa dos membros de um grupo com relação a algum ranking. A posição de um indivíduo neste ranking é chamado de posto.

**Porcentagens** - É necessário ter cuidado quando os dados com os quais se trabalha são porcentagens observadas. Notar que, para uma pressão arterial sistólica (PAS) inicial de 150 mmHg, um aumento de 20% significa que a PAS vai para 180 mmHg e uma diminuição subsequente de 20% leva a PAS para 144 mmHg.

**Escores** - São usados quando não é possível fazer medições diretas. Em sua forma mais simples, estes sistemas numéricos classificam uma característica em diversas categorias segundo a opinião de um indivíduo. Por exemplo a dor de um ferimento pode ser classificada como leve, moderada ou severa, podendo ser designado um valor numérico a cada categoria. Deve ser notado que estas escalas são subjetivas.

**Dados censurados** - Uma observação é chamada censurada se não pode ser medida de forma precisa, mas sabe-se que está além, ou aquém, de um limite. Por exemplo, em alguns experimentos existe um período fixo de acompanhamento, sendo a variável de interesse o tempo para aparecer um sintoma ou desaparecer alguma condição específica. Quando se excede o tempo máximo de acompanhamento se obtém um dado censurado, pois este tem valor que está acima daquele tempo máximo, porém, não se conhece o seu valor preciso.

## ORGANIZAÇÃO DE DADOS

Quando se estuda uma variável, o primeiro interesse do pesquisador é conhecer a distribuição dessa variável através das possíveis realizações (valores) da mesma. O objetivo por trás disto é obter informação que não poderia ser observada através da



inspeção visual dos dados. Porém, a informação fornecida pelos dados pode ser apresentada de várias formas: usando tabelas, gráficos ou, inclusive, medidas representativas de dados ou variáveis. Em resumo, os dados precisam ser organizados.

## DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS

Os dados brutos podem não ser práticos para responder a questões de interesse, então, é necessário resumí-los e para isto se faz necessário definir alguns conceitos:

- **Frequência absoluta** é o número de vezes que uma determinada característica ou valor numérico é observada.
- **Frequência relativa** é a proporção, do total, em que é observada uma determinada característica. Sob determinadas condições, as frequências relativas podem ser usadas para estimar quantidades importantes como por exemplo, em epidemiologia, a prevalência, incidência, coeficientes de mortalidade e natalidade; em testes clínicos de diagnóstico se tem sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. Este conceito está associado com a definição clássica de probabilidade.
- **Frequência acumulada:** para um determinado valor numérico ou dado ordinal, é a soma das frequências dos valores menores ou iguais ao referido valor.

Dados estes conceitos, é possível resumir um conjunto de dados através das tabelas de distribuições de frequências.

Niterói, foram avaliadas 145 crianças com idade entre 6 e 10 anos, calculando-se o estado nutricional segundo os critérios da OMS. Para estas crianças, as tabelas de distribuição de frequências das variáveis estado nutricional e idade aparecem a seguir:

Categoria	<i>f</i>	<i>fr</i>
Baixo peso	11	0,08
Normal	105	0,72
Sobrepeso	25	0,17
Obeso	4	0,03
	145	1,00

Idade	<i>f</i>	<i>fr</i>	<i>F</i>	<i>Fr</i>
6	11	0,11	11	0,11
7	27	0,27	38	0,38
8	16	0,16	54	0,54
9	19	0,19	73	0,73
10	26	0,27	99	1,00
	99	1,00		

Onde *f* é a frequência absoluta, *fr* é a frequência relativa, *F* é a frequência absoluta acumulada e *Fr* é a frequência relativa acumulada.

## REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE DADOS

Existe a necessidade de obter informação relevante a partir de um grande volume de dados provenientes de um processo de amostragem. Esta informação pode ser “visualizada” de forma mais fácil através da utilização de gráficos que representem o conjunto de dados coletados. A seguir, são apresentados os principais tipos de gráficos estatísticos.

### GRÁFICOS DE SETORES

Esse tipo de gráficos, popularmente conhecidos como gráficos de pizza ou bolo, podem ser utilizados para representar dados categóricos ou inclusive alguns dados numéricos em que existem poucos valores possíveis. Para a elaboração destes

Origem dos alunos	Frequência
Urbana	240
Suburbana	1400
Rural	360



## DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS NÃO-AGRUPADAS

Este tipo de distribuição é utilizada quando o número de valores possíveis da variável em estudo é reduzido. Serve para representar variáveis categóricas e, em alguns casos, numéricas. A distribuição de frequências não-agrupadas é representada em uma tabela que contém, pelo menos duas colunas:

1. LISTAGEM DE TODOS OS POSSÍVEIS VALORES DA VARIÁVEL.

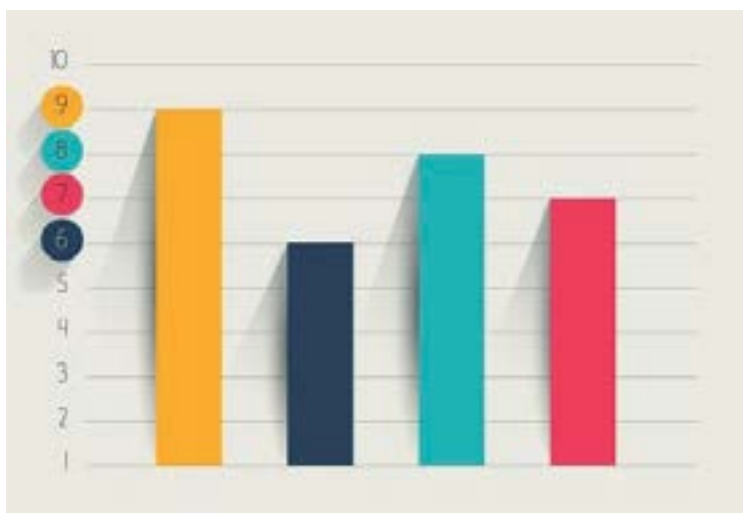
2. FREQUÊNCIAS ASSOCIADAS AOS VALORES DA VARIÁVEL EM ESTUDO.

**Exemplo:** Em uma escola do município de

gráficos serão construídos setores de uma circunferência cujo ângulo, a partir do centro, será proporcional ao número de indivíduos com uma particular característica, isto é, proporcional com a frequência.

Distribuição da origem de estudantes de uma escola pública/ Gráfico de setores da origem dos estudantes.

Este tipo de gráficos é utilizado para representar dados numéricos discretos e, em alguns casos, dados categóricos. Nele, num dos eixos coordenados são representadas as frequências e no outro os valores da variável. São construídas colunas ou barras para cada valor da variável com uma altura proporcional com a frequência. Não existe diferença entre o gráfico de barras e o de colunas a não ser pela troca de variáveis nos eixos coordenados.

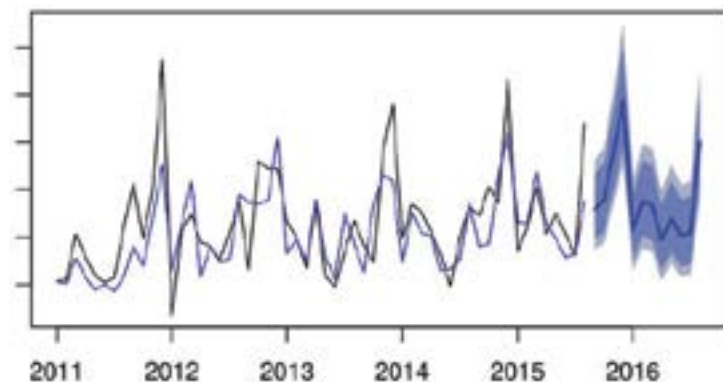


## GRÁFICOS DE DISPERSÃO

Os gráficos de dispersão são utilizados para representar as relações existentes entre duas variáveis numéricas e para tal utilizam um gráfico em que cada eixo representa uma variável. Cada par de dados de um indivíduo gera um ponto no gráfico, de forma que, ao observar a nuvem de pontos gerados, tem-se uma ideia da relação entre as variáveis representadas.

## GRÁFICO DE SÉRIES DE TEMPO

Este tipo de gráficos é um caso especial dos gráficos de dispersão que apresentam a evolução de uma variá-



vel de interesse ao longo do tempo. Assim, no eixo vertical são representados os valores da variável em estudo e no eixo horizontal as unidades de tempo em que são observados os correspondentes valores.

## HISTOGRAMA

O histograma é um gráfico de barras para variáveis numéricas contínuas organizadas em tabelas de distribuição de frequências que considera, no eixo vertical, as frequências relativas. Podem ser considerados os dados de uma tabela de distribuição de frequências com intervalos de tamanhos iguais. Para os mesmos dados que originaram a tabela anteriormente citada, devem ser tomados cuidados quando os tamanhos de intervalo são diferentes. Neste caso, a frequência relativa deve ser proporcional à área de cada barra. Quando não se toma este cuidado, os histogramas podem refletir situações irreais.

## POLÍGONO DE FREQUÊNCIAS

O polígono de frequências resulta da união dos pontos centrais no topo de cada barra do histograma.

## TIPOS DE DISTRIBUIÇÕES

O formato do histograma ou do polígono de frequências pode fornecer algumas características gerais da amostra coletada. Distribuições platicúrticas são obtidas de dados com grande variabilidade, enquanto as distribuições leptocúrticas têm uma variabilidade pequena, sendo muito concentradas em torno de um valor central. Distribuições com assimetria à direita são aquelas que apresentam observações de valores altos com frequência pequena. Distribuições com assimetria à esquerda apresentam observações de valores mínimos com frequência pequena.

## MEDIDAS DE POSIÇÃO

A análise inicial dos dados, além de construir tabelas e gráficos, consiste também no cálculo de valores, ou estatísticas, que ajudam na produção de uma visão geral dos dados. Nesta seção, serão apresentadas as medidas de posição, também chamadas medidas de tendência central, que procuram definir um valor que represente os dados.

### MÉDIA ARITMÉTICA

Esta estatística é muito usada e fornece uma ideia geral dos valores de uma amostra. Para o cálculo da média é necessário conhecer todos os valores dos dados da amostra, por este motivo ela é uma medida de posição que é afetada pela presença de valores discrepantes dentro da amostra.

**Dados completos** - A média é calculada pela soma dos valores dos dados, dividida pelo tamanho da amostra. A seguinte fórmula resume esta definição:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

### MEDIANA (ME)

A mediana é a observação que ocupa a posição central, depois que os dados são ordenados em forma crescente ou decrescente. Esta medida de posição não é afetada por valores discrepantes na amostra já que depende do número de elementos da amostra e não dos seus valores

### PERCENTIL

Os percentis dividem o conjunto de dados ordenados de forma semelhante à mediana. Por exemplo, o percentil 10% divide o conjunto de dados em duas partes, 10% com valores inferiores a esse percentil e 90% com valores maiores

**Primeiro quartil** - O primeiro quartil é a observação

que divide o conjunto de dados ordenados em duas partes, 25% dos dados com valores menores a este quartil e 75% com valores superiores.

**Terceiro quartil** - O terceiro quartil é a observação que divide o conjunto de dados ordenados em duas partes, 75% dos dados com valores menores a este quartil e 25% com valores superiores.

## PROBABILIDADES

O estudo das probabilidades se faz necessário em situações em que se conhece os desfechos possíveis de alguma situação, porém não se conhece qual deles irá acontecer; nas áreas biomédicas isto acontece constantemente.

Alguns conceitos precisam ser apresentados para facilitar a definição e entendimento das probabilidades. Um experimento aleatório é qualquer experimento em que é possível definir todos os resultados deste sem conhecer qual deles será observado.

O espaço amostral é o conjunto de todos os valores possíveis de um experimento aleatório. Um evento é qualquer subconjunto de um espaço amostral.



$$\Omega = \{1,2,3,4,5,6\}$$

### DEFINIÇÕES DE PROBABILIDADE

1. Definição clássica: A probabilidade de um evento é a divisão do número de resultados favoráveis pelo número de resultados possíveis.

**Probabilidade condicional** - Em algumas situações, o acontecimento de certos eventos influencia outros através de suas probabilidades. Como por exemplo, a probabilidade de uma pessoa ser hipertensa varia segundo o estado nutricional dela. Os obesos têm maior probabilidade de hipertensão comparados com os eutróficos.

## COMPARAÇÃO DE RISCOS E RISCO RELATIVO

O risco é uma quantificação do grau de certeza de algum evento, geralmente um fator negativo ou nocivo para a saúde. Portanto, pode ser visto como uma probabilidade. Em determinadas situações o interesse está em comparar o risco de acontecer algum evento em dois grupos independentes. Em estudos prospectivos, grupos de indivíduos com características diferentes são acompanhados para estudar a ocorrência de um resultado particular. Nestes ensaios é fácil calcular a proporção de indivíduos com a característica de interesse em cada grupo, e a razão destas duas proporções é uma medida comparativa dos riscos de um grupo contra o outro. Esta razão é conhecida como risco relativo.

## EPIDEMIOLOGIA

As probabilidades são amplamente utilizadas em epidemiologia. Diversas taxas e indicadores são casos especiais de aplicações das probabilidades, destacando-se a prevalência e a incidência



## PREVALÊNCIA

A prevalência de uma doença é a proporção, ou probabilidade, de uma doença numa determinada população. A prevalência é muito útil para medir a frequência e a magnitude de problemas crônicos. Para o cálculo da prevalência o numerador abrange o total de pessoas que se apresentam doentes num período determinado (casos novos acrescidos dos já existentes). Por sua vez, o denominador é a população da comunidade no mesmo período.

A prevalência pode ser expressa da seguinte forma:

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos conhecidos da doença num determinado período} \times 100.000}{\text{População durante o mesmo período}}$$

## INCIDÊNCIA

A incidência de uma doença é a proporção, ou probabilidade, de casos novos de uma doença em um determinado período. A incidência é mais aplicada na mensuração de frequência de doenças de curta duração. A expressão matemática para o cálculo da incidência é a seguinte:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de uma doença ocorridos numa população em determinado período} \times 1.000}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas sob risco de desenvolver a doença durante o mesmo período}}$$

## INFERÊNCIA ESTATÍSTICA

O objetivo de uma pesquisa é, sempre, fazer afirmações sobre as características de uma população, ou saber o efeito geral de algum fator sobre a referida característica, de forma a poder tomar uma decisão válida a toda a população. Pelo exposto, seria sempre necessário fazer um censo, o que é difícil de fazer por muitos fatores.

A inferência estatística fornece mecanismos que permitem, a partir de uma amostra aleatória, obter conclusões válidas para a população. O estudo da inferência está dividido em duas partes:

1. **Estimação de parâmetros.**

2. **Teste de hipótese.**



A primeira lida com a estimação de quantidades desconhecidas que estão relacionadas com a distribuição da variável em estudo, chamadas de parâmetros, a partir das quais é possível obter as características da população como média, mediana ou variância. A estimação pode ser pontual, quando um parâmetro é estimado através de uma estatística que gera um único valor, ou por intervalos, quando são calculados dois valores que formam um intervalo que, com certo grau de confiança, contém o parâmetro de interesse.

A segunda parte complementa a estimação, permitindo testar, à luz da evidência amostral, alguma hipótese referente a um ou vários parâmetros populacionais. Quanto a estimação pontual de parâmetros, seria necessário o estudo profundo de diversos aspectos que não são tratados neste nível para poder formalizar a teoria sobre o assunto.

#### Fontes:

[http://www.uff.br/poscienciasmedicas/images/arquivos/apostila\\_estadistica.pdf](http://www.uff.br/poscienciasmedicas/images/arquivos/apostila_estadistica.pdf)

<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v73n1/0034-7280-rbof-73-01-0016.pdf>



# MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A medicina baseada em evidências (MBE) é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica. Em outras palavras, a MBE utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica. Quando abordamos o tratamento e falamos em evidências, referimo-nos a efetividade, eficiência, eficácia e segurança. A efetividade diz respeito ao tratamento que funciona em condições do mundo real. A eficiência diz respeito ao tratamento barato e acessível para que os pacientes possam dele usufruir. Referimo-nos à eficácia quando o tratamento funciona em condições de mundo ideal. E, por último, a segurança significa que uma intervenção possui características confiáveis que tornam improvável a ocorrência de algum efeito indesejável para o paciente. Portanto, um estudo com boa validade interna deverá apresentar os componentes descritos acima.

O processo da MBE inicia-se pela formulação de uma questão clínica de interesse. Uma boa pergunta formulada é o primeiro e mais importante passo para o início de uma pesquisa, pois diminui as possibilidades de ocorrerem erros sistemáticos (vieses) durante a elaboração, o planejamento, a análise estatística e a conclusão de um projeto de pesquisa. Uma boa pergunta científica consiste em quatro itens fundamentais, são eles: situação clínica (qual é a doença), intervenção (qual é o tratamento de interesse a ser testado), grupo controle (placebo, sham, nenhuma intervenção ou outra intervenção) e desfecho clínico. Suponhamos que se queira saber se os inibidores de agregação de plaquetas são mais efetivos e seguros quando comparados aos anticoagulantes orais na diminuição da incidência de mortalidade cardiovascular. Nesse exemplo, os inibidores de agregação de plaquetas seriam a intervenção de interesse, os anticoagulantes orais seriam o grupo controle, os pacientes hipertensos seriam a situação clínica e a diminuição da incidência de mortalidade cardiovascular seria o desfecho primário de interesse. É claro que existem outros desfechos que podem ser avaliados em um mesmo estudo. Dando continuidade a esse mesmo exemplo, poderíamos considerar como desfechos secundários os eventos cardiovasculares não fatais (acidente



vascular cerebral, infarto do miocárdio e eventos tromboembólicos).

Partindo da pergunta, o próximo passo é saber qual é o desenho de estudo que melhor responde à questão clínica. No exemplo anterior, o desenho de estudo que possui validade interna mais adequada são as revisões sistemáticas com ou sem metanálises (consideradas nível I de evidências), seguidas dos grandes ensaios clínicos, denominados mega trials (com mais de 1.000 pacientes – nível II de evidências), ensaios clínicos com menos de 1.000 pacientes (nível III de evidências), estudos de coorte (não possuem o processo de randomização – nível IV de evidências), estudos caso-controle (nível V de evidências), séries de casos (nível VI de evidências), relatos de caso (nível VII de evidências), opiniões de especialistas, pesquisas com animais e pesquisas in vitro. As três últimas classificações permanecem no mesmo nível de evidência (nível VIII de evidências), sendo fundamentais para formular hipóteses que serão testadas à luz de boa pesquisa científica.

Cabe ressaltar que a hierarquia dos níveis de evidências apresentada acima é válida para estudos sobre tratamento e prevenção. Portanto, se a questão formulada for relacionada a fatores de risco, prevalência de uma doença ou sensibilidade e especificidade de um teste diagnóstico, a ordem dos níveis de evidências apresentados será modificada em virtude da questão clínica. Em outras palavras, a hierarquia dos níveis de evidências não é estática e, sim, dinâmi

ca conforme a pergunta elaborada.

As revisões sistemáticas possuem vantagens quando comparadas às revisões tradicionais. As revisões sistemáticas que utilizam métodos rigorosos diminuem a ocorrência de vieses. Revisões sistemáticas com metanálises geralmente otimizam os resultados achados, pois a análise quantitativa dos estudos incluídos na revisão fornece informações adicionais. Já as revisões narrativas geralmente respondem a questões amplas e mal formuladas. Além disso, a fonte e a seleção dos estudos frequentemente não são especificadas e, dessa forma, potencializam a ocorrência de vieses.

As revisões sistemáticas são consideradas, atualmente, o nível I de evidências para qualquer questão clínica por sumariarem sistematicamente informações sobre determinado tópico através de estudos primários (ensaios clínicos, estudos de coorte, casos-controlado ou estudos transversais), utilizando-se de uma metodologia reprodutível, além de integrar informações de forma crítica para auxiliar as decisões e explicar as diferenças e contradições encontradas em estudos individuais.

As metanálises são um cálculo estatístico (somatório estatístico) aplicado aos estudos primários incluídos em uma revisão sistemática. As metanálises aumentam o poder estatístico para detectar possíveis diferenças entre os grupos estudados e a precisão da estimativa dos dados, diminuindo o intervalo de confiança. Além disso, as metanálises são fáceis de serem interpretadas, dependendo apenas de um pouco de prática e treino.

Para a realização de uma revisão sistemática, há a necessidade de um segundo revisor (um pesquisador assistente para selecionar estudos, avaliar a qualidade dos estudos selecionados e extrair dados); de equipamentos, como computadores e aplicativos; e de habilidades particulares como, por exemplo, a elaboração de estratégias de busca em bases de dados, a seleção de estudos baseados em critérios de inclusão e exclusão, a avaliação crítica dos estudos para inclusão na revisão sistemática, a interpretação dos resultados e a atualização da revisão sistemática. Os ensaios clínicos randomizados são estudos primários que respondem a questões de tratamento e prevenção.

Os ensaios clínicos randomizados são considerados nível II de evidências, pois possuem um grupo-controle, são prospectivos (paralelos ou cross-over), possuem os processos de randomização (sorteio dos participantes para serem alocados em um dos grupos do estudo, possibilitando a todos os indivíduos a mesma chance de entrarem tanto no grupo tratado como no grupo-controle) e de mascaramento dos desfechos a serem avaliados pelo investigador (estudo cego). Nesse desenho de estudo, existem no mínimo dois grupos: um recebe a intervenção a ser testada (por exemplo, imatinib para tumores do trato gastrointestinal) e o outro grupo recebe outra intervenção, nenhuma intervenção ou placebo. Os dois grupos são seguidos de forma que os participantes não sejam perdidos até que os desfechos de interesse ocorram.

Entretanto, existem questões na área da saúde em que o processo de randomização seria antiético, como, por exemplo, investigar a possível ocorrência de câncer de pulmão randomizando indivíduos para fumar e não fumar. Desta maneira, o melhor desenho de estudo para responder a essa questão seria o estudo de coorte clássico. Nesse tipo de estudo, os participantes expostos e não expostos ao fator de risco – cigarro – são seguidos prospectivamente durante um período de tempo até os eventos de interesse aparecerem. Nesse estudo, é testada uma hipótese de associação.

Quando lidamos com questões de fatores de risco, o estudo de coorte é considerado nível II de evidências, apenas sucedendo a revisão sistemática de coortes (nível I de evidências).





Vale lembrar que alguns ensaios clínicos, geralmente de caráter cirúrgico, são difíceis de serem classificados como duplo-cegos (quando o paciente e investigador desconhecem a alocação do participante). Porém, existe um procedimento para lidar com esse tipo de situação denominado sham, fake ou dummy (simulação). Esse procedimento tem por objetivo atuar de maneira similar ao placebo (remédio sem atividade farmacológica específica); entretanto, é aplicado para mascarar técnicas cirúrgicas. Alguns autores consideram esse procedimento antiético, pois os pacientes são submetidos à anestesia, sendo expostos a riscos. Outros autores defendem que um procedimento pode ser eticamente justificado se há uma questão clínica relevante a ser respondida, se a utilização do grupo-controle com sham for metodologicamente necessária para testar a hipótese do estudo e se o risco do procedimento com sham for mínimo. É o que chamamos de princípio da equipose – distribuição de riscos para diminuir a incerteza na medicina. Dentro de um contexto para responder a uma questão clínica relevante, o uso de procedimentos sham pode ser o único caminho para determinar se o mecanismo de hipótese da cirurgia é responsável pela melhora na condição dos pacientes.

De modo similar ao estudo de coorte, o estudo caso-controle é observacional, porém retrospectivo, partindo do desfecho para a exposição, e, geralmente, é útil para questões que abordam doenças ou situações raras. Um exemplo de estudo caso-controle seria investigar o possível efeito de uma dieta rica em sal sobre doença cardiovascular. O estudo inicia-se com um grupo de pacientes com doença cardiovascular (casos) e um grupo de indivíduos sem doença cardiovascular (controle). É realizado um questionário para investigar os hábitos alimentares dos pacientes e, então, estabelecer uma possível relação de associação entre os pacientes que ingeriram dieta rica em sal e que desenvolveram ou não doença cardiovascular.

Esse desenho de estudo é mais barato e mais rápido de ser realizado. Entretanto, para questões sobre tratamento e prevenção, acaba por ser considerado nível V de evidência, por ser retrospectivo e, obviamente, por estar propício à ocorrência de viés de memória, além de não incluir o processo de randomização e, assim, estar sujeito à ocorrência de viés de seleção.



Existem várias classificações dos níveis e graus de recomendação das evidências. A maioria dos revisores e colaboradores do Centro Cochrane do Brasil utiliza os níveis e graus de evidências aqui apresentados para nortear suas pesquisas ou tomadas de decisão em relação aos cuidados de saúde do paciente, por serem simples e praticáveis. A Colaboração Cochrane é um excelente avanço para a tomada de decisões no campo dos cuidados à saúde, sendo comparada com o Projeto Genoma em importância para a medicina clínica mundial. Os objetivos da Colaboração Cochrane são fornecer informação precisa sobre os efeitos do cuidado à saúde prontamente disponível por todo o mundo, produzir e disseminar revisões sistemáticas de intervenções aos cuidados à saúde, e promover a busca por evidências na forma de ensaios clínicos e outros estudos de intervenção.

## COMO PRATICAMOS A MBE?

**Para praticarmos a MBE, devemos seguir os seguintes passos:**

1. Transformação da necessidade de informação (sobre prevenção diagnóstico, prognóstico, tratamento, etc.) em uma pergunta que pode ser respondida
2. Identificação da melhor evidência com a qual responder a essa pergunta (verificação do melhor desenho de estudo para a questão clínica).
3. Acesso às principais bases de dados da área da saúde, como a Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, SciELO e LILACS, em busca de estudos bem delineados.
4. Realização de análise crítica da evidência em relação à validade (proximidade da verdade), ao impacto (tamanho do efeito) e à aplicabilidade (utilidade na prática clínica).

### Fontes:

<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf>



# INDICADORES DE SAÚDE

Os Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo" (Rouquayrol, 1993)

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilita sua compreensão.

Dadas as inúmeras definições de saúde, a imprecisão delas e a dificuldade de mensurá-la, os indicadores mais empregados têm sido aqueles referentes à ausência de saúde - razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças específicas. Esses indicadores são bastante abrangentes, embora tenham sido utilizados para comparar países em diferentes estágios de desenvolvimento econômico e social.



## MORTALIDADE

Os coeficientes de mortalidade medem a probabilidade que qualquer pessoa da população tem de morrer, em determinado local e ano. Dentre os principais coeficientes de mortalidade estão:

- O coeficiente de mortalidade geral, que expressa a probabilidade de morrer em uma dada população, região e ano;
- O coeficiente de mortalidade infantil, que expressa a probabilidade de uma criança menor de um ano morrer;
- Os coeficientes de mortalidade geral por causas, que expressam a probabilidade das pessoas de uma dada população morrerem por determinadas doenças.

Estes coeficientes sofrem variações e podem ser calculados por faixa etária e sexo, possibilitando análises mais específicas da realidade de saúde. Cada um destes coeficientes tem uma importância específica na organização de um sistema de saúde. Em comum, pode-se dizer que a compreensão de cada um destes coeficientes permite a análise e intervenção mais precisa na realidade de saúde de uma comunidade. Os dados de mortalidade permitem uma avaliação sobre as principais doenças que acometem uma população, indicando que prioridades devem ser encaminhadas na organização de um sistema de atenção à saúde.

## COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL

Mede a probabilidade que qualquer pessoa da população tem de morrer, em determinado local e ano. Ele depende apenas do conhecimento do número de óbitos e da população da área que se estuda.

## NÚMERO DE ÓBITOS TOTAIS NO TEMPO X E LUGAR Y

**População total** - Este coeficiente terá variações de acordo com a composição da população por idade.

### O coeficiente de mortalidade infantil pode ser desmembrado em:

- Coeficiente de Mortalidade Infantil Precoce ou Neonatal
- Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia ou Pós-Neonatal,
- Coeficiente de Mortalidade Perinatal,
- Coeficiente de Natimortalidade.

O coeficiente de mortalidade infantil é calculado dividindo-se o número de óbitos de crianças menores de um ano pelos nascidos vivos naquele ano em uma determinada área, o resultado é multiplicado por mil.

## ÍNDICES

Os índices apontando a frequência das doenças e a proporcionalidade das mesmas num quadro mais geral de saúde. Os índices são proporções, comparações entre um subconjunto (no numerador) e o conjunto (no denominador), nas mesmas unidades. São expressos em percentual.

Os índices, assim como os coeficientes, podem ser desdobrados por região, condição socio-econômica, nível educacional, faixa etária, sexo e outras, permitindo análises mais apuradas das situações de saúde, indicando prioridades e políticas a serem implementadas para cada caso.

### Ex: índices de Mortalidade Proporcional por

#### Idade

#### Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por idade e sexo.
- Contribuir para a avaliação dos níveis de saúde da população.
- Identificar a necessidade de estudos sobre as causas da distribuição da mortalidade por idade.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para grupos etários específicos.



## MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Número de óbitos de residente por faixa etária} \times 100}{\text{número total de óbitos de residentes}}$$

**MORBIDADE:** Mede o risco de uma pessoa adoecer. A morbidade expressa a presença de doença ou condição patológica. É um poderoso indicador de saúde de uma comunidade, pois pode descrever quais são os principais problemas de saúde que acometem uma região e propor medidas mais eficazes de prevenção e controle dos focos de risco nº de casos de uma doença no tempo X e lugar Y x 10 população da área no mesmo período

**LETALIDADE:** Mede o risco de morrer nas pessoas doentes; avalia a capacidade que uma determinada doença possui, de provocar a morte em indivíduos acometidos por ela - mede, em outras palavras, a gravidade da doença.

Indicadores podem e devem ser utilizados como ferramentas para auxiliar o gerenciamento da qualidade. Indicadores de saúde da população associados a indicadores econômicos, financeiros, de produção, de recursos humanos, de qualidade da assistência propriamente dita, isto é, relacionados a determinadas doenças, auxiliam na avaliação de programas e de serviços.

Indicadores devem evidenciar padrões relacionados à estrutura, processo e resultado desejáveis de um sistema. Indicadores fornecem uma base quantitativa para médicos, instituições prestadoras de serviços, fontes pagadoras e planejadores, como o objetivo de atingir melhoria da assistência e dos processos relacionados à assistência. (International Society for Quality in Healthcare , 1999).

#### Fontes:

[http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_03/05.html](http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/05.html)

<http://www.misodor.com/INDICADORES%20SAUDE.php>

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>



# QUESTÕES

SUS & Saúde Coletiva

## Questão 01

Um homem de 70 anos de idade sentiu mal-estar durante discussão familiar com o filho em casa e procura a Unidade Básica de saúde de referência onde faz acompanhamento com médico de família, para aferir a pressão arterial (PA. Após aferição da pressão arterial= 160X90mmHg, o técnico de enfermagem informa que não há mais vagas na agenda do médico. Então, a família decide levar o paciente a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde o médico prescreve captopril (25mg). A pressão arterial é normalizada após cerca de 40 minutos e o paciente é liberado com encaminhamento para a realização de acompanhamento com o cardiologista e nefrologista. No que se refere ao atendimento prestado a esse paciente assinale a opção correta.

- A) O fluxo de encaminhamentos está correto porque casos graves como o descrito devem ser tratados em níveis de atenção de maior complexidade tecnológica.
- B) A Atenção Primária deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, devendo atender a todos, o que determina que esse paciente fosse incluído na agenda do médica.
- C) O médico da UPA deveria ter referenciado o paciente para seguimento da Atenção Primária, pois esse nível de atenção é o responsável pela coordenação do cuidado.
- D) Como há pouca disponibilidade de exames complementares na Atenção Primária, o médico da UPA seguiu os trâmites da regionalização em saúde para a Atenção terciária.

## Questão 02

Uma adolescente com 16 anos de idade, após o parto de seu segundo filho, retorna a Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de puericultura. O médico após examina-la, orienta-a acerca das opções potenciais de métodos contraceptivos, alguns deles fornecidos na própria UBS e outros disponíveis na unidade de referência do programa Saúde da Mulher do município. Essa ação em particular, centrada nas necessidades das pessoas e articulada nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, é a expressão de qual princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil?

- A) Controle Social.
- B) Regionalização.
- C) Integralidade.
- D) Equidade.



## Questão 03

Uma mulher com 28 anos de idade recebe a visita em sua residência de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), pois está completando 28 semanas de gestação e ainda não compareceu a nenhuma consulta de pré-natal. Tem outros 2 filhos, um com 2 anos de idade e outro com 8 anos de idade. Refere que não trabalha e não comparece ao pré-natal porque não tem com quem deixar os filhos. Diz depender de doações para sobreviver. No momento da visita, refere disúria e polaciúria. Posteriormente, em reunião de equipe, a ACS coloca o caso em discussão e a equipe decide realizar as seguintes ações: visita da auxiliar de enfermagem e enfermeira no mesmo dia para examinar a paciente e coletar urina e sangue; visita da médica da equipe na semana seguinte; acionar o Serviço Social para que oriente a paciente a respeito de benefícios assistenciais e da possibilidade de inserir a criança de 2 anos de idade em creche e a de 8 anos de idade em escola. Considerando a situação apresentada, as ações programadas pela equipe de saúde estão orientadas por qual princípio do SUS?

- A) Integralidade.
- B) Regionalização.
- C) Descentralização.
- D) Participação popular.

## Questão 04

Leia a notícia abaixo: CAMPINAS - No mesmo dia em que dois representantes do Ministério da Saúde chegaram a Campinas para avaliar o pedido de ajuda para que a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN- -SUS) atue no combate da maior epidemia de dengue vivida na cidade, a Secretaria Municipal de Saúde confirmou nesta terça-feira, 22/04/2014, a segunda morte provocada pela doença. Faltam profissionais de saúde para o atendimento na rede de atenção primária e secundária de saúde da cidade. O secretário municipal de saúde também cogita solicitar auxílio do Governo do Estado para o envio de profissionais de saúde para esses locais. Disponível em: Acesso em: 25 de jun. 2014 (Adaptado). Considerando as atribuições das diferentes esferas governamentais no Sistema Único de Saúde nessas situações, é correto afirmar que

- A) executar os serviços de vigilância sanitária e saneamento básico é atribuição do estado.
- B) gerir e executar diretamente os serviços públicos de atenção primária são atribuições do município.
- C) intervir no controle da organização da rede de atenção municipal, na situação descrita, é atribuição do estado.
- D) atender às necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente ou irrupção de epidemias é atribuição exclusiva da União.

## Questão 05

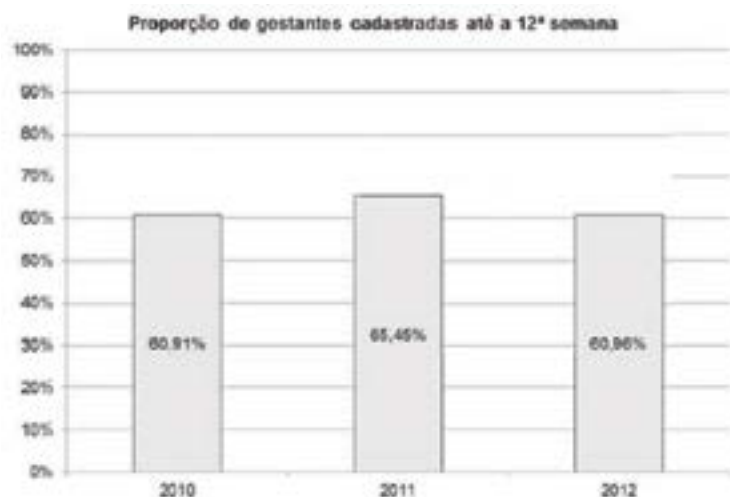
O Conselho Local de Saúde (CLS) de uma Unidade Básica de Saúde convocou uma reunião extraordinária para discutir os problemas enfrentados pelo fornecimento irregular de medicamentos aos usuários. Na opinião da farmacêutica responsável, o grande entrave é a falta de critérios para a distribuição de medicamentos no município. Isso faz com que essa Unidade receba a mesma quantidade de medicamentos que as demais, apesar de possuir características populacionais diferenciadas, com um número proporcionalmente maior de idosos. A maioria dos participantes achou a argumentação correta e aprovou uma proposta de fornecimento de medicamentos de acordo com a base epidemiológica da população atendida. Como o CLS deveria proceder para encaminhar corretamente essa demanda?

- A) O CLS deve convocar uma Conferência Municipal de Saúde para inserir o tema em sua pauta de debates junto à comunidade.
- B) A proposta deverá ser entregue aos Conselhos Municipais de Saúde pelo representante dos usuários, uma vez que as reuniões plenárias são fechadas ao público.
- C) Para sua resolução o problema da distribuição de medicamentos e a proposta do CLS devem ser encaminhados aos membros do Conselho Municipal de Saúde para discussão plenária.
- D) O CLS deve encaminhar a proposta ao Secretário Municipal de Saúde, uma vez que o planejamento, execução e controle da política municipal de saúde é tarefa exclusiva do gestor municipal.

## Questão 06

Em relação aos indicadores da Rede Cegonha, as equipes da Estratégia de Saúde da Família da sua cidade apresentaram o gráfico acima. A meta da gestão é alcançar 80% de gestantes cadastradas. O consultor da Secretaria de Saúde, que tem recursos financeiros limitados, recomenda uma oficina de sensibilização e treinamento, a fim de reverter o panorama atual. Dentre os componentes das equipes, qual o público alvo preferencial para a oficina surtir mais efeito?

- A) Médicos.
- B) Enfermeiros.
- C) Agentes Comunitários de Saúde.
- D) Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.
- E) Coordenadores das Unidades de Saúde.



## Questão 07

Considere que um médico é convidado para participar da reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para explicar sobre o fluxograma de atendimento dos pacientes diabéticos sem complicações crônicas residentes na capital. Segundo o Decreto Presidencial n.º 7.508, de 28/06/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080, de 19/09/1990) para garantir o princípio da integralidade, este grupo de pacientes deverá, no acompanhamento inicial, ser referenciado para a seguinte porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS):

- A) atenção primária.
- B) atenção secundária.
- C) atenção domiciliar.
- D) vigilância de doenças crônicas.
- E) atenção em ambulatório especializado.

## Questão 08

Em uma reunião de planejamento com os gerentes das Unidades de Atenção Básica de um município de médio porte, são avaliados os motivos das falhas nos fluxos dos usuários em relação aos serviços de Urgência e Emergência locais. Para que essa discussão seja produtiva, o gestor local esclareceu, para os participantes da reunião, conceitos importantes sobre Redes de Atenção no Sistema Único de Saúde. Entre os conceitos apresentados pelo gestor sobre o tema, quais estão previstos nas normas do SUS?

- A) Os pontos de atenção a Urgência e Emergência nas Redes de Atenção à Saúde são as estruturas hospitalares terciárias, que possuem instrumental tecnológico apropriado para estas condições, sendo que estes pontos devem estar interligados com os demais níveis através de um transporte sanitário adequado.
- B) As Redes de Atenção à Saúde caracterizam-se pela formação de relações verticais entre os pontos de atenção, tendo como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde, pois este nível é o responsável pela triagem inicial dos pacientes e o encaminhamento primário para os pontos de cuidado mais apropriados para cada caso.
- C) Os pontos de atenção a Urgência e Emergência devem estar no centro das Redes de Atenção à Saúde, pois nesses locais são realizados cuidados essenciais à saúde das pessoas, assim como a efetiva comunicação e coordenação do cuidado dentro da Rede por meio do apoio de sistema técnico, logístico e de gestão entre os níveis.
- D) As Redes de Atenção à Saúde são definidas como um modelo linear de cuidado dentro do sistema de saúde. Elas orientam gestores e usuários sobre a porta de entrada e o escalonamento entre os diversos níveis de densidade tecnológica no sistema, com os seus objetivos de prestação de serviços singulares.
- E) Nas Redes de Atenção à Saúde, todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos do cuidado integral, que deve ser realizado por meio de relações horizontais entre os diversos níveis de atenção, que diferenciam-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

## Questão 09

Na pesquisa realizada para avaliação da implantação da Estratégia da Saúde da Família no Brasil, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, a tendência geral observada foi a melhoria dos indicadores de saúde nos municípios de IDH baixo ( $< 0,7$ ). Esses dados mostram o cumprimento de qual dos princípios do SUS listados abaixo?

- A) Equidade.
- B) Integralidade.
- C) Hierarquização.
- D) Resolubilidade.
- E) Descentralização.

## Questão 10

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) determinam que o planejamento e o orçamento em saúde

- A) são prerrogativas da direção nacional do SUS, consultadas as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CI)
- B) e os Conselhos de Saúde.
- C) ficam vinculados ao Plano de Saúde, de forma que apenas situações de emergência ou calamidade pública podem justificar a destinação de recursos não constante do Plano.
- D) iniciam-se no nível local mediante negociação e consenso nos níveis estadual e federal, podendo os Secretários Municipais, Estaduais e o Ministro da Saúde se reunirem nas Comissões Intergestores, se avaliarem necessário.
- E) passam pela atuação das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, que serão ouvidas nos anos de elaboração do Plano de Saúde e nos anos de realização das Conferências de Saúde.



## Questão 11

A Lei n.º 8 080, de 18 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Trata-se do instrumento que, no artigo 4º, cria o Sistema Único de Saúde. No Capítulo III, prevê as Comissões Intersectoriais, criadas com a finalidade de

- A) articulação de políticas e programas de saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no Sistema Único de Saúde (SUS).
- B) negociação e pactuação entre gestores quanto a aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS.
- C) representação dos entes estaduais e municipais incumbidos para tratar de matérias referentes à saúde.
- D) desenvolvimento permanente de ações conjuntas entre municípios e os serviços que lhes correspondam.
- E) integração de recursos técnicos e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

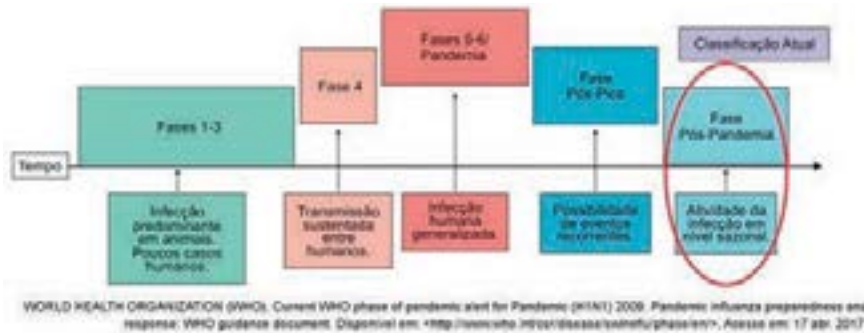
## Questão 12

Um município de pequeno porte tem apresentado dificuldades na execução de suas atividades de saúde de nível secundário de atenção. Com o objetivo de aumentar a resolubilidade do mesmo, qual ação pode ser tomada?

- A) Restringir o atendimento mediante comprovante de residência.
- B) Formar consórcios intermunicipais de saúde.
- C) Definir a área de abrangência dos serviços com o gestor local.
- D) Repassar à gestão estadual o serviço de auditoria dos prestadores locais.
- E) Incorporar recursos financeiros do fundo estadual de saúde.

## Questão 13

A figura abaixo representa as fases da Influenza Pandêmica de 2009 estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Atualmente, a fase de alerta pandêmico para H1N1 é a de pós-pandemia



Considerando a figura e as informações apresentadas, assinale a alternativa correta sobre o estado de preparação e resposta a pandemia de H1N1:

- A) Na fase 3, a transmissão direta de pessoa a pessoa do vírus recombinante já é suficiente, segundo a OMS, para sustentar surtos em comunidades.
- B) Na fase 4, a OMS realiza o desenvolvimento e a distribuição de insumo voltados para a produção de vacinas específicas para controle de pandemia.
- C) Na fase 5, a maioria dos países está sob risco de ocorrência dessa doença e, por essa razão, ela é considerada como pandêmica pela OMS.
- D) Na fase 6, a OMS agiliza todo o processo de revisão da disseminação do vírus, por meio de transmissão direta, para controle da pandemia.

## Questão 14

Em reunião da Equipe de saúde da Família com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, põe-se em discussão o caso de um homem com 50 anos de idade e histórico de hipertensão arterial, tabagismo, obesidade e má adesão ao tratamento medicamentosos e não medicamentosos. A equipe começa a discutir formas de abordagem ao paciente. Como estratégia de abordagem para a mudança de estilo de vida desse paciente, é adequado à equipe:

- A) Informar ao paciente sobre as consequências clínicas que a não adesão ao tratamento pode acarretar e repetir várias vezes o aconselhamento.
- B) Focar a abordagem da ambivalência e, se necessário, utilizar o paradoxo terapêutico para lidar com a resistência do paciente.
- C) Focar a abordagem baseada no confronto das negações que o paciente relata ao resistir às mudanças propostas.
- D) Informar ao paciente sobre as soluções de mudança, enfatizando aquelas com impacto significativo no seu estilo de vida.

## Questão 15

Um menino de 7 anos de idade é encaminhado à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela escola devido ao fato de que não conseguia aprender a ler, o que tem impacto a seu desempenho escolar no último ano. Segundo relato do psicólogo do colégio, suspeita-se que a menina tenha déficit de atenção. De acordo com o histórico familiar, a criança é um dos 3 filhos de um casal que mora em uma casa de dois quartos. A avaliação da Equipe de saúde da Família revela que o comportamento do menino em casa é tranquilo, que ele apresenta concentração em suas atividades e brinca com seus irmãos; não troca letras; não troca fonemas; não esquece atividades corriqueiras. Ao médico da equipe, a criança refere não gostar da escola porque sua professora não gosta dele. O médico chama a professora à UBS e, juntamente com sua equipe, reestabelece um canal de diálogo entre a professora e o menino. Após 2 meses, a equipe recebe a notícia de que a criança está evoluindo bem na escola. O conjunto de medidas adotadas na condução desse caso insere-se como prevenção:

- A) Quaternária.
- B) Terciária.
- C) Secundária.
- D) Primária.

## Questão 16

Um município de 15 mil habitantes deseja cobrir 100% do seu território com equipes de Saúde da Família para organizar a Atenção Básica e melhorar seus indicadores de saúde. O gestor responsável deve apresentar um projeto para a implantação de todas as equipes, seguindo os princípios da Estratégia de Saúde da Família. Nessa situação, o projeto de implantação das equipes deve conter:

- A) A priorização do atendimento da demanda espontânea, devendo a demanda agendada priorizar doenças crônicas, gestantes e crianças para a Puericultura.
- B) A realização de ações de prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, equilibrando as demandas agendadas com o atendimento à demanda espontânea.
- C) A priorização do agendamento de atendimento a pacientes com doenças crônicas, gestantes e crianças para a Puericultura, devendo a demanda espontânea ser direcionada às Emergências e Unidades de Pronto Atendimento.
- D) A realização de ações de prevenção primária e secundária de forma equilibrada com o atendimento de demanda espontânea, enquanto as ações de prevenção terciária e quaternária devem ser direcionadas às Emergências e Unidades de Pronto Atendimento.

## Questão 17

Em uma pequena cidade, de oito mil habitantes, foi iniciada uma nova gestão municipal, que buscou implementar o modelo de Estratégia de Saúde da Família. A população, entendendo que o atendimento poderia piorar, reagiu negativamente. A fim de sensibilizar a população em prol da consolidação do modelo, uma equipe da Secretaria Estadual de Saúde foi mobilizada. Para alcançar este objetivo, durante uma reunião com a comunidade, a equipe explicitou os princípios do novo modelo. Entre os argumentos apresentados abaixo, qual seria o correto para a equipe utilizar?

- A) A realização da territorialização possibilitará a identificação das fortalezas e fragilidades dos equipamentos da comunidade.
- B) No processo de adscrição da clientela, as famílias que não forem previamente cadastradas não serão atendidas pela equipe de saúde.
- C) A mudança de um modelo assistencial preventivo para um curativo será positiva, pois beneficiará as pessoas com doenças crônicas.
- D) Com a implementação desta estratégia, o atendimento será hierarquizado, isto é, antes da consulta médica haverá a consulta de enfermagem.
- E) O novo modelo terá como objetivo realizar promoção e prevenção à saúde, o que praticamente elimina a necessidade de atendimentos individuais.

## Questão 18

Considere que um médico é convidado para participar da reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para explicar sobre o fluxograma de atendimento dos pacientes diabéticos sem complicações crônicas residentes na capital. Segundo o Decreto Presidencial n.º 7.508, de 28/06/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080, de 19/09/1990) para garantir o princípio da integralidade, este grupo de pacientes deverá, no acompanhamento inicial, ser referenciado para a seguinte porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS):

- A) atenção primária.
- B) atenção secundária.
- C) atenção domiciliar.
- D) vigilância de doenças crônicas.
- E) atenção em ambulatório especializado



## Questão 19

Um médico que trabalha em uma comunidade urbana de médio porte foi convidado para participar de uma entrevista numa rádio local. O objetivo da entrevista era conscientizar a população sobre o enfrentamento de epidemia da dengue que o município passava no momento. Quando foi indagado sobre a importância da Atenção Básica nesse enfrentamento, o médico utilizou os conceitos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde. De acordo com esse documento, qual das alternativas abaixo está correta em relação ao papel da Atenção Básica no enfrentamento da dengue?

- A) Uma das responsabilidades da Atenção Básica é a vigilância epidemiológica, que, por meio de seus agentes comunitários de saúde, deve identificar e atuar sobre os focos do vetor da dengue, realizando a promoção em saúde.
- B) A Atenção Básica é o nível de atenção à saúde responsável pela centralidade do cuidado às pessoas, com atividades de assistência integral à saúde da população, sendo, por isso, fundamental no enfrentamento da epidemia de dengue.
- C) A Atenção Básica utiliza tecnologias de baixa complexidade e alta densidade, conseguindo solucionar os problemas de saúde mais frequentes e mais relevantes da população, como na situação da epidemia de dengue.
- D) A Atenção Básica realiza a promoção da saúde e prevenção das doenças e, numa epidemia de dengue, este nível de atenção serve para realizar a triagem e encaminhamentos dos casos para os outros níveis.
- E) O propósito da Atenção Básica é realizar os procedimentos básicos de cuidado à saúde de forma individual, atuando na epidemia da dengue através de consultas e procedimentos médicos.

## Questão 20

A prefeitura de um pequeno município do interior contratou profissionais de saúde para implantar três equipes da Estratégia da Saúde da Família que atuarão junto a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Para iniciar as suas atividades, essas equipes precisam definir os territórios de abrangência e a população de cada uma delas, conforme preconiza a Política Nacional da Atenção Básica. Que estratégias devem orientar a definição do território?

- A) As equipes terão número variável de famílias em territórios estabelecidos pela prefeitura e sem definição de números mínimos e máximos por equipe.
- B) O número de famílias de cada equipe dependerá do grau de vulnerabilidade em cada área, em territórios definidos pelos Agentes Comunitários de Saúde.
- C) Todas as equipes terão sob sua responsabilidade 3 500 pessoas, definidas em territórios contínuos dentro da área de abrangência da UBS .
- D) Os territórios das equipes serão definidos pelas equipes e o número de pessoas adscritas a cada equipe vai depender da análise de vulnerabilidade das famílias de cada microárea.
- E) A definição acerca dos territórios e da população sob responsabilidade de cada equipe da Estratégia da Saúde da Família depende do diagnóstico de vulnerabilidade feito pelo médico.

## Questão 21

Um médico é contratado para trabalhar em uma unidade de saúde pertencente à Estratégia de Saúde da Família. Uma vez por semana, a equipe se reúne para planejamento e avaliação das ações. O coordenador explica ao médico o funcionamento da unidade de saúde e apresenta os demais membros da equipe. A equipe é composta pelo médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o odontólogo, o técnico de higiene dental e seis agentes comunitários de saúde. Na equipe de saúde, caberá ao médico

- A) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade.
- B) mapear a situação vacinal das crianças menores de 5 anos de idade.
- C) realizar a prescrição hospitalar dos pacientes de sua área de abrangência.
- D) dispensar medicação controlada para os pacientes de sua área de abrangência.

## Questão 22

Uma equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) identificou como problema o grande número de gestações em adolescentes na sua comunidade. Foi decidido, então, elaborar um Plano de Ações para o enfrentamento do problema, centrado na busca ativa de pessoas em situação de risco. Buscou-se parceria com as escolas da área, com as denominações religiosas locais e com a organização não governamental que ali atua, fomentando atividades esportivas e educação musical entre adolescentes e adultos jovens. Também foi proposta a solicitação de aumento da variedade de métodos contraceptivos ofertados na farmácia da USF. Nessa situação, para elaboração do Plano de Ações, deve-se observar que

- A) a definição da situação-objetivo não é indicada, pois a equipe compreenderia, mas frustraria os usuários em caso de não atingimento de metas.
- B) as parcerias precisam ser previstas naqueles casos em que o custeio e (ou) financiamento das ações depende das entidades e dos indivíduos parceiros.
- C) indicar responsáveis por cada atividade não é adequado, pela natureza transprofissional da Estratégia de Saúde da Família, já que toda a equipe deve ser solidariamente responsável.
- D) o período de execução previsto é um cronograma tentativo, que pode ser atualizado e adaptado durante a execução de cada ação, conforme o cumprimento de cada atividade e (ou) atrasos.
- E) o princípio da boa-fé dispensa a previsão de meios de verificação para checagem do cumprimento ou não de ações e atividades, pois parte-se de presunção de que toda a equipe está genuinamente comprometida com as ações programadas.

## Questão 23

A Unidade de Saúde da Família (USF) funciona como campo de prática de estudantes de graduação, pois para lá são encaminhados alunos de Medicina e de Enfermagem. Uma estudante ficou surpresa com a quantidade de formulários a serem preenchidos pela equipe e afirmou duvidar que "tanto papel" servisse para tomar decisões na prática. Ela ainda defendeu que deveria ser investido menos tempo com formulários, liberando os profissionais para o efetivo atendimento aos usuários. Uma atitude adequada da equipe nesse caso é

- A) explicar que, caso a Ficha A para Cadastramento das Famílias não fosse preenchida, não se teria ideia da evolução do quadro de hipertensos e diabéticos, mas apenas de portadores de tuberculose e hanseníase, que têm Fichas B de Acompanhamento específicas.
- B) ponderar que a Ficha C para Acompanhamento de Crianças torna obrigatório o preenchimento do Cartão-Sombra para melhor monitorar o crescimento e desenvolvimento infantil e o cumprimento do calendário vacinal, quando ocorre extravio do Cartão da Criança.
- C) demonstrar que a Ficha D para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações informa à Secretaria de Saúde detalhes sobre a população da área de abrangência da USF, mas que eventuais usuários atendidos que residam em outras áreas não são tabulados.
- D) argumentar que procedimentos coletivos como reuniões, atividades educativas, bochechos fluorados e visitas domiciliares só precisam ser registrados, por seus totais mensais, na Ficha D para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, e não individualmente.
- E) considerar que as notificações a serem registradas na Ficha D para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações são apenas aquelas referentes a agravos de notificação compulsória, que são menos prevalentes.

## Questão 24

Paciente do sexo masculino, com 45 anos de idade, é dependente químico de cocaína, com uso por via inalatória e procurou o serviço especializado do CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) para tratamento. A oferta desse atendimento no Sistema Único de Saúde caracteriza ações de que tipo?

- A) Prevenção primordial.
- B) Prevenção quaternária.
- C) Prevenção terciária.
- D) Prevenção secundária.
- E) Prevenção primária.

## Questão 25

Um município de pequeno porte tem apresentado dificuldades na execução de suas atividades de saúde de nível secundário de atenção. Com o objetivo de aumentar a resolubilidade do mesmo, qual ação pode ser tomada?

- A) Restringir o atendimento mediante comprovante de residência.
- B) Formar consórcios intermunicipais de saúde.
- C) Definir a área de abrangência dos serviços com o gestor local.
- D) Repassar à gestão estadual o serviço de auditoria dos prestadores locais.
- E) Incorporar recursos financeiros do fundo estadual de saúde.

## Questão 26

Uma nova Unidade de Saúde da Família será implantada em um município. A territorialização deverá ser realizada visando obter como primeiro produto

- A) a determinação dos coeficientes de morbimortalidade.
- B) a obtenção de dados de vigilância comparativos com outras áreas do mesmo município.
- C) a identificação de reivindicações de movimentos sociais e grupos organizados.
- D) a definição de micro-áreas de risco e grupos prioritários.
- E) a determinação dos índices de mortalidade infantil e materna.

## Questão 27

A equipe de gestão de uma Secretaria Municipal de Saúde, ao implantar uma Unidade de Saúde da Família (USF) em uma área de vulnerabilidade social, reuniu-se para organizar sua agenda de modo a cumprir a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Considerando os aspectos organizativos e de gestão dessa política, são responsabilidades do trabalho dessa equipe:

- A) garantir que o horário diário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família tenha o mesmo padrão em todos os territórios.
- B) dialogar com a comunidade acerca das características e organização do serviço, de modo a estabelecer sua efetiva implantação.
- C) garantir atendimento e cadastramento a todos os indivíduos que procuram a USF, independentemente do seu local de moradia.
- D) oferecer serviços com densidade tecnológica variada e de baixa complexidade, capazes de captar usuários mais resistentes e garantir resolutividade.



## Questão 28

Uma análise histórica de alguns indicadores brasileiros referentes às últimas décadas, tais como a distribuição etária da população, o coeficiente de fecundidade e mortalidade, o perfil epidemiológico das doenças mais prevalentes e os hábitos alimentares predominantes, permite inferir que houve:

- A) redução de consumo de alimentos tradicionais da dieta brasileira (arroz e feijão), associada a aumento do consumo de alimentos ultraprocessados.
- B) aumento dos coeficientes de fecundidade associado à redução do coeficiente de mortalidade, com consequente aumento da expectativa de vida.
- C) aumento da prevalência das doenças crônicas e não transmissíveis, acompanhado de aumento das doenças transmissíveis e de deficiências nutricionais.
- D) redução da desnutrição infantil em quase todo o país, exceto na região Norte, onde houve aumento da prevalência de desnutrição crônica associada a déficit de estatura para a idade

## Questão 29

O gestor de saúde de um município de 200.000 habitantes no Brasil desenvolveu um estudo para estimar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica para o planejamento da atenção à saúde dessa população, especialmente a dispensação de medicamentos anti-hipertensivos. Em uma amostra de 2500 pessoas pesquisadas 20% (IC 95% = 18,5 – 21,5) apresentavam diagnóstico de hipertensão e já tinham indicação de tratamento medicamentoso. No mesmo ano em que foi desenvolvida a pesquisa, 19% da população utilizou as farmácias municipais e privadas para tratamento da hipertensão. - Considerando essas informações, assinale a alternativa correta acerca dessa situação epidemiológica.

- A) A adesão ao tratamento da hipertensão está adequada, uma vez que a proporção de pacientes que utilizam as farmácias para esse tratamento pode ser igual à prevalência estimada da hipertensão.
- B) A adesão ao tratamento da hipertensão não pode ser avaliado, uma vez que a proporção de pacientes que utilizam as farmácias para esse tratamento está abaixo da prevalência estimada de hipertensão.
- C) São necessárias campanhas de orientação para a prevenção secundária da hipertensão arterial, pois a prevalência estimada no município é muito maior do que a prevalência atual no país.
- D) A estimativa da prevalência de hipertensão arterial no município varia de 18,5% a 21,5%, o que dificulta a implementação de políticas estratégicas de adesão ao tratamento nesse município em particular.

## Questão 30

Visando aferir, em nosso meio, os fatores que influenciam no crescimento de pré-escolares, com destaque para a suplementação nutricional, foi desenvolvido um estudo em uma população de bairro periférico de uma cidade do interior paulista. Durante um ano, em quatro observações trimestrais, acompanhou-se a evolução de indicadores de peso e altura de 444 crianças, identificadas em censo específico. Entre essas, 164 eram assistidas por creche local, enquanto as outras 280 não recebiam esse tipo de tratamento. A admissão a essa creche dava-se por meio da comprovação de que a mãe trabalhava fora do lar. O plano analítico adotou a análise multivariada por regressão linear múltipla. Quanto ao delineamento, podemos afirmar que esse estudo é

- A) randomizado.
- B) quasi-experimental.
- C) caso-controle.
- D) descritivo.
- E) transversal.

## Questão 31

Na Enfermaria de um quartel militar constatou-se um aumento súbito e importante de casos de afecções entéricas. Foram identificados 180 indivíduos adultos, do sexo masculino, que apresentaram às 14h (mediana do tempo de início dos sintomas) do dia 13 de janeiro de 2015, quadro de diarreia frequente e não volumosa, contendo pus ou sangue, dores abdominais intensas e febre. Não foram detectados casos de maior gravidade. Todos os doentes haviam participado de um jantar comemorativo ocorrido no quartel no dia anterior. Estavam presentes no jantar 220 pessoas. Após a investigação, o fato foi considerado um Surto de Doença Diarreica Aguda por transmissão alimentar. Duas possíveis fontes de infecção foram identificadas, conforme tabela a seguir:

Número total de indivíduos adultos, do sexo masculino, que participaram do jantar comemorativo no quartel, no dia 12 de janeiro de 2015

	Comeram ovos			Não comeram ovos		
	doentes	sadios	total	doentes	sadios	total
Não comeram frango	90	10	100	4	6	10
Comeram frango	83	17	100	3	7	10

Analisando os dados do surto epidêmico e a tabela acima, é correto concluir-se que:

- A) a ingestão de frango associada à ingestão de ovos diminuiu a probabilidade de adoecimento durante o surto epidêmico avaliado.
- B) o ovo pode ser apontado como o alimento com maior probabilidade de ser a fonte de contaminação do surto epidêmico descrito.
- C) a ingestão de frango associada à ingestão de ovos aumentou a probabilidade de adoecimento durante o surto epidêmico avaliado.
- D) o frango pode ser apontado como o alimento com maior probabilidade de ser a fonte de contaminação do surto epidêmico descrito

## Questão 32

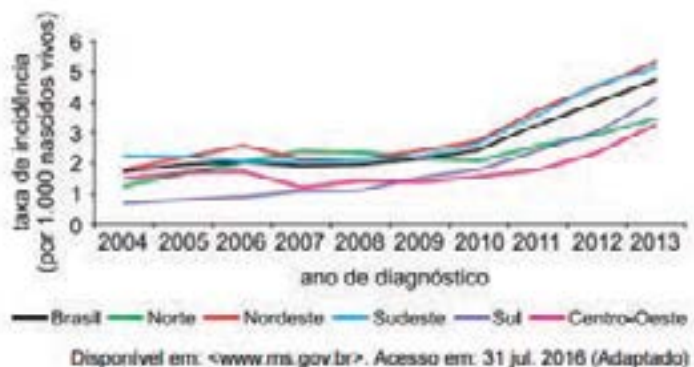
A Equipe de Saúde da família de determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) na região Norte do país iniciou em 2017, o planejamento e o desenvolvimento de algumas atividades estratégicas que incluíam ações voltadas para: 1. Busca ativa e diagnóstico de hanseníase. 2. busca ativa de sintomas respiratórios. 3. condução de grupo de orientação alimentar para pessoas com diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica. 4. implementação de campanha de incentivo à realização de testes rápidos para detecção de hepatites virais B e C. Espera-se, com essas medidas, que os indicadores de saúde, na área de abrangência dessa UB, tenham a seguinte evolução:

- A) Aumento da taxa de detecção de casos novos de hanseníase; aumento da taxa de incidência de tuberculose; diminuição da taxa de internação por infarto agudo do miocárdio e por acidente vascular cerebral; e aumento das taxas de prevalência das hepatites virais B e C.
- B) Diminuição da taxa de prevalência de hanseníase; diminuição da taxa de mortalidade por tuberculose; diminuição das taxas de letalidade por infarto agudo do miocárdio e por acidente vascular cerebral; e diminuição das taxas de prevalência das hepatites virais B e C.
- C) Aumento da taxa de prevalência de hanseníase; diminuição da taxa de mortalidade proporcional por tuberculose; diminuição dos coeficientes de prevalência de diabetes melito e hipertensão arterial; e diminuição das taxas de mortalidade por hepatites virais B e C.
- D) Aumento da taxa de detecção de casos novos de hanseníase em crianças; aumento da taxa de cura da tuberculose; diminuição das taxas de mortalidade por diabetes melito e hipertensão arterial; e diminuição das taxas de letalidade por hepatites virais B e C.

## Questão 33

O gráfico a seguir mostra a evolução da taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, por mil nascidos vivos, no Brasil e em suas regiões, entre 2004 e 2013.

Considerando os dados epidemiológicos apresentados no gráfico acima e a realidade brasileira no período avaliado, é correto afirmar que a sífilis congênita no país apresenta



- A) Taxas de incidência crescentes devido à busca ativa de gestantes para o pré-natal e, conseqüentemente, ao diagnóstico precoce da doença na gestante.
- B) Taxas de incidência crescentes devido ao baixo índice de tratamento adequado à gestante durante o pré-natal, o que reflete na manutenção da cadeia de transmissão vertical da doença.
- C) Situação epidemiológica controlada, sendo o aumento verificado na taxa de incidência da doença nos últimos anos devido à melhora no sistema de notificação compulsória da doença.
- D) Situação epidemiológica controlada, sendo o aumento verificado na taxa de incidência da doença nos últimos anos devido ao aumento na captação e diagnóstico das gestantes a partir da expansão da cobertura de atenção primária.

## Questão 34

A tuberculose (TB) é um problema de Saúde Pública no Brasil. A identificação precoce de pessoas com TB é imprescindível para a quebra da cadeia de transmissão da doença. No Brasil, em 2008, a TB foi a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte em pacientes com Aids. Com o aumento do número de casos de pacientes com Aids na população prisional, eleva-se a quantidade de pacientes com TB. Neste cenário, o indicador que expressa o número de casos novos da doença nesta população no período de 1 ano é:

- A) letalidade.
- B) incidência.
- C) morbidade.
- D) prevalência.
- E) mortalidade.

## Questão 35

A secretaria de saúde de um município está em processo de compra emergencial de kits para detecção sorológica de dengue. Conforme deliberação do Centro de Vigilância em Saúde do Estado, o município precisa de um exame que tenha elevada probabilidade de identificar os pacientes “verdadeiros positivos” entre os indivíduos realmente portadores de dengue. Na tomada de decisão para a compra desses kits, essa probabilidade deverá ser procurada sob que termo?

- A) Razão de verossimilhança de um resultado de teste positivo.
- B) Valor preditivo positivo.
- C) Confiabilidade.
- D) Sensibilidade.
- E) Especificidade



## Questão 36

Na tabela a seguir, são apresentadas as distribuições, por região do Brasil, dos óbitos de crianças com até um ano de vida, segundo faixa etária, para o ano de 2013. Considerando os dados apresentados nessa tabela, assinale a alternativa que apresenta a faixa etária com maior taxa de mortalidade no Brasil em 2013, e as principais causas de óbito a ela associadas:

- A) Entre 0 e 6 dias, por anormalidades congênitas e afecções perinatais.
- B) Entre 7 e 27 dias, por doenças infecciosas e de origem nutricional.
- C) Entre 0 e 6 dias, por doenças infecciosas e fatores socioambientais.
- D) Entre 28 e 364 dias, por causas relacionadas à assistência direta ao parto.

Região	Período do óbito			Nascidos vivos
	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 a 364 dias	
Região Norte	2572	781	1810	313272
Região Nordeste	7114	1885	3717	821458
Região Sudeste	6834	2551	4363	1147827
Região Sul	2083	725	1332	386983
Região Centro-Oeste	1648	537	1012	234887

Disponível em: <data> gov.br. Acesso em: 17 mai. 2017.

## Questão 37

Considere que, em uma cidade de dois milhões de habitantes, houve 400 casos de gripe pelo vírus H1N1, no ano de 2009. Oito pessoas faleceram. O cálculo do coeficiente de letalidade das infecções pelo vírus H1N1 nessa cidade resulta em que valor?

- A) 0,000004
- B) 0,0002
- C) 0,02
- D) 0,04
- E) 0,2

## Questão 38

Considere uma comunidade rural, onde um número aparentemente elevado de neonatos com má formação congênita é atribuído pelas mães agricultoras aos agrotóxicos utilizados na lavoura. Ao realizar um estudo de coorte retrospectivo dos nascimentos ocorridos na cidade nos últimos três anos, foi encontrado um risco relativo igual a 1,5, com um intervalo de confiança de 95%, entre 1,02 e 2,57. Qual a interpretação desse estudo?

- A) Mães agricultoras têm risco 50% maior de conceber filhos com má formação congênita em relação a mães não-agricultoras.
- B) Mães agricultoras têm risco 95% maior de conceber filhos com má formação congênita em relação a mães não-agricultoras.
- C) Mães agricultoras têm risco 102% maior de conceber filhos com má formação congênita em relação a mães não-agricultoras.
- D) Mães agricultoras têm risco 150% maior de conceber filhos com má formação congênita em relação a mães não-agricultoras.
- E) Mães agricultoras têm risco 257% maior de conceber filhos com má formação congênita em relação a mães não-agricultoras.

07.

(A)

08.

~~(A)~~

(B)

09.

(A)

(B)

10.

(A)

(B)

11.

(A)

(B)

(C)

(B)

(C)

(B)

(C)

(B)

(C)

(D)

(D)

(D)

# GABARITO

SUS & Saúde Coletiva

## Questão 01 - C

A atenção básica é a principal porta de entrada no SUS e deve resolver a maioria dos problemas de saúde, devendo ser encaminhado apenas os casos que não podem ser resolvidos na atenção primária, como a realização de exames ou consultas com especialistas. O paciente da questão não apresenta complexidade para ser direcionado ao especialista, podendo fazer seu segmento na atenção básica.

## Questão 02 - C

O princípio da integralidade está relacionado à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. A integralidade contempla as ações de prevenção, promoção, cura e recuperação da saúde.

## Questão 03 - A

Segundo a Fiocruz: A 'integralidade' como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema."

## Questão 04 - B

Conforme a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Portaria no 1.378, de 9 de Julho de 2013. União: Distribuição de as seringas e vacinas Estado: garantia da realização de análises laboratoriais de interesse da Vigilância Municípios: Aplicação de vacinas

## Questão 05 - C

Encaminhar para discussão plenária que conta com a participação de todos envolvidos no município com o SUS.

## Questão 06 - C

## Questão 10 - C

## Questão 07 - A

## Questão 11 - A

## Questão 08 - E

## Questão 12 - B

## Questão 09 - A

## Questão 13 - B

## Questão 14 - B

A ambivalência é um conflito de sentimentos em que o paciente sabe que está fazendo errado, mas não consegue mudar. A confrontação da negação é perigosa, uma vez que, ao ser confrontado, o paciente se torna mais resistente. Repetir várias vezes o aconselhamento parece não funcionar, uma vez que o paciente tem vários fatores de risco cardiovascular e ainda não se conscientizou disso.

## Questão 15 - A

O conceito de prevenção quaternária é evitar danos associados a intervenções médicas como excesso de medicações ou cirurgias desnecessárias. No caso apresentado em que se suspeitava de Déficit de atenção, o tratamento seria medicamentoso, porém o médico solucionou o problema sem a necessidade de usar medicação, evitando assim iatrogenia.

## Questão 16 - B

É importante estarmos atentos, os níveis de atenção dividem-se em primário, secundário e terciário e níveis de prevenção em primária, secundária, terciária, quaternária

## Questão 17 - A

## Questão 24 - C

## Questão 18 - A

## Questão 25 - B

## Questão 19 - B

## Questão 26 - D

## Questão 20 - D

## Questão 27 - B

## Questão 21 - A

## Questão 28 - A

## Questão 22 - D

## Questão 23 - D



## Questão 29 - A

Um dos métodos utilizados para rastrear a adesão ao tratamento para hipertensão, é o rastreamento de receitas ou de reabastecimento de comprimidos em farmácias, pois assim se pode saber se a porcentagem da população que utiliza a farmácia para retirar esses medicamentos está de acordo com a porcentagem da população hipertensa.

## Questão 30 - B

## Questão 31 - B

## Questão 32 - A

A busca ativa para hanseníase causará um aumento no número de casos novos. A busca ativa de sintomáticos respiratórios levará a um maior número de diagnósticos de TB. A orientação alimentar para o grupo de diabéticos e hipertensos diminuirá as complicações dessas patologias, como os casos de infarto por exemplo. A realização dos testes para hepatite levará a um aumento no número de incidência dos casos, e logo aumento da prevalência.

## Questão 33 - B

## Questão 34 - B

## Questão 35 - D

## Questão 36 - A

O gráfico nos informa que a maior taxa de mortalidade ocorre no período de 0 a 6 dias e nascimento. A principal causa de morte nesse período é por afecções perinatais.

## Questão 37 - C

## Questão 38 - A

re  
vali  
da



Seja médico  
no Brasil



[www.qualitycursosmedicos.com](http://www.qualitycursosmedicos.com)  
[@QualityHealthCursos](https://www.instagram.com/QualityHealthCursos)

[contato@qualitycec.com](mailto:contato@qualitycec.com)

+55 45 3573-6548 | +55 45 99127-4121