



CÓD: OP-156DZ-23
7908403547470

SÃO FIDELIS-RJ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FIDELIS - RIO DE JANEIRO

Agente Comunitário de Saúde

EDITAL Nº 01, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2023

Língua Portuguesa

1. Leitura, interpretação e compreensão de textos.....	5
2. A significação das palavras no texto.....	5
3. Emprego das classes de palavras.....	6
4. Pontuação.....	12
5. Acentuação gráfica.....	16
6. Ortografia.....	17
7. Fonética e fonologia.....	17
8. Termos essenciais da oração.....	19
9. Classificação das palavras quanto ao número de sílabas e quanto à disposição da sílaba tônica.....	23
10. Tempos e modos verbais.....	23
11. Rescrita de frases.....	23

Matemática

1. Sequências lógicas envolvendo números, letras e figuras.....	35
2. Geometria básica.....	36
3. Conjuntos numéricos.....	48
4. Equações do 1º e 2º graus. Sistemas de equações.....	53
5. Criptografia.....	56
6. Conjuntos: as relações de pertinência, inclusão e igualdade; operações entre conjuntos, união, interseção e diferença.....	57
7. Comparações.....	59
8. Numeração.....	59
9. Razão e proporção.....	60
10. Regra de três.....	62
11. Porcentagem.....	63
12. Probabilidade.....	65

Informática

1. Conhecimentos básicos de microcomputadores PC-Hardware.....	67
2. Noções de Sistemas Operacionais.....	67
3. MS-DOS.....	69
4. Noções de sistemas de Windows.....	70
5. Noções do processador de texto MS-Word para Windows. Noções da planilha de cálculo MS-Excel.....	77
6. Noções básicas de Banco de dados.....	82
7. Comunicação de dados.....	84
8. Conceitos gerais de equipamentos e operacionalização.....	85
9. Conceitos básicos de Internet.....	88

Legislação Específica

1. Lei Orgânica do Município.....	97
-----------------------------------	----

Conhecimentos Específicos **Agente Comunitário de Saúde**

1. Cadastro familiar e territorial: finalidade e instrumentos;	127
2. Interpretação demográfica;	130
3. Indicadores epidemiológicos	130
4. Técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/doenças da população;	131
5. Critérios operacionais para definição de prioridades: indicadores socioeconômicos, culturais e epidemiológicos;.....	139
6. Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade em saúde coletiva;.....	140
7. Estratégia de avaliação em saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas;.....	141
8. Conceitos e critérios de qualidade da atenção à saúde: acessibilidade, humanização do cuidado, satisfação do usuário e do trabalhador, equidade, outros;	143
9. Sistema de informação em saúde;.....	156
10. Condições de risco social: violência, desemprego, infância desprotegida, processos migratórios, analfabetismo, ausência ou insuficiência de infraestrutura básica, entre outros;	159
11. Promoção da saúde: conceitos e estratégias; Principais problemas de saúde da população e recursos existentes para o enfrentamento dos problemas;	166
12. Formas de aprender e ensinar em educação popular; Cultura popular e sua relação com os processos educativos;.....	168
13. Participação e mobilização social: conceitos, fatores facilitadores e/ou dificuldades da ação coletiva de base popular.....	169
14. Saúde da criança	172
15. Do adolescente	186
16. Do idoso	189
17. das pessoas com deficiência	195
18. Noções de cidadania	197
19. O Sistema Único de Saúde (SUS);.....	198
20. História do PACS/ESf	199
21. O Agente Comunitário de Saúde um agente de mudanças.	199
22. Meio Ambiente: (Água, solo e poluição).....	200
23. Saúde Bucal.....	201
24. Alimentação e Nutrição.	202
25. A saúde nas diversas fases da vida: (Transformações do Corpo Humano, Gestação, Pré-Natal e o ACS, Riscos na Gravidez, Direito da Gestante, cuidados básicos ao recém-nascido, imuniza�o, Puerpério: Um tempo para o Resguardo, Direitos da Criança, Amamenta�o, Critérios de Risco Infantil, Crescimento e Desenvolvimento, Doenças mais Comuns na Infância, Acidentes e Violência � Criança	207
26. Planejamento Familiar,	210
27. Puberdade e Adolescência,.....	211
28. Direito e saúde do Idoso,	211
29. Preven�o de Acidentes.....	211
30. Educa�o em saúde.	215
31. Dengue.....	215
32. �tica profissional.	233

Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social

O principal objetivo desse componente é fomentar o desenvolvimento de ações educativas para a mudança de comportamento e a adoção de práticas para a manutenção de o ambiente domiciliar preservado da infestação por *Aedes aegypti*, observadas a sazonalidade da doença e as realidades locais quanto aos principais criadouros.

A comunicação social terá como objetivo divulgar e informar sobre ações de educação em saúde e mobilização social para mudança de comportamento e de hábitos da população, buscando evitar a presença e a reprodução do *Aedes aegypti* nos domicílios, por meio da utilização dos recursos disponíveis na mídia.

a) Ações de Educação e Mobilização Social

- Elaborar, em todos os municípios, um programa de educação em saúde e mobilização social, contemplando estratégias para: Promover a remoção de recipientes nos domicílios que possam se transformar em criadouros de mosquitos; Divulgar a necessidade de vedação dos reservatórios e caixas de água; Divulgar a necessidade de desobstrução de calhas, lajes e ralos;

- Implementar medidas preventivas para evitar proliferação de *Aedes aegypti* em imóveis desocupados;

- Promover orientações dirigidas a imóveis especiais (escolas, unidades básicas de saúde, hospitais, creches, igrejas, comércio, indústrias, etc.);

- Organizar o Dia Nacional de Mobilização contra a dengue, em novembro;

- Implantar ações educativas contra a dengue na rede de ensino básico e fundamental;

- Divulgar informações aos prefeitos sobre as ações municipais que devem ser desenvolvidas e as estratégias a serem adotadas;

- Incentivar a participação da população na fiscalização das ações de prevenção e controle da dengue executadas pelo Poder Público;

- Constituir Comitês Nacional e Estaduais de Mobilização com participação dos diversos segmentos da sociedade.

b) Ações de Comunicação Social

- Veicular campanha publicitária durante todo o ano, com ênfase nos meses que antecedem o período das chuvas;

- Promover entrevistas coletivas com gestores da área de saúde para divulgar o PNCD;

- Inserir conteúdos de educação em saúde, prevenção e controle da dengue nos programas de grande audiência, formadores de opinião pública;

- Adotar mecanismos de divulgação (imprensa, "Voz do Brasil", cartas aos órgãos legislativos e conselhos estaduais e municipais de saúde) do PNCD;

- Manter a mídia permanentemente informada, por meio de comunicados ou notas técnicas, quanto à situação da implantação do PNCD.

c) Capacitação de Recursos Humanos

O objetivo principal deste componente é capacitar profissionais das três esferas de governo, para maior efetividade das ações nas áreas de vigilância epidemiológica, entomológica, assistência ao doente e operações de campo.

Ações

Realizar capacitação de:

- 6.360 supervisores de campo para aperfeiçoamento das operações de combate ao vetor;

- 18.100 supervisores do PACS/PSF para a inserção das ações de prevenção e controle da dengue na atenção básica;

- 150 técnicos/multiplicadores para aperfeiçoamento das atividades de vigilância epidemiológica;

- 700 médicos/multiplicadores para a melhoria da assistência aos pacientes com dengue grave e febre hemorrágica da dengue;

- 166.487 agentes comunitários de saúde nas ações de prevenção e controle da dengue;

- 54 profissionais/multiplicadores para ações de saneamento ambiental;

- 54 profissionais/multiplicadores para ações de comunicação e mobilização social;

- 26.000 agentes de controle de endemias, cedidos pela FUNASA aos estados e municípios, por meio do Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde (Proformar).

Legislação

O objetivo desse componente é fornecer suporte para que as ações de prevenção e controle da dengue sejam implementadas com a cobertura e intensidade necessárias para a redução da infestação por *Aedes aegypti* a índices inferiores a 1%.

Ações

- Elaborar instrumento normativo padrão para orientar a ação do Poder Público municipal e/ou estadual na solução dos problemas de ordem legal encontrados na execução das atividades de prevenção e controle da dengue, tais como casas fechadas, abandonadas e aquelas onde o proprietário não permite o acesso dos agentes, bem como os estabelecimentos comerciais e industriais com repetidas infestações por *Aedes aegypti*.

- Acompanhar a efetiva aplicação da Resolução Conama nº 258/1999, que dispõe sobre a destinação de pneus inservíveis e estabelece o recolhimento de pneus produzidos nas seguintes proporções: 2002 - 25%, 2003 - 50%, 2004 - 100% e a partir de 2005 - 125%;

- Desenvolver ações visando à aprovação de leis que estabeleçam normas para destinação final de garrafas plástica do tipo PET.

Sustentação Político-Social

Este componente tem como objetivo sensibilizar e mobilizar os setores políticos, com vistas a assegurar o aporte financeiro e a articulação Inter setorial necessários à implantação e execução do Programa.

Ações

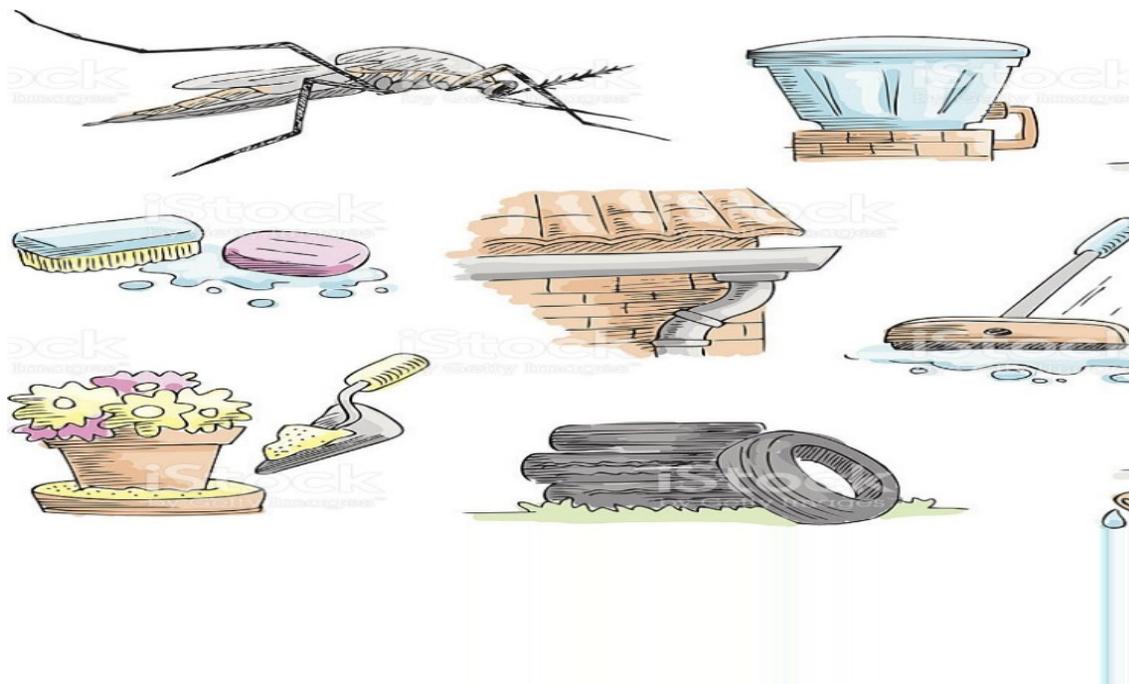
- Realizar reunião com governadores dos estados para apresentação do PNCD e obtenção da prioridade política;

- Realizar reuniões regionais com todos os secretários estaduais de saúde, secretários municipais de saúde das capitais e de municípios com população superior a 100.000 habitantes para discutir a implantação e manutenção do PNCD.

Por sua estreita associação com o homem, o *Aedes aegypti* é, essencialmente, mosquito urbano, encontrado em maior abundância em cidades, vilas e povoados. Entretanto, no Brasil, México e Colômbia, já foi localizado em zonas rurais, provavelmente transportado de áreas urbanas em vasos domésticos, onde se encontravam ovos e larvas (OPAS/OMS).

Os mosquitos se desenvolvem através de metamorfose completa, e o ciclo de vida do *Aedes aegypti* compreende quatro fases: ovo, larva (quatro estágios larvários), pupa e adulto.

Sinais e Sintomas



Não há tratamento específico para Dengue.

Os cuidados são:

- Tratar os sintomas;
- Fazer repouso;
- Ingerir muito líquido

Vacina

Em Julho de 2016 começou a ser comercializada a primeira vacina contra Dengue no Brasil, a **DENVAXIA** na qual foi desenvolvida pela empresa francesa Sanofi Pasteur.

Ela é feita com vírus atenuados e é tetravalente, ou seja, protege contra os quatro sorotipos de dengue existentes, ela pode ser adquirida nas clínicas e hospitais particulares e está disponível para faixa etária de 9 a 45 anos.

Dosagem: são 3 doses com intervalos de 6 meses a cada dose, essa vacina não promete imunização total contra o vírus e sim de 66 % o que não é considerável alta, já que as vacinas consideradas de imunização alta são de 90%, porém possui a capacidade de reduzir os casos graves como a Dengue hemorrágica.

Obs.: não possui ação contra Zika e Chikungunya.

A vacinação contra a dengue ainda não é recomendada para grávidas, lactantes e pessoas com doenças imunológicas.

Quando aparecer os sintomas, é importante procurar um serviço de saúde mais próximo, fazer repouso e ingerir bastante líquido e **NUNCA TOMAR REMÉDIO POR CONTA, PODE AGRAVAR O CASO.**

Prevenção

Além das campanhas massivas de prevenção, realizadas nos diversos níveis de governança, é preciso buscar novas ferramentas para combater o mosquito. O Ministério da Saúde alerta que o combate ao mosquito faça parte da nossa rotina, parece clichê mas depende de nós.

Larva

Como o *Aedes aegypti* é um inseto holometabólico, a fase larvária é o período de alimentação e crescimento. As larvas passam a maior parte do tempo alimentando-se principalmente de material orgânico acumulado nas paredes e fundo dos depósitos.

As larvas possuem quatro estágios evolutivos. A duração da fase larvária depende da temperatura, disponibilidade de alimento e densidade das larvas no criadouro. Em condições ótimas, o período entre a eclosão e a pupação pode não exceder a cinco dias. Contudo, em baixa temperatura e escassez de alimento, o 4º estágio larvário pode prolongar-se por várias semanas, antes de sua transformação em pupa.

A larva do *Aedes aegypti* é composta de cabeça, tórax e abdômen. O abdômen é dividido em oito segmentos. O segmento posterior e anal do abdômen tem quatro brânquias lobuladas para regulação osmótica e um sifão ou tubo de ar para a respiração na superfície da água.

O sifão é curto, grosso e mais escuro que o corpo. Para respirar, a larva vem à superfície, onde fica em posição quase vertical. Movimenta-se em forma de serpente, fazendo um S em seu deslocamento. É sensível a movimentos bruscos na água e, sob feixe de luz, desloca-se com rapidez, buscando refúgio no fundo do recipiente (fotofobia).

Na pesquisa, é preciso que se destampe com cuidado o depósito e, ao incidir o jato de luz, percorrer, rapidamente, o nível de água junto à parede do depósito. Com a luz, as larvas se deslocam para o fundo. Tendo em vista a maior vulnerabilidade nesta fase, as ações do PEAa devem, preferencialmente, atuar na fase larvária.

Pupa

As pupas não se alimentam. É nesta fase que ocorre a metamorfose do estágio larval para o adulto. Quando inativas se mantêm na superfície da água, flutuando, o que facilita a emergência do inseto adulto.

O estado pupal dura, geralmente, de dois a três dias. A pupa é dividida em cefalotórax e abdômen. A cabeça e o tórax são unidos, constituindo a porção chamada cefalotórax, o que dá à pupa, vista de lado, a aparência de uma vírgula. A pupa tem um par de tubos respiratórios ou trompetas, que atravessam a água e permitem a respiração.

Adulto

O adulto de *Aedes aegypti* representa a fase reprodutora do inseto. Como ocorre com grande parte dos insetos alados, o adulto representa importante fase de dispersão. Entretanto, com o *Aedes aegypti* é provável que haja mais transporte passivo de ovos e larvas em recipientes do que dispersão ativa pelo inseto adulto.

O *Aedes aegypti* é escuro, com faixas brancas nas bases dos segmentos tarsais e um desenho em forma de lira no mesonoto. Nos espécimes mais velhos, o desenho da lira pode desaparecer, mas dois tufos de escamas branco-prateadas no clipeo, escamas claras nos tarsos e palpos permitem a identificação da espécie.

O macho se distingue essencialmente da fêmea por possuir antenas plumosas e palpos mais longos. Logo após emergir do estágio pupal, o inseto adulto procura pousar sobre as paredes do recipiente, assim permanecendo durante várias horas, o que permite o endurecimento do exoesqueleto, das asas e, no caso dos machos, a rotação da genitália em 180º. Dentro de 24 horas após, emergirem, podem acasalar, o que vale para ambos os sexos.

O acasalamento geralmente se dá durante o voo, mas, ocasionalmente, pode se dar sobre uma superfície, vertical ou horizontal. Uma única inseminação é suficiente para fecundar todos os ovos que a fêmea venha a produzir durante sua vida. As fêmeas se alimentam mais frequentemente de sangue, servindo como fonte de repasto a maior parte dos animais vertebrados, mas mostram marcada predileção pelo homem (antropofilia).

O repasto sanguíneo das fêmeas fornece proteínas para o desenvolvimento dos ovos. Ocorre quase sempre durante o dia, nas primeiras horas da manhã e ao anoitecer. O macho alimenta-se de carboidratos extraídos dos vegetais. As fêmeas também se alimentam da seiva das plantas. Em geral, a fêmea faz uma postura após cada repasto sanguíneo.

O intervalo entre a alimentação sanguínea e a postura é, em regra, de três dias, em condições de temperatura satisfatórias. Com frequência, a fêmea se alimenta mais de uma vez, entre duas sucessivas posturas, em especial quando perturbada antes de totalmente ingurgitada (cheia de sangue). Este fato resulta na variação de hospedeiros, com disseminação do vírus a vários deles.

A oviposição se dá mais frequentemente no fim da tarde. A fêmea grávida é atraída por recipientes escuros ou sombreados, com superfície áspera, nas quais deposita os ovos. Prefere água limpa e cristalina ao invés de água suja ou poluída por matéria orgânica.

A fêmea distribui cada postura em vários recipientes. É pequena a capacidade de dispersão do *Aedes aegypti* pelo voo, quando comparada com a de outras espécies. Não é raro que a fêmea passe toda sua vida nas proximidades do local de onde eclodiu, desde que haja hospedeiros. Poucas vezes a dispersão pelo voo excede os 100 metros.

Entretanto, já foi demonstrado que uma fêmea grávida pode voar até 3Km em busca de local adequado para a oviposição, quando não há recipientes apropriados nas proximidades. A dispersão do *Aedes aegypti* a grandes distâncias se dá, geralmente, como resultado do transporte dos ovos e larvas em recipientes.

Quando não estão em acasalamento, procurando fontes de alimentação ou em dispersão, os mosquitos buscam locais escuros e quietos para repousar. A domesticidade do *Aedes aegypti* é ressaltada pelo fato de que ambos os sexos são encontrados em proporções semelhantes dentro das casas (endofilia).

O *Aedes aegypti* quando em repouso é encontrado nas habitações, nos quartos de dormir, nos banheiros e na cozinha e, só ocasionalmente, no peridomicílio. As superfícies preferidas para o repouso são as paredes, mobília, peças de roupas penduradas e mosquiteiros.

Quando o *Aedes aegypti* está infectado pelo vírus do dengue ou da febre amarela, pode haver transmissão transovariana destes, de maneira que, em variável percentual, as fêmeas filhas de um espécime portador nascem já infectadas (OPAS/OMS).

Os adultos de *Aedes aegypti* podem permanecer vivos em laboratório durante meses, mas, na natureza, vivem em média de 30 a 35 dias. Com uma mortalidade diária de 10%, a metade dos mosquitos morre durante a primeira semana de vida e 95% durante o primeiro mês.

Transmissores Silvestres

Os mosquitos que transmitem a febre amarela silvestre pertencem aos gêneros *Haemagogus* (*Haemagogus janthinomys*, *Haemagogus leucocelaenus*, *Haemagogus capricornii*, *Haemagogus spegazzinii*) e *Sabethes* (*Sabethes cloropterus*).

1881 - Comprovação pelo médico cubano Carlos Finlay, que o *Stegomyia fasciata* ou *Aedes aegypti* é o transmissor da febre amarela.

1898 - Adolpho Lutz observa casos de febre amarela silvestre no interior do Estado de São Paulo na ausência de larvas ou adultos de *Stegomyia* (fato na ocasião não convenientemente considerado).

1899 - Emílio Ribas informa sobre epidemia no interior de São Paulo, em plena mata virgem, quando da abertura do Núcleo Colonial Campos Sales, sem a presença do *Stegomyia* (também não foi dada importância a esse acontecimento).

1901 - Com base na teoria de Finlay, Emílio Ribas inicia, na cidade de Sorocaba SP, a primeira campanha contra a febre amarela, adotando medidas específicas contra o *Aedes aegypti*.

1903 - Oswaldo Cruz é nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública e inicia a luta contra a doença, que considerava uma vergonha nacional, criando o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela.

1909 - Eliminada a febre amarela da capital federal (Rio de Janeiro).

1919 - Surtos de febre amarela em seis Estados do Nordeste. Instala-se o serviço anti-mariquito no Recife.

1920 - Diagnosticado o primeiro caso de febre amarela silvestre no Brasil, no Sítio Mulungu, Município de Bom Conselho do Parnaíba em Pernambuco. A febre amarela deixa de ser considerada doença de cidade.

1928 a 1929 - Nova epidemia de febre amarela, no Rio de Janeiro, com a confirmação de 738 casos, leva o Professor Clementino Fraga a organizar nova campanha contra a febre amarela, cuja base era o combate ao mosquito na sua fase aquática.

1931 - O governo brasileiro assina convênio com a Fundação Rockefeller. O Serviço de Febre Amarela é estendido a todo o território brasileiro. O convênio é renovado sucessivamente até 1939. Técnica adotada: combate às larvas do *Aedes aegypti* mediante a utilização de petróleo.

1932 - Primeira epidemia de febre amarela silvestre conhecida foi no Vale do Canaã, no Espírito Santo.

1938 - É demonstrado que os mosquitos silvestres *Haemagogus capricornii* e *Haemagogus leucocelaenus* podem ser transmissores naturais da Febre Amarela. Mais tarde, comprova-se que *Haemagogus spegazzinii*, *Aedes scapularis*, o *Aedes fluviatilis* e *Sabethes cloropterus* são também transmissores silvestres.

1940 - É proposta a erradicação do *Aedes aegypti*, como resultado do sucesso alcançado pelo Brasil na erradicação do *Anopheles gambiae*, transmissor da malária que, vindo da África, havia infestado grande parte do Nordeste do país.

1947 - Adotado o emprego de dicloro-difenil-tricloroetano (DDT) no combate ao *Aedes aegypti*;

1955 - Eliminado o último foco de 1955 *Aedes aegypti* no Brasil.

1958 - A XV Conferência Sanitária Panamericana, realizada em Porto Rico, declara erradicado do território brasileiro o *Aedes aegypti*. 1967 - Reintrodução do *Aedes aegypti* na cidade de Belém, capital do Pará e em outros 23 Municípios do Estado.

1969 - Detectada a presença de *Aedes aegypti* em São Luís e São José do Ribamar, no Maranhão.

1973 - Eliminado o último foco de *Aedes aegypti* em Belém do Pará. O vetor é mais uma vez considerado erradicado do território brasileiro.

1976 - Nova reintrodução do vetor no Brasil, na cidade de Salvador, capital da Bahia.

1978 a 1984 - Registrada a presença do vetor em quase todos os Estados brasileiros, com exceção da região amazônica e extremo-sul do país.

1986 - Em julho, é encontrado, pela primeira vez no Brasil, o *Aedes albopictus*, em terreno da Universidade Rural do Estado do Rio de Janeiro (Município de Itaguaí).

1994 - Dos 27 Estados brasileiros, 18 estão infestados pelo *Aedes aegypti* e, seis pelo *Aedes albopictus*.

1995 - Em 25 dos 27 Estados, foi detectado o *Aedes aegypti* e, somente nos Estados do Amazonas e Amapá, não se encontrou o vetor.

1998 - Foi detectada a presença do *Aedes aegypti* em todos Estados do Brasil, com 2.942 Municípios infestados, com transmissão em 22 Estados, *Aedes albopictus* presente em 12 Estados.

1999 - Dos 5.507 Municípios brasileiros existentes, 3.535 estavam infestados. – Destes Municípios em 23 Estados e o Distrito Federal apresentaram transmissão do dengue.

Organização das Operações de Campo

As atividades operacionais de campo serão desenvolvidas em uma área de abrangência restrita, denominada zona (área de zoneamento), que corresponderá à área zona de atuação e responsabilidade de um agente de saúde.

Cada zona deverá ter de 800 a 1.000 imóveis. Assim, deverá existir maior vínculo e identificação do agente de saúde pública com a comunidade, onde ele desenvolve o seu trabalho.

A descentralização das operações de campo deve implicar a incorporação de novas atividades e serviços aos Estados e Municípios, o que, por sua vez, deve determinar o desenvolvimento de novos modelos de organização adequados a cada caso particular, preservando as diretrizes gerais do SUS.

Atribuições

Agente de saúde

Na organização das atividades de campo o agente é o responsável por uma zona fixa de 800 a 1.000 imóveis, visitados em ciclos bimensais nos municípios infestados por *Aedes aegypti*. Ele tem como obrigação básica: descobrir focos, destruir e evitar a formação de criadouros, impedir a reprodução de focos e orientar a comunidade com ações educativas.

Suas atribuições no combate aos vetores são:

- Realizar a pesquisa larvária em imóveis para levantamento de índice e descobrimento de focos nos municípios infestados e em armadilhas e pontos estratégicos nos municípios não infestados;
- Realizar a eliminação de criadouros tendo como método de primeira escolha o controle mecânico (remoção, destruição, vedação, etc.);
- Executar o tratamento focal e perifocal como medida complementar ao controle mecânico, aplicando larvicidas autorizados conforme orientação técnica;
- Orientar a população com relação aos meios de evitar a proliferação dos vetores;
- Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual indicados para cada situação;
- Repassar ao supervisor da área os problemas de maior grau de complexidade não solucionados;
- Manter atualizado o cadastro de imóveis e pontos estratégicos da sua zona;

- duas pesca-larvas de nylon de cores diferentes, sendo um para coletar amostras de focos em água potável e outro para água suja;
- escova pequena;
- espelho pequeno, para examinar depósitos pela reflexão da luz do sol;
- flanela;
- fita ou escala métrica;
- formulários para registro de dados, em quantidade suficiente para um dia de trabalho.
- inseticida, em quantidade suficiente, para o trabalho de um dia;
- lâmpada (foquito) sobressalente;
- lápiz de cera, azul ou preto;
- lápis grafite com borracha;
- lanterna de três elementos em boas condições;
- lixa para madeira;
- manual de instruções;
- medidas para uso do temephós (abate), colher das de sopa 20g e colher das de café 5g;
- pasta de percalina para guarda de papéis;
- prancheta;
- picadeira;
- pipeta tipo conta-gotas;
- plástico preto;
- sacos plásticos com capacidade para 1kg para guardar o pesca-larvas;
- tabela para emprego de temephós (abate);
- tubitos e etiqueta para focos;
- três pilhas.

Estes materiais e equipamentos não são utilizados no trabalho de rotina do agente de LI e tratamento focal. Devem ser previstos para as atividades de tratamento perifocal, captura de alados e por equipes especiais de serviço complementares.

Os uniformes para o trabalho, tanto na cidade como em área rural, obedecerão a modelos previamente aprovados. Os agentes devem portar um relógio de sua propriedade, para registrar no formulário horário das visitas domiciliares.

Para facilitar seu encontro nos locais de trabalho, o servidor de campo deve dispor de bandeiras e flâmulas apropriadas, cujas cores e combinações variam de acordo com a atribuição do servidor. Devem ser colocadas em prédios e embarcações sob inspeção ou tratamento, enquanto os servidores neles permanecerem.

Bandeira: é colocada pelos agentes de saúde e supervisores na porta, janela, portão ou grade, à esquerda da sua entrada, de modo que fique perpendicular à fachada da casa, para que os supervisores gerais possam localizá-la mais facilmente.

Flâmula: é colocada em navios, edifícios de apartamentos, hotéis e vilas, ou outros aglomerados de prédios onde há um certo número de residências ou locais com porta de acesso em comum para a rua.

Reconhecimento geográfico (RG)

O reconhecimento geográfico é atividade prévia e condição essencial para a programação das operações de campo, de pesquisa entomológica e tratamento químico.

Instruções com mais riqueza de detalhes estão disponíveis no Manual de Reconhecimento Geográfico. Aqui se faz referência apenas a marcação de quarteirões e informações sucintas sobre numeração de imóveis.

Nos centros urbanos, onde exista numeração oficial dos imóveis, essa identificação será respeitada, devendo-se apenas numerar os quarteirões existentes.

Nas localidades onde não exista numeração de imóveis, esta será feita provisoriamente pelo agente. Não obstante a numeração oficial, os agentes de saúde se deparam com um mesmo número, servindo para dois ou mais imóveis na mesma rua.

Quando isto ocorrer e não se obtiver a numeração real dos mesmos através de informação com o morador, adotar-se-á o seguinte:

a) Imóveis com os mesmos números na mesma rua. Exemplo: 40,40, 40. Observando o sentido de deslocamento do agente e a numeração básica do imóvel anterior, se terá: 40-2, 40-1 e 40;

b) De acordo com a orientação da visita, tomar-se-á como número base o último imóvel que recebeu numeração; Exemplo: 40, (35-2), (35-1), 35, 30.

c) Terrenos baldios: de acordo com a nova orientação para o sistema informatizado, eles serão numerados. Exemplo: 40, 36-1, 36, 28-1, 28, 21. Exemplo: Observação: 28-1 e 36-1 são terrenos baldios numerados.

d) As aglomerações que surgem rapidamente próximo às zonas urbanas, serão numeradas de um a infinito, tomando como número base do último imóvel do quarteirão mais próximo destas habitações. Ex.: 40, 40-1, 40-2, ..., 40-28, 40- 29, etc.

Nessa nova orientação, inicialmente os mapas ou croquis fornecidos pelas Prefeituras ou órgãos oficiais locais receberão análise de equipe capacitada para numerar os quarteirões existentes neles. Posteriormente, após essa numeração ter sido realizada, serão feitas as alterações necessárias, quando da numeração em campo dos quarteirões e nas atualizações sucessivas.

Os quarteirões receberão numeração crescente, do número um ao infinito. Em casos excepcionais, são facultadas mudanças na sequência numérica, como seria o caso de cidades divididas em bairros ou setores. Neste caso, a numeração se inicia e termina em cada bairro ou setor.

Quando as faces dos quarteirões (quadras) são muito extensas ou quando a escassez de imóveis torna difícil ou demorada a procura do número de identificação, a numeração nas faces poderá ser repetida tantas vezes quanto necessário. Mas, em cada esquina, só haverá um número para o quarteirão.

Em caso de substituição de número, o anterior deve ser apagado com lixa para madeira a fim de que não haja dupla numeração.

Uma vez que a área seja composta de quarteirões (quadras) completos e que possuam sinais indicativos do caminho a ser seguido pelo agente, seu itinerário fica reduzido a uma simples relação de números mesmos na ordem em que devem ser trabalhados.

Além do itinerário que lhe compete, com os quarteirões numerados, o pessoal de operação deve dispor da indicação das tarefas de cada dia e de croquis com o desenho da posição de todos os quarteirões (quadras) da área.

O agente de saúde ou o responsável pelo trabalho de supervisão deve contar com mapa dessa área e com a relação do número de imóveis existentes em cada um deles. Assim, ter-se-ão tantos croquis quantas forem as zonas de trabalho do agente de saúde.

Esses croquis deverão ser permanentemente atualizados, fazendo-se no desenho as alterações encontradas no traçado viário de ruas e quarteirões.

forma de um, descendo até o fundo do depósito. Recolhe-se então o material retido no pesca-larva, transferindo-o para pequena bacia, já contendo água limpa. Aí o material é examinado. Com o uso da pipeta sugam-se as larvas e/ou pupas que forem encontradas, transferindo-as para a palma da mão a fim de se retirar o excesso de água.

A seguir passasse o material para os tubitos com álcool dosado até um número máximo de dez tubitos. Deve-se repetir a passagem do pesca-larvas no depósito até que se tenha segurança de que já não há nenhuma larva ou pupa ou que já se tenha coletado o máximo de dez exemplares

No caso de inspeção em depósito com muita matéria orgânica, o material coletado com o pesca-larva deve ser colocado em bacia plástica com água limpa, repetindo-se essa operação sucessivamente (repassando o material da bacia para o pesca-larvas) até que o material fique limpo e possa ser observado a olho nu, permitindo assim a captura das larvas e/ou pupas com a pipeta.

Todo cuidado deve ser tomado nestas sucessivas passagens para que as larvas/ pupas não fiquem aderidas ao material retido no pesca-larvas.

Em depósitos de pequenas dimensões o conteúdo pode ser passado diretamente para o pesca-larvas (água de vasos de planta, de garrafas, pratos de plantas, bacias, baldes, outros) ou as larvas e/ou pupas coletadas diretamente com o uso de pipeta, passando para a palma da mão e a seguir, para os tubitos.

Todos os tubitos devem ser acompanhados de etiqueta de identificação, em que constarão: equipe, nome, número do agente, número da amostra e o tipo de depósito onde foi coletada a amostra. Deve ser colocada no interior do tubito, ou colada a ele. Os focos encontrados devem ser exibidos aos moradores da casa.

Nessa ocasião devem ser orientados a respeito da necessidade de proteção ou de destinação mais adequada para os depósitos.

Nos municípios negativos para *Aedes aegypti*, sob vigilância entomológica, quando a pesquisa larvária for negativa, mas forem encontradas exúvias, essas devem ser coletadas para posterior exame laboratorial.

Acondicionamento e transporte de larvas

Os exemplares coletados nos focos não devem, salvo expressa recomendação, ser transportados vivos da casa ou local de inspeção. Com isso, ficam reduzidas ao mínimo as possibilidades de dispersão por transporte do material coletado. Para isso, cada agente deve dispor de tubitos com álcool a 70% nos quais serão colocadas, no máximo, dez larvas por tipo de depósito.

Cada agente adotará uma numeração crescente para os focos larvários encontrados, a partir do número um, seguindo sequencialmente até o número 999, quando então a numeração é retomada a partir do um

Captura de alados

A captura de alados objetiva:

- Levantamento de índice;
- Vigilância em localidades não infestadas;
- Inspeção em navios e aviões.

Para a captura de alados poderão ser utilizados o puçá de filó ou algum capturador de sucção. Os mosquitos deverão ser mortos com acetato de etila e transferidos para caixas preparadas com naftalina, usadas para acondicionamento e remessa.

Os espécimes poderão ser convenientemente dispostos com ajuda de pinça de ponta fina (relojoeiro). Recomenda-se cuidado especial nessa operação para evitar danificação do material coletado, o que pode comprometer a classificação taxonômica a ser rotineiramente feita em laboratório.

Como medida de segurança, pode-se gotejar o acetato de etila na parte interna da tampa, garantindo-se com isso a imobilidade do mosquito. Todos os exemplares de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* coletados em um mesmo imóvel devem ser acondicionados num mesmo recipiente.

Estratificação entomoepidemiológica dos municípios

A estratificação dos municípios para efeito operacional do PEAa far-se-á segundo o enfoque de risco com base em dados entomo-epidemiológicos.

- **Estrato I:** áreas com transmissão de dengue clássico pelo menos por dois anos consecutivos ou não, com circulação simultânea ou sucedânea de mais de um sorotipo, com risco de ocorrência da febre hemorrágica por dengue, e/ou ocorrência de casos de FHD;

- **Estrato II:** áreas com transmissão de dengue clássico;

- **Estrato III:** áreas infestadas pelo *Aedes aegypti*;

- **Estrato IV:** áreas não infestadas (sem o vetor).

Desenho de Operação para os Estratos

Municípios infestados (estratos I, II e III):

- Levantamento de índice amostral e tratamento focal em ciclos bimensais;

- Pesquisa entomológica nos pontos estratégicos em ciclos quinzenais, com tratamento químico mensal, ou quando necessário;

- Atividades de informação, educação e comunicação em saúde (IEC), buscando a conscientização e participação comunitária na promoção do saneamento domiciliar;

- Arrastão de limpeza em municípios ou bairros visando à eliminação ou remoção dos depósitos predominantes;

- Regularização da coleta pública de lixo;

- Bloqueio da transmissão de dengue (quando necessário).

Município não infestado (estrato IV):

- Levantamento de índice amostral em ciclos quadrimensais;

- Pesquisa entomológica nos pontos estratégicos em ciclos quinzenais;

- Pesquisa entomológica com ovitrampas ou larvitrapas em ciclos semanais;

- Atividades de IEC, buscando a conscientização e participação comunitária na promoção do saneamento domiciliar;

- Regularização da coleta pública de lixo;

- Serviço marítimo ou fluvial e serviço portuário nas cidades portuárias que mantenham intercâmbio com áreas infestadas, por meio de embarcações;

- Delimitação de foco (quando necessário).

Em todos os municípios, independentemente do estrato, recomenda-se que sejam sempre priorizadas no programa as intervenções de busca e eliminação de focos do vetor, e educação em saúde, que são as medidas de maior impacto na redução das populações dos mosquitos.

Sua grande valência ecológica determina dificuldades no desenho de metodologia apropriada mas, desde que se comprovou em laboratório sua capacidade de transmissão, a espécie é potencialmente vetora. Com isso, ainda que não se confira prioridade a sua erradicação no curso das operações de combate ao *Aedes aegypti*, a identificação do *Aedes albopictus* merecerá as mesmas medidas de combate.

Levantamento de índices (LI)

É feito por meio de pesquisa larvária, para conhecer o grau de infestação, dispersão e densidade por *Aedes aegypti* e/ou *Aedes albopictus* nas localidades. O LI terá periodicidade bimensal nas localidades infestadas ou quadrimestrais naquelas não infestadas.

Rotina das áreas infestadas

Nas localidades infestadas, o levantamento de índice amostral é feito continuamente, junto com o tratamento focal (LI + T). Idealmente, a coleta de larvas para determinar os índices de infestação deve ser realizada em todos os imóveis com focos de mosquitos.

Alternativamente, a amostragem para o levantamento de índice pode ser delimitada de modo a apresentar significância estatística e garantir a representação na pesquisa larvária de todos os quarteirões (quadras) existentes na localidade. Desta maneira, elege-se como unidade de infestação o imóvel e como unidade de dispersão o imóvel quarteirão.

Os índices de Infestação Predial e de Breteau em cada localidade serão calculados por zona de trabalho. Desse modo, cada grupo de aproximadamente 1.000 imóveis (zona) terá um índice de infestação de toda a área a cada dois meses, independentemente do tamanho da localidade.

Estabelecendo-se um nível de confiança estatística de 95%, com margem de erro de 2% para uma infestação estimada em 5%, serão coletadas larvas coletadas larvas e/ou pupas em 33% coletadas larvas dos imóveis existentes na zona (LI a 1/3), que serão inspecionados na sua totalidade, ou seja, todos os imóveis são inspecionados, mas a coleta é realizada em um terço dos imóveis visitados.

Essa atividade é a única em que se enumerarão os ciclos, onde o primeiro se inicia em janeiro e o último em dezembro. Portanto, só se enumeram ciclos dentro do ano.

Levantamento amostral instantâneo

Este levantamento aplica-se às situações em que se deseja avaliar o impacto de medidas de controle vetorial, em áreas recém-infestadas ou como subsídio à supervisão do Estado e da FUNASA, para avaliar os programas municipais.

Neste caso somente os imóveis da amostra serão visitados e inspecionados. Assim, o tamanho mínimo da amostra foi determinado estabelecendo-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 2%, considerando-se uma infestação estimada de 5%.

Segundo estes parâmetros, o número de imóveis amostrados será determinado pelo número de imóveis existentes na localidade, conforme os estratos seguintes:

1. localidade com até 400 imóveis - pesquisa de 100% dos imóveis existentes;
2. localidade com 401 a 1.500 imóveis - pesquisa 33% dos imóveis, ou de 1/3 dos imóveis existentes;
3. localidades com 1.501 a 5.000 imóveis - pesquisa de 20% dos imóveis, ou de 1/5 dos imóveis existentes;
4. localidade com mais de 5.000 imóveis - pesquisa de 10% dos imóveis, ou de 1/10 dos imóveis existentes.

Exemplo: o Município de Jataí possui 17.000 imóveis, onde serão trabalhadas a sede (cidade) Jataí com 10.000 imóveis e a Vila Farnésia com 3.000. Na sede serão trabalhados 1.000 imóveis, ou seja, uma amostra de 10%, e na Vila Farnésia 600 imóveis (20%).

Nesta amostra, todos os quarteirões (ou quadras) devem ter pelo menos um imóvel inspecionado.

No caso da sede, em cada quarteirão (ou quadra) inicia-se a inspeção pelo primeiro imóvel e, com deslocamento no sentido horário, contam-se nove imóveis para a seguir inspecionar o 11º imóvel (2º da amostra). E, assim, sucessivamente. No caso do imóvel estar fechado, a inspeção se fará naquele imediatamente posterior.

Na situação anterior, para efeito de determinação do 3º imóvel da amostra, a contagem se inicia a partir do último imóvel fechado.

Durante a inspeção por amostragem, entre um imóvel e outro a ser investigado, ocasionalmente, o imóvel a ser inspecionado será um ponto estratégico (PE). Neste caso, se fará a pesquisa neste imóvel e no próximo, sendo a contagem feita a partir deste último imóvel.

Pesquisa em Pontos Estratégicos (PE)

Ponto estratégico é o local onde há grande concentração de depósitos preferenciais para a desova do *Aedes aegypti*, ou seja, local especialmente vulnerável à introdução do vetor.

Os pontos estratégicos devem ser identificados, cadastrados e constantemente atualizados, sendo inspecionados quinzenalmente.

São considerados pontos estratégicos os imóveis com grande concentração de depósitos preferenciais: cemitérios, borracharias, depósitos de sucata, depósitos de materiais de construção, garagens de transportadoras, entre outros. Em média, representam 0,4% dos imóveis existentes na localidade, ou um ponto estratégico para cada 250 imóveis.

Pesquisa em Armadilhas (PAR)

Armadilhas de oviposição são depósitos com água estrategicamente colocados em localidades negativas para localidades negativas para localidades negativas *Aedes aegypti*, com o objetivo de atrair as fêmeas do vetor para a postura dos ovos. As armadilhas são divididas em ovitrampas e larvitampas.

Ovitrampas

São depósitos de plástico preto com capacidade de 500 ml, com água e uma palheta de eucatex, onde serão depositados os ovos do mosquito. A inspeção das ovitrampas é semanal, quando então as palhetas serão encaminhadas para exames em laboratório e substituídas por outras.

As ovitrampas constituem método sensível e econômico na detecção da presença de *Aedes aegypti*, principalmente quando a infestação é baixa e quando os levantamentos, de índices larvários são pouco produtivos. São especialmente úteis na detecção precoce de novas infestações em áreas onde o mosquito foi eliminado.

Devem ser distribuídas na localidade na proporção média de uma armadilha para cada nove quarteirões, ou uma para cada 225 imóveis, o que representa três ou quatro por zona.