



CÓD: OP-031JN-24
7908403547968

MOSSORÓ-RN

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ – RIO GRANDE DO NORTE

Agente Comunitário de Saúde

EDITAL Nº 01/2023, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2023

Língua Portuguesa

1. Fonética. Encontros Vocálicos e Consonantais. Silaba e Tonicidade. Divisão Silábica.....	5
2. Morfologia	5
3. Componentes de um Vocábulo. Ortografia	5
4. Formação das Palavras.....	6
5. Significação das Palavras.....	7
6. Classes de Palavras: Substantivo, Artigo, Adjetivo, Numeral, Pronome, Verbo, Advérbio, Preposição, Conjunção e Interieção	8
7. Sintaxe.....	15
8. Concordância Nominal e Concordância Verbal.....	19
9. Acentuação Gráfica.....	21
10. Interpretação de Texto.....	22

Raciocínio Lógico

1. Raciocínio lógico. Estruturas lógicas.	29
2. Resolução de situações-problema	34
3. Reconhecimento de sequências e padrões.....	36
4. Diagramas lógicos. Avaliação de argumentos por diagramas de conjuntos	38

Sistema Único de Saúde

1. NOB/96 e NOAS 01 e 02	45
2. Sistema de vigilâncias em saúde epidemiológica	80
3. Endemias e epidemias: situação atual, medidas de controle e tratamento	81
4. Modelo Assistencial, Planejamento e programação local de saúde	83
5. Política Nacional de Humanização	83
6. Constituição Federal /88, Seção II - Da Saúde.....	92
7. Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990	93
8. Lei Federal nº 8.142 de 26/12/1990	103
9. Política Nacional de Atenção Básica à Saúde Portaria 2488/2011.....	104
10. Estratégias de Saúde da Família Núcleos de "Apoio à Saúde da Família.....	121
11. Cartilha de Direito e Deveres do usuário do SUS	122
12. redes de atenção à saúde	126
13. Política Nacional de Promoção de saúde; Promoção da saúde	127
14. Política Nacional de Educação Permanente em saúde	140
15. Modelo de atenção e processo de trabalho no SUS	141
16. Determinantes do processo saúde-doença	141
17. Políticas de saúde e história das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva histórica	142
18. reforma sanitária	143
19. Sistemas e serviços de saúde.....	143
20. Financiamento público e privado da saúde no Brasil.....	144
21. Controle social: conselhos e conferências de saúde	144
22. Conferências Nacionais de Saúde	145

ÍNDICE

23. Organização do SUS	146
24. Legislação estruturante, princípios e diretrizes do SUS; Constituição Federal de 1988; Lei 8.080/90 e Lei 8.142/920; Princípios e Diretrizes	150
25. Pacto pela Saúde, de Gestão e pela Vida	150
26. Planejamento e Gestão em saúde	168
27. Modelos de atenção à saúde	186
28. Vigilância à Saúde: noções básicas	193
29. Programas nacionais de saúde.....	194
30. Atenção Primária à Saúde: conceitos, princípios e organização no Brasil; História da APS	199
31. Estratégia de Saúde da Família: histórico, processo de implantação, organização e normatizações.....	204
32. Processo de Trabalho em Saúde	205
33. Epidemiologia básica: indicadores de saúde; sistemas de informações; métodos epidemiológicos; principais agravos de interesse público	206
34. Demografia básica: perfis nacionais, alterações recentes e perspectivas.....	208
35. interesse público.....	209

Conhecimentos Específicos Agente Comunitário de Saúde

1. Cadastramento familiar e territorial: finalidade e instrumentos	213
2. Intersetorialidade: conceito e relevância para o trabalho no território.....	216
3. Ações educativas: amamentação, prevenção de drogas, doenças crônicas, nutrição, planejamento familiar, educação sexual e prevenção de dst/aids.....	221
4. Controle social: participação e mobilização social.....	221
5. Família: conceito, tipos e estruturas familiares	224
6. Saúde da criança: cuidados ao recém-nascido, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, programa bolsa família, orientações alimentares para a criança.....	225
7. Saúde do adolescente: vacinação, sexualidade, transtornos alimentares	239
8. Saúde do adulto: vacinação, hábitos alimentares saudáveis, doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e aids..	242
9. Saúde do homem.....	251
10. Saúde da mulher	252
11. Atenção ao idoso	283
12. Saúde mental: ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas	289
13. Violência familiar: violência contra a mulher, a criança, ao adolescente, ao idoso e a pessoas portadores de deficiência física ou mental, e suas prevenções.....	301
14. Saúde bucal: cuidados na saúde bucal com criança, adolescentes e adultos.....	304
15. Proliferação de vetores, pragas e animais peçonhentos: dengue.....	304
16. Esquistossomose.....	308
17. Toxicoplasmose	310
18. Febre maculosa.....	312
19. Raiva	314
20. Estratégia de saúde da família	316
21. Noções de ética e cidadania	317
22. Políticas de saúde no brasil - sus: princípios e diretrizes	318

- Pode possuir antecedentes de maus-tratos, violência física ou sexual na infância.

O Estatuto da Criança e do Adolescente fala do direito da criança de estudar e de brincar. No artigo 4º, diz:

“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.” (BRASIL, 1990).

Violência Contra o Idoso

Os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência. Variam de insultos a agressões físicas realizadas por familiares e cuidadores (violência doméstica), maus-tratos em transportes ou instituições públicas e privadas e as decorrentes de políticas socioeconômicas, que reforçam as desigualdades presentes na sociedade (violência social).

O uso abusivo do dinheiro da aposentadoria ou da pensão dos idosos pela família revela a violência social a que está submetida grande parcela dessa população brasileira, relacionada ao quadro de pobreza e exclusão social.

Com a criação do **Estatuto do Idoso**, a questão dos maus-tratos passou a contar com um instrumento legal que “regula os direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos”, com previsão de pena pelo seu descumprimento. De acordo com o Estatuto, prevenir a ameaça ou violação dos direitos dos idosos passa a ser um dever de toda a sociedade brasileira, bem como torna obrigatória a sua denúncia aos órgãos competentes (autoridades policiais, ministérios públicos,

Conselhos do Idoso etc.).

Com frequência, os idosos nem se dão conta da violência que estão vivendo ou, então, ficam calados para proteger a família.

Alguns indicativos que podem ser uma suspeita de violência contra o idoso:

- São isolados por parentes, impedidos de sair de casa, de ter acesso ao dinheiro da aposentadoria ou pensão, quando os filhos ou parentes utilizam seus bens, patrimônio pessoal;
- São impedidos de procurar os serviços de saúde;
- Marcas, fraturas, feridas pelo corpo, sem uma explicação correta do acidente;
- Humilhações;
- Tristeza e depressão;
- Isolamento;
- Não quer conversar;
- Higiene bucal e corporal precárias;
- Magreza excessiva.

Violência Contra Pessoas Portadoras de Deficiência Física e Mental

No caso de pessoas portadoras de deficiência, a violência se manifesta de várias formas, como discriminação dentro da família, isolamento do convívio familiar e social, a família deixa de buscar os seus direitos à educação, saúde e assistência social, impedindo-os de viver com dignidade por considerá-los diferentes.

Alguns indicativos que podem ser uma suspeita de violência contra os portadores de deficiência física e mental:

- Não permitir que a pessoa saia de casa;
- Marcas de cordas, fio de luz ou outro material nos braços, pulsos, pés, tornozelos que sugiram que a pessoa estava amarrada;
- Higiene bucal e corporal precárias;
- Magreza excessiva;
- Agressividade;
- Falta de assistência de saúde, psicológica e assistência social;
- Fraturas.

Prevenção da Violência Familiar

A prevenção da violência também se faz estimulando a comunidade a pleitear junto ao prefeito que:

- Melhore a rede de apoio social das pessoas, principalmente as mais carentes;
- Invista em programas sociais que busquem a inclusão social, a melhoria da qualidade de vida, maior e melhor acesso à alimentação, à escola, à moradia e ao lazer;
- Garanta atendimento às pessoas vítimas do alcoolismo, usuários de drogas, pessoas portadoras de transtorno mental;
- Garanta um pré-natal adequado, ajudando principalmente as futuras mães mais carentes e as mais jovens;
- Garanta o acesso pleno e informado aos métodos anticoncepcionais;
- Oportunize o acesso ao trabalho e renda às famílias.

Seu papel na prevenção da violência:

- Estimular o diálogo na família;
- Estimular a prática de esportes, dança, teatro, trabalhos manuais;
- Discutir a importância de ter uma profissão para conseguir trabalho e renda;
- Discutir a importância de ter amigos, fazer parte de grupos ou associações que promovam a melhoria da qualidade de vida;
- Informar que o silêncio só protege os agressores, e não as vítimas.

Portanto, deve-se romper com o silêncio da violência.

As crianças precisam se sentir protegidas, não precisam sofrer aquilo que os pais sofreram.

Atribuições frente à violência familiar:

- Estar atento aos sinais de violência, durante a realização das visitas domiciliares de rotina, não se esquecendo de que a família é um espaço íntimo e que é preciso ter cuidado na forma de fazer as perguntas, de abordar as pessoas e de fazer as anotações;
- Procurar verificar se há situações que podem levar a casos de violência;
- Orientar que os pais ou responsáveis devem manter a calma, não ser agressivos e entender que o choro do bebê é a forma dele se comunicar;
- Ouvir com atenção o que as pessoas comentam sobre seus problemas;
- Dar apoio para aquelas que querem falar, mas não têm coragem;
- Observar mudanças de hábitos, se alguém está agindo de forma diferente, aproximar-se para entender suas reações;
- Evitar censurar comportamentos que lhe pareçam estranhos ou comentar com terceiros o que você está percebendo;

tra forma de invasão de pragas se dá por maus hábitos de higiene dos funcionários, como por exemplo, armazenar restos de alimentos em armários e higienização deficiente do local.

Mais importantes que o controle químico, as medidas preventivas têm forte impacto na redução da presença e proliferação das pragas em qualquer estabelecimento. Para evitar a entrada de insetos, devem-se verificar ralos sem proteção, portas e janelas com vedação insuficiente, sistemas de fechamento automático das portas inoperante, frestas na parede, local onde o encanamento ou tubulação adentra, grelhas quebradas ou vãos entre as telhas de fibrocimento. E nas áreas externas, evitar a presença de entulho, deixar o gramado bem aparado, acondicionar o lixo bem protegido e vedado, não deixar amontoados objetos em desuso, inspecionar os veículos de carga e evitar que caixas de madeira ou de papelão entrem no estabelecimento.

O conjunto das medidas preventivas, conscientização dos funcionários da mudança de alguns hábitos, e o controle químico terão o resultado esperado no controle de pragas nesses estabelecimentos.

São chamados de peçonhentos os animais que para caçarem ou se defenderem têm a capacidade de inocular substâncias tóxicas produzidas em glândulas especializadas de seu corpo. O meio utilizado para a inoculação dependerá da espécie do animal, que no caso das serpentes ocorrerá através dos dentes inoculadores de veneno, e nos escorpiões, através do agulhão localizado na ponta de sua cauda. É importante salientar que os animais peçonhentos agem quando se sentem ameaçados.

Existem animais que são venenosos, mas não são peçonhentos. Esses animais venenosos não possuem nenhum órgão capaz de inocular o veneno, e essa é a principal diferença entre os animais venenosos e peçonhentos.

Cobras, aranhas, escorpiões, lacraias, taturanas, vespas, formigas, abelhas e marimbondos são exemplos de animais peçonhentos, que são responsáveis por causar inúmeros acidentes, tanto nas cidades quanto nas áreas rurais.

Os sintomas provocados pela picada de animais peçonhentos irão depender da espécie do animal, quantidade de veneno injetado, condições de nutrição, peso e altura da pessoa.

Quando uma pessoa é picada por algum animal peçonhento, é importante que seja levada para um hospital imediatamente, mas podemos tomar algumas medidas até que a vítima seja atendida por uma pessoa especializada.

Ao sofrer picada de animais peçonhentos é importante que o acidentado seja levado o quanto antes para um hospital, pois a vida dele dependerá da rapidez com que o tratamento com o soro for feito. É importante que se identifique qual o animal causador do acidente; além de não fazer torniquete; não aplicar nenhum tipo de medicamento, como borra de café, folhas no local da picada; manter o órgão afetado erguido; não fazer sucção do veneno e não espremer o local da picada. Em casos de picadas de escorpiões e aranhas, pode-se fazer compressas no local para aliviar a dor.

A melhor forma de se tratar vítimas de animais peçonhentos é através da soroterapia. Esse tratamento consiste na aplicação de um concentrado de anticorpos que irá combater o veneno do animal.

Para manter esses animais longe de nossas casas é preciso que tomemos algumas medidas preventivas, como:

- Manter os quintais limpos, sem acúmulo de entulhos e lixo;
- Não colocar as mãos em frestas ou buracos no chão, cupinzeiros etc.;
- Evitar andar descalço em jardins;
- Preservar os predadores naturais dos escorpiões: corujas, macacos, sapos, galinhas e gansos;
- Combater a infestação de baratas e roedores, pois atraem animais peçonhentos;
- Manter a casa sempre limpa, principalmente atrás de móveis, cortinas e quadros; examinar calçados e roupas antes de vesti-las.

O ciclo de vida dos vetores, assim como dos reservatórios e hospedeiros que participam da cadeia de transmissão de doenças, está fortemente relacionado à dinâmica ambiental dos ecossistemas onde eles vivem sendo limitados por variáveis ambientais como temperatura, precipitação, umidade, padrões de uso e cobertura do solo. As evidências sugerem que a variabilidade climática interanual e Inter década têm apresentado influência direta sobre a biologia e ecologia de vetores e consequentemente o risco de transmissão das doenças por eles veiculadas.

Atualmente, a mudança climática tem gerado uma preocupação sobre a possível expansão da área atual de incidência de algumas doenças transmitidas por vetores. Um dos maiores efeitos da mudança climática sobre as doenças vectoriais pode ser observado nos eventos extremos, os quais introduzem uma forte flutuação no ciclo das doenças.

Os padrões de precipitação podem ter efeito a curto e em médio prazo. O aumento da precipitação tem o potencial de aumentar o número e a qualidade dos locais de reprodução dos vetores tais como mosquitos, carrapatos e caramujos. Os extremos de temperatura podem retardar ou acelerar o desenvolvimento e sobrevivência dos insetos vetores, assim como o período de incubação extrínseco de alguns patógenos.

Deve-se considerar que o clima sozinho não pode explicar toda a história natural das doenças transmitidas por artrópodes, mas que ele é um componente importante na distribuição temporal e espacial desses vetores de doenças tanto limitando a sua propagação quanto influenciando na dinâmica da transmissão.

DENGUE

Sintomas

A dengue é uma doença viral transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. A infecção por dengue pode ser assintomática, leve ou causar doença grave, levando à morte. Normalmente, a primeira manifestação da dengue é a febre alta (39° a 40°C), de início abrupto, que geralmente dura de 2 a 7 dias, acompanhada de dor de cabeça, dores no corpo e articulações, prostração, fraqueza, dor atrás dos olhos, erupção e coceira na pele. Perda de peso, náuseas e vômitos são comuns. Na fase febril inicial da doença pode ser difícil diferenciá-la. A forma grave da doença inclui dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, sangramento de mucosas, entre outros sintomas.

Tratamento - DC: sintomáticos (não usar ácido acetil-salicílico). FHD: alguns sinais de alerta (Quadro 1) precisam ser observados: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia dolorosa, derrames cavitários, sangramentos importantes, hipotensão arterial (PA sistólica \leq 80mm Hg, em $<$ 5 anos; PA sistólica \leq 90mm Hg, em $>$ 5 anos), diminuição da pressão diferencial (PA sistólica - PA diastólica \leq 20mm Hg), hipotensão postural (PA sistólica sentado - PA sistólica em pé com diferença maior que 10mm Hg), diminuição da diurese, agitação, letargia, pulso rápido e fraco, extremidades frias, cianose, diminuição brusca da temperatura corpórea associada à sudorese profusa, taquicardia, lipotímia e aumento repentino do hematócrito. Aos primeiros sinais de choque, o paciente deve ser internado imediatamente para correção rápida de volume de líquidos perdidos e da acidose. Durante uma administração rápida de fluidos, é particularmente importante estar atento a sinais de insuficiência cardíaca.

Características epidemiológicas - O dengue tem sido relatado há mais de 200 anos. Na década de 50, a febre hemorrágica da dengue - FHD foi descrita, pela primeira vez, nas Filipinas e Tailândia. Após a década de 60, a circulação do vírus da dengue intensificou-se nas Américas. A partir de 1963, houve circulação comprovada dos sorotipos 2 e 3 em vários países. Em 1977, o sorotipo 1 foi introduzido nas Américas, inicialmente pela Jamaica. A partir de 1980, foram notificadas epidemias em vários países, aumentando consideravelmente a magnitude do problema. Cabe citar: Brasil (1982, 1986, 1998, 2002), Bolívia (1987), Paraguai (1988), Equador (1988), Peru (1990) e Cuba (1977/1981). A FHD afetou Cuba em 1981 e foi um evento de extrema importância na história da doença nas Américas. Essa epidemia foi causada pelo sorotipo 2, tendo sido o primeiro relato de febre hemorrágica da dengue ocorrido fora do Sudoeste Asiático e Pacífico Ocidental. O segundo surto ocorreu na Venezuela, em 1989, e, em 1990/1991, alguns casos foram notificados no Brasil (Rio de Janeiro), bem como em 1994 (Fortaleza - Ceará).

No Brasil há referências de epidemias em 1916, em São Paulo, e em 1923, em Niterói, sem diagnóstico laboratorial. A primeira epidemia documentada clínica e laboratorialmente ocorreu em 1981-1982, em Boa Vista - Roraima, causada pelos sorotipos 1 e 4. A partir de 1986, foram registradas epidemias em diversos estados com a introdução do sorotipo 1. A introdução dos sorotipos 2 e 3 foi detectada no estado do Rio de Janeiro em 1990 e dezembro de 2000 respectivamente. O sorotipo 3 apresentou uma rápida dispersão para 24 estados do país no período de 2001-2003. Em 2003 apenas os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina não apresentavam transmissão autóctone da doença. As maiores epidemias detectadas até o momento ocorreram nos anos de 1998 e 2002, com cerca de 530 mil e 800 mil casos notificados, respectivamente. Os primeiros casos de FHD foram registrados em 1990 no estado do Rio de Janeiro, após a introdução do sorotipo 2. Nesse ano foram confirmados 274 casos que, de uma forma geral, não apresentaram manifestações hemorrágicas graves. A faixa etária mais atingida foi a de maiores de 14 anos. Na segunda metade da década de 90, observamos a ocorrência de casos de FHD em diversos estados do país. Nos anos de 2001 e 2002, foi detectado um aumento no total de casos de FHD, potencialmente refletindo a circulação simultânea dos sorotipos 1, 2 e 3 do vírus da dengue. A letalidade por FHD se manteve em torno de 5% no período de 2000- 2003.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo - Controlar a ocorrência da doença através do combate ao mosquito transmissor.

Notificação - É doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória, principalmente quando se trata dos primeiros casos de DC diagnosticados em uma área, ou quando se suspeita de FHD. Os óbitos decorrentes da doença devem ser investigados imediatamente.

Definição de caso

Suspeito - Dengue Clássico - Paciente que tenha doença febril aguda com duração máxima de 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema. Além desses sintomas, o paciente deve ter estado, nos últimos quinze dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti*. Febre Hemorrágica do Dengue - Paciente que apresenta também manifestações hemorrágicas, variando desde prova do laço positiva até fenômenos mais graves, como hematêmese, melena e outros. A ocorrência de pacientes com manifestações hemorrágicas, acrescidas de sinais e sintomas de choque cardiovascular (pulso arterial fino e rápido ou ausente, diminuição ou ausência de pressão arterial, pele fria e úmida, agitação), leva à suspeita de síndrome de choque (SCD).

Confirmado - Dengue Clássico - O caso confirmado laboratorialmente. No curso de uma epidemia, a confirmação pode ser feita através de critérios clínico-epidemiológicos, exceto nos primeiros casos da área, que deverão ter confirmação laboratorial. Febre Hemorrágica do Dengue É o caso em que todos os critérios abaixo estão presentes:

1. Febre ou história de febre recente de 7 dias ou menos;
2. Trombocitopenia ($<$ 100.000/mm³);
3. Tendências hemorrágicas evidenciadas por um ou mais dos seguintes sinais: prova do laço positiva, petéquias, equimoses ou púrpuras e sangramentos de mucosas, do trato gastrointestinal e outros;
4. Extravasamento de plasma devido ao aumento de permeabilidade capilar, manifestado por: hematócrito apresentando um aumento de 20% sobre o basal, na admissão; ou queda do hematócrito em 20%, após o tratamento; ou presença de derrame pleural, ascite e hipoproteinemia;
5. Confirmação laboratorial específica. SCD: é o caso que apresenta todos os critérios de FHD mais evidências de choque.

MEDIDAS DE CONTROLE - As medidas de controle se restringem ao vetor *Aedes aegypti*, uma vez que não se tem ainda vacina ou drogas antivirais específicas. O combate ao vetor deve desenvolver ações continuadas de inspeções domiciliares, eliminação e tratamento de criadouros, priorizando atividades de educação em saúde e mobilização social. A finalidade das ações de rotina é manter a infestação do vetor em níveis incompatíveis com a transmissão da doença. Em situações de epidemias deve ocorrer a intensificação das ações de controle, prioritariamente a eliminação de criadouros e o tratamento focal. Além disso, deve ser utilizada a aplicação espacial de inseticida a Ultra Baixo Volume - UBV, ao mesmo tempo em que se reestrutura as ações de rotina. Em função da complexidade que envolve a prevenção e o controle da dengue, o programa nacional estabeleceu dez componentes de ação, sendo eles: Vigilância epidemiológica; Combate ao vetor; Assistência aos

Como se faz o diagnóstico?

Para diagnosticar esquistossomose a informação de que o suspeito de estar infectado esteve em área onde há muitos casos de doença (zona endêmica) é muito importante, além dos sintomas e sinais descritos acima (quadro clínico). Exames de fezes e urina com ovos do parasita ou mesmo de pequenas amostras de tecidos de alguns órgãos (biópsias da mucosa do final do intestino) são definitivas. Mais recentemente se dispõe de exames que detectam, no sangue, a presença de anticorpos contra o parasita que são úteis naqueles casos de infecção leve ou sem sintomas.

Como se trata?

O tratamento de escolha com antiparasitários, substâncias químicas que são tóxicas ao parasita.

Atualmente existem três grupos de substâncias que eliminam o parasita, mas a medicação de escolha é o Oxaminiquina ou Praziquantel ou, que se toma sob a forma de comprimidos na maior parte das vezes durante um dia.

Isto é suficiente para eliminar o parasita, o que elimina também a disseminação dos ovos no meio ambiente. Naqueles casos de doença crônica as complicações requerem tratamento específico.

Como se previne?

Por se tratar de doença de acometimento mundial e endêmica em diversos locais (Península Arábica, África, América do Sul e Caribe) os órgãos de saúde pública (OMS – Organização Mundial de Saúde - e Ministério da Saúde) possuem programas próprios para controlar a doença.

Basicamente as estratégias para controle da doença baseiam-se em:

- Identificação e tratamento de portadores.
- Saneamento básico (esgoto e tratamento das águas) além de combate do molusco hospedeiro intermediário
- Educação em saúde.
- Não evacue próximo a lagoas, rios ou represas.
- Utilize um banheiro com rede de esgoto
- A saúde começa na sala de aula.

A esquistossomose mansoni é uma doença parasitária, causada pelo trematódeo *Schistosoma mansoni*, cujas formas adultas habitam os vasos mesentéricos do hospedeiro definitivo (homem) e as formas intermediárias se desenvolvem em caramujos gastrópodes aquáticos do gênero *Biomphalaria*. Trata-se de uma doença, inicialmente assintomática, que pode evoluir para formas clínicas extremamente graves e levar o paciente a óbito. A magnitude de sua prevalência, associada à severidade das formas clínicas e a sua evolução, conferem a esquistossomose uma grande relevância como problema de saúde pública.

Sinonímia

No Brasil é conhecida popularmente como “xistose”, “barriga d’água” e “doença dos caramujos”.

Agente etiológico

O agente etiológico da esquistossomose é o *Schistosoma mansoni*, um helminto pertencente à classe dos Trematoda, família Schistosomatidae e gênero *Schistosoma*. São vermes digenéticos (organismos que, no decorrer do seu ciclo biológico, passam por formas de reprodução sexuada e assexuada), delgados, de

coloração branca e sexos separados (característica desta família), onde a fêmea adulta é mais alongada e encontra-se alojada em uma fenda do corpo do macho, denominada de canal ginecóforo.

Reservatório

No ciclo da doença estão envolvidos dois hospedeiros, um definitivo e outro intermediário.

Hospedeiro definitivo

O homem é o principal hospedeiro definitivo e nele o parasita apresenta a forma adulta, reproduz-se sexuadamente. Os ovos são eliminados por meio das fezes no ambiente, ocasionando a contaminação das coleções hídricas naturais (córregos, riachos, lagoas) ou artificiais (valetas de irrigação, açudes e outros). Os primatas, marsupiais (gambá), ruminantes, roedores e lagomorfos (lebres e coelhos), são considerados hospedeiros permissivos ou reservatórios, porém, não está clara a participação desses animais na transmissão e epidemiologia da doença.

Hospedeiro intermediário

O ciclo biológico do *S. mansoni* depende da presença do hospedeiro intermediário no ambiente. Os caramujos gastrópodes aquáticos, pertencentes à família Planorbidae e gênero *Biomphalaria*, são os organismos que possibilitam a reprodução assexuada do helminto. Os planorbídeos são caramujos pulmonados e hermafroditas, que habitam coleções de água doce com pouca correnteza ou parada. No Brasil, as espécies *Biomphalaria glabrata*, *Biomphalaria straminea* e *Biomphalaria tenagophila* estão envolvidas na disseminação da esquistossomose. Há registros da distribuição geográfica das principais espécies em 24 estados, localizados, principalmente, nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste.

Vetores Não há vetor envolvido na transmissão da esquistossomose.

Modo de Transmissão

O indivíduo infectado elimina os ovos do verme por meio das fezes humanas. Em contato com a água, os ovos eclodem e liberam larvas, denominadas miracídeos, que infectam os caramujos, hospedeiros intermediários, que vivem nas águas doces. Após quatro semanas as larvas abandonam o caramujo na forma de cercarias e ficam livres nas águas naturais. O contato dos seres humanos com essas águas é a maneira pela qual é adquirida a doença.

Período de incubação

Em média, é de duas a seis semanas após a infecção, período que corresponde desde a fase de penetração e desenvolvimento das cercarias, até a instalação dos vermes adultos no interior do hospedeiro definitivo.

Período de transmissibilidade

A transmissão da esquistossomose não ocorre por meio do contato direto, homem doente → homem suscetível. Também não ocorre “auto-infecção”, como na estrogiloidíase e outras verminoses. O homem infectado pode eliminar ovos viáveis de *S. mansoni* a partir de 5 semanas após a infecção e por um período de 6 a 10 anos, podendo chegar até mais de 20 anos.

Os hospedeiros intermediários começam a eliminar cercarias após 4 a 7 semanas da infecção pelos miracídeos. Os caramujos infectados eliminam cercarias por toda a vida, que é aproximadamente de um ano.

quantidade de oocistos durante a infecção aguda. Não é incomum que a infecção em crianças ocorra ao brincarem em caixas de areia, onde os gatos comumente defecam.

A doença não é transmitida de forma interpessoal, exceto nos casos de doação de órgão. Outra forma de transmissão da toxoplasmose é a congênita. Para que ocorra a transmissão fetal de toxoplasmose, a mãe precisa adquirir a infecção durante a gestação, acometendo 40% dos recém-natos nesses casos. Assim, a infecção congênita não ocorre em mães que já tiveram infecção prévia, exceto quando ocorrer reativação por alguma forma de imunodepressão.

Sintomas

As pessoas afetadas pela toxoplasmose são geralmente assintomáticas ou desenvolvem uma forma benigna da doença. As pessoas sadias são protegidas por seu sistema imunológico, que fabrica anticorpos contra o protozoário (*Toxoplasma gondii*). Os possíveis sintomas são semelhantes aos da mononucleose:

- Febre;
- Adenopatia (aumento do volume dos gânglios linfáticos);
- Sensação de mal-estar;
- Calafrios - dor de cabeça. No entanto, para os pertencentes ao grupo de risco;
- Fetos, pessoas imunodeprimidas.

A toxoplasmose pode ser muito grave. A doença pode atingir o cérebro e provocar paralisias, crises de epilepsia ou ainda complicações pulmonares, se for disseminada para outras partes do corpo.

Diagnóstico

Para diagnosticar a toxoplasmose, o médico irá efetuar um exame de sangue, que deverá identificar os anticorpos produzidos pelo corpo, com o objetivo de erradicar o parasita responsável pela doença, o *Toxoplasma gondii*. Em grávidas com suspeita de toxoplasmose, será efetuada uma pesquisa destes anticorpos através da punção do líquido amniótico ou do sangue do feto. Existem outros diagnósticos possíveis, como pesquisa da presença do parasita no sangue, a tomografia (scanner) e a IRM (Imagens por Ressonância Magnética) do cérebro.

O médico também poderá efetuar uma biópsia do tecido infectado (mais raro). Exames de sangue como contagem de células, podem indicar uma infecção por *Toxoplasma gondii* quando apresentar linfocitose e menos de 10% na contagem total de leucócitos. Algumas enzimas hepáticas também podem estar alteradas.

Tratamento da toxoplasmose

As drogas utilizadas no tratamento da toxoplasmose são sulfadiazina, sulfametoxazol, pirimetamina, espiramicina e clindamicina. O ácido fólico é adicionado aos esquemas que contenham a pirimetamina devido à mielotoxicidade.

Na toxoplasmose ganglionar, o tratamento é empregado quando a doença é muito sintomática, sendo desnecessário nos casos leves. Quando optado pelo tratamento, utiliza-se a sulfadiazina associada a pirimetamina por quatro a seis semanas.

Na toxoplasmose ocular, o esquema é igual ao da ganglionar, associando-se 1 mg/kg de prednisona, reduzindo a dose em 5 mg a cada cinco dias. Em gestantes com suspeita de toxoplasmose aguda, inicia-se o tratamento com espiramicina, e tenta-se confirmar o diagnóstico de infecção fetal pela reação em cadeia da polimerase no líquido amniótico. Em se comprovando a infecção fetal, trocar o

tratamento para sulfadiazina com pirimetamina a partir da semana 21 de gestação. No caso de não se confirmar, manter a espiramicina. Outro esquema empregado é a alternância da espiramicina com a sulfadiazina mais pirimetamina a cada três semanas.

Na toxoplasmose congênita, o tratamento é feito com doses calculadas por peso durante um ano.

A transmissão da toxoplasmose se dá por ingestão de alimentos, principalmente carnes cruas ou malcozidas ou por meio da contaminação com fezes de gatos. Outra forma de transmissão é a congênita.

A toxoplasmose é uma doença infecciosa que compromete uma grande parte da população, mas raramente sintomática. Pode ser uma doença definidora de Aids.

A toxoplasmose pode apresentar-se na forma de uma síndrome febril aguda com linfadenomegalia em adultos jovens, coriorretinite ou doença congênita, quando afeta gestantes.

Febre, linfadenopatia e hepatomegalia são os sinais mais encontrados na toxoplasmose linfoglandular. Na toxoplasmose congênita são encontrados hidrocefalia, microcefalia, retardo mental, hepatoesplenomegalia e alterações hematológicas.

As alterações laboratoriais mais frequentes encontradas são leucopenia com linfocitose e aumento de transaminases. O diagnóstico da toxoplasmose é geralmente sorológico pelo encontro de IgM, embora outros testes podem ser úteis. O diagnóstico de toxoplasmose congênita durante a gestação é feito por reação em cadeia da polimerase no líquido amniótico.

Tomografia é exame fundamental na neurotoxoplasmose de pacientes com Aids.

O tratamento da toxoplasmose é empregado na forma ocular, em pacientes imunodeprimidos e na forma congênita. Na toxoplasmose ganglionar, apenas os casos mais sintomáticos são tratados.

O tratamento da toxoplasmose é baseado em sulfadiazina e pirimetamina.

A maioria das infecções causadas pelo *Toxoplasma* é assintomática. Didaticamente, as formas clínicas podem ser assim divididas:

- Infecção primária em imunocompetentes (toxoplasmose ganglionar);
- Toxoplasmose em pacientes imunocomprometidos;
- Toxoplasmose congênita;
- Coriorretinite isolada (toxoplasmose ocular).

Toxoplasmose Ganglionar

Aproximadamente 90% dos adultos e adolescentes imunocompetentes apresentam infecção assintomática. Quando a toxoplasmose é sintomática, o período de incubação varia entre 10 e 20 dias. Na apresentação clínica típica, ganglionar, o paciente apresenta aumento dos linfonodos da cadeia cervical, principalmente posterior, embora a doença possa acometer os linfonodos axilares, supraclaviculares e abdominais.

A linfonodomegalia pode ser generalizada ou localizada, com gânglios indolores, elásticos e móveis. A localização sub-occipital é bastante frequente nessa forma da doença. A febre acomete mais de 50% dos pacientes sintomáticos. Astenia, anorexia, mal-estar geral e cefaleia são queixas comuns nos pacientes com toxoplasmose ganglionar. Mais de 30% dos pacientes apresentam esplenomegalia, ocorrendo hepatomegalia em 60% dos casos. Exantema, mialgia intensa, artralgia e odinofagia podem ser encontrados. Apesar da classificação da toxoplasmose como diferencial das linfadenomegalias febris agudas (síndrome mono-like), a persistência dos linfonodos pode durar por muitos meses, porém sem outras manifestações da doença.

Como é feito o tratamento da Febre Maculosa?

O tratamento precoce da Febre Maculosa é essencial para evitar formas mais graves da doença e até mesmo a morte da pessoa. Assim que surgirem os primeiros sintomas, é importante procurar uma unidade de saúde para avaliação médica. O tratamento é feito com antibióticos específicos. Em determinados casos, pode ser necessária a internação da pessoa.

O sucesso do tratamento, com conseqüente redução da letalidade, está diretamente relacionado à precocidade de sua introdução e à especificidade do antimicrobiano prescrito. A terapêutica é empregada rotineiramente por um período de 7 dias, devendo ser mantida por 3 dias, após o término da febre.

A falta ou demora no tratamento da Febre Maculosa pode afetar o sistema nervoso central e causar encefalite, confusão mental, delírios, convulsões e coma. Os rins podem ser afetados, apresentando insuficiência renal aguda e inchaço por todo o corpo. Os pulmões também podem ser atingidos, em casos mais graves, gerando, muitas vezes, necessidade de suporte de respiração.

IMPORTANTE: A partir da suspeita médica da bactéria, causadora da Febre Maculosa, o tratamento com antibióticos deve ser iniciado imediatamente, não se devendo esperar a confirmação laboratorial do caso. Quanto mais rápido o tratamento for iniciado, maiores serão as chances de cura e menores as possibilidades de complicações ou morte.

Como é feito o diagnóstico da Febre Maculosa?

O diagnóstico precoce da Febre Maculosa é muito difícil, principalmente durante os primeiros dias de doença, tendo em vista que os sintomas também são parecidos com outros problemas de saúde, como leptospirose, dengue, hepatite viral, salmonelose, encefalite, malária, meningite, sarampo, lúpus e pneumonia.

No entanto, o médico fará avaliação dos sintomas e perguntará onde você mora ou se esteve em locais com grandes chances de ter sido picado por um carrapato, ele também pode solicitar uma série de exames para confirmar ou contribuir com o diagnóstico.

Os testes laboratoriais mais indicados para diagnóstico específico da Febre Maculosa são:

-Reação de imunofluorescência indireta (RIFI): detectam presença de anticorpos contra a bactéria, a partir de coleta de sangue

-Exame de Imunohistoquímica: detecta a bactéria em amostras de tecidos obtidas a partir de biópsia de lesões de pele.

-Técnicas de biologia molecular – reação em cadeia da polimerase (PCR): realizada a partir de amostras de sangue, tecido de biópsia. Detecta o material genético da bactéria.

-Isolamento da bactéria: O isolamento da bactéria é feito a partir do sangue (coágulo) ou de fragmentos de tecidos (pele e pulmão obtidos por biópsia) ou de órgãos (pulmão, baço, fígado obtidos por necrópsia), além do carrapato retirado do paciente. A bactéria irá crescer em um meio de cultura.

Os testes laboratoriais mais indicados para diagnóstico inespecífico e complementares da Febre Maculosa são:

-Hemograma: observa alteração no padrão das células sanguíneas como, anemia, diminuição de plaquetas.

-Enzimas: algumas enzimas do corpo podem estar aumentadas, demonstrando indício de alguma infecção.

Os resultados desses exames, no entanto, podem levar semanas. Por isso, se houver suspeita, o médico deve iniciar o tratamento com antibióticos urgentemente, tendo em vista que quanto mais cedo a terapia for iniciada, maiores são as chances de se evitar complicações e morte do paciente.

Quais são os fatores de risco da Febre Maculosa?

Os principais fatores de risco que aumentam as chances de se contrair a infecção por Febre Maculosa são:

-Viver em uma área onde a doença é comum, como locais rurais ou arborizados.

-Convivência com cachorro, cavalo ou outros animais domésticos.

-Se um carrapato infectado se prender à sua pele, é possível contrair febre maculosa ao remover o carrapato, pois o fluido do carrapato pode entrar no seu corpo por meio de uma abertura como o local da picada.

-Para diminuir os riscos de infecção, em caso de exposição a carrapatos, siga os seguintes passos:

-Ao remover um carrapato da sua pele, use uma pinça para agarrá-lo e remova-o cuidadosamente.

-Trate o carrapato como se estivesse contaminado: mergulhe-o em álcool ou jogue no vaso sanitário.

-Limpe a área da mordida com anti-séptico.

-Lave bem as mãos.

IMPORTANTE: A incidência da Febre Maculosa é mais comum em pessoas que vivem ou frequentam áreas rurais infestadas por carrapatos. além disso, estar em contato com animais como capivaras, cavalos, vacas e cachorros com carrapatos também aumenta o risco de contrair a doença.

Como prevenir a Febre Maculosa?

Atualmente não existe nenhuma vacina eficaz contra a Febre Maculosa, mas é possível adotar algumas medidas para prevenir a doença.

-Use roupas claras, para ajudar a identificar o carrapato, uma vez que ele é escuro.

-Use calças, botas e blusas com mangas compridas ao caminhar em áreas arborizadas e gramadas.

-Evite andar em locais com grama ou vegetação alta.

-Use repelentes de insetos: atualmente já existem repelentes contra carrapatos no mercado.

-Verifique se você e seus animais de estimação estão com carrapatos: após três horas de exposição a áreas de risco é preciso verificar se há a presença de algum carrapato no corpo. Após esse período, o inseto já terá transmitido a bactéria para a pessoa.

-Remova um carrapato com uma pinça: pegue com cuidado o carrapato. Não aperte ou esmague o carrapato, mas puxe com cuidado e firmeza. Depois de remover o carrapato inteiro, lave a área da mordida com álcool ou sabão e água.

Quanto mais rápido uma pessoa retirar os carrapatos de seu corpo, menor será o risco de contrair a doença. Após a utilização, coloque todas as peças de roupas em água fervente para a retirada dos insetos.

Como é feito o tratamento da raiva?

A raiva é uma doença quase sempre fatal, para a qual a melhor medida de prevenção é a vacinação pré ou pós exposição. Quando a profilaxia antirrábica não ocorre e a doença se instala, pode-se utilizar um protocolo de tratamento da raiva humana, baseado na indução de coma profundo, uso de antivirais e outros medicamentos específicos.

Entretanto, é importante salientar que nem todos os pacientes de raiva, mesmo submetido ao protocolo sobrevivem.

Profilaxia antirrábica humana

O Ministério da Saúde adquire e distribui às Secretarias Estaduais de Saúde os imunobiológicos necessários para a profilaxia da raiva humana no Brasil: vacina antirrábica humana de cultivo celular, soro antirrábico humana e imunoglobulina antirrábica humana. Atualmente se recomenda duas possíveis medidas de profilaxia antirrábica humana: a pré-exposição e a pós-exposição, após avaliação profissional e se necessário.

Profilaxia Pré-Exposição

A profilaxia pré-exposição deve ser indicada para pessoas com risco de exposição permanente ao vírus da raiva, durante atividades ocupacionais exercidas por profissionais como:

Médicos Veterinários; biólogos; profissionais de laboratório de virologia e anatomopatologia para raiva; estudantes de Medicina Veterinária, zootecnia, biologia, agronomia, agrotécnica e áreas afins;

Pessoas que atuam na captura, contenção, manejo, coleta de amostras, vacinação, pesquisas, investigações ecopidemiológicas, identificação e classificação de mamíferos: os domésticos (cão e gato) e/ou de produção (bovídeos, equídeos, caprinos, ovinos e suínos), animais silvestres de vida livre ou de cativeiro, inclusive funcionário de zoológicos;

Espeleólogos, guias de ecoturismo, pescadores e outros profissionais que trabalham em áreas de risco.

Pessoas com risco de exposição ocasional ao vírus, como turistas que viajam para áreas de raiva não controlada, devem ser avaliados individualmente, podendo receber a profilaxia pré-exposição dependendo do risco a que estarão expostos durante a viagem.

A profilaxia pré-exposição apresenta as seguintes vantagens:

Simplifica a terapia pós-exposição, eliminando a necessidade de imunização passiva (soro ou imunoglobulina), e diminui o número de doses da vacina; e

Desencadeia resposta imune secundária mais rápida (booster), quando iniciada a pós-exposição.

Em caso de título insatisfatório, aplicar uma dose de reforço e reavaliar a partir do 14º dia após o reforço.

Profilaxia Pós-Exposição

Em caso de possível exposição ao vírus da raiva, é imprescindível a limpeza do ferimento com água corrente abundante e sabão ou outro detergente, pois essa conduta diminui, comprovadamente, o risco de infecção. É preciso que seja realizada o mais rápido possível após a agressão e repetida na unidade de saúde, independentemente do tempo transcorrido.

A limpeza deve ser cuidadosa, visando eliminar as sujidades sem agravar o ferimento, e, em seguida, devem ser utilizados antissépticos como o polivinilpirrolidona-iodo, povidine e digluconato de clorexidina ou álcool-iodado.

Essas substâncias deverão ser utilizadas somente na primeira consulta. Nas seguintes, devem-se realizar cuidados gerais orientados pelo profissional de saúde, de acordo com a avaliação da lesão.

Deve-se fazer anamnese completa, utilizando-se a Ficha de Atendimento Antirrábico Humano (Sinan), visando à indicação correta da profilaxia da raiva humana.

As exposições (mordeduras, arranhaduras, lambeduras e contatos indiretos) devem ser avaliadas pela equipe médica de acordo com as características do ferimento e do animal envolvido para fins de indicação de conduta de esquema profilático, conforme esquema de profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular.

IMPORTANTE: É importante salientar que nem todos os pacientes de raiva, mesmo submetido ao protocolo, sobrevivem.

Como prevenir a raiva?

No caso de agressão por parte de algum animal, a assistência médica deve ser procurada o mais rápido possível. Quanto ao ferimento, deve-se lavar abundantemente com água e sabão e aplicar produto antisséptico.

O esquema de profilaxia da raiva humana deve ser prescrito pelo médico ou enfermeiro, que avaliará o caso indicando a aplicação de vacina e/ou soro. Nos casos de agressão por cães e gatos, quando possível, observar o animal por 10 dias para ver se ele manifesta doença ou morre.

IMPORTANTE: Caso o animal adoença, desapareça ou morra nesse período, informar o serviço de saúde imediatamente.

A vacinação anual de cães e gatos é eficaz na prevenção da raiva nesses animais, o que conseqüentemente previne também a raiva humana.

Deve-se sempre evitar de se aproximar de cães e gatos sem donos, não mexer ou tocá-los quando estiverem se alimentando, com crias ou mesmo dormindo.

Nunca tocar em morcegos ou outros animais silvestres diretamente, principalmente quando estiverem caídos no chão ou encontrados em situações não habituais.

Raiva Humana

A raiva humana é uma doença viral aguda, progressiva e mortal, de notificação compulsória, individual e imediata aos serviços de vigilância sanitária municipal, estadual e federal.

A raiva é uma antroponose causada por um RNA-vírus da família Rhabdoviridae (RABV), gênero Lyssavirus. Com o aspecto aproximado de uma bala de revólver, ele é transmitido para os humanos pelo contato direto com a saliva de um mamífero infectado, seja através de mordidas ou penetrando por feridas abertas, seja através de lambidas na lesão ou em mucosas, como a da boca, por exemplo, que são permeáveis a esse tipo de germe.

O Lyssavirus tem predileção pelas células do sistema nervoso. Assim que é inoculado através de uma lesão na pele, ele se multiplica, invade os nervos periféricos e, movendo-se lentamente – cerca de 1 cm por dia -, propaga-se pelos neurotransmissores, alcança o cérebro (fase centrípeta) e provoca um quadro grave de encefalite. Dali, ele se espalha por vários órgãos do corpo (fase centrífuga), mas é nas glândulas salivares que torna a multiplicar-se e é excretado pela saliva do animal doente.