



CÓD: OP-003MR-24
7908403549771

SMS PALMAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PALMAS – TO

Agente de Combates as Endemias

EDITAL N° 03/2024 DE 12 DE JANEIRO DE 2024

Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos	5
2. Tipologia textual	5
3. Ortografia oficial	6
4. Acentuação gráfica.....	6
5. Pontuação	7
6. Emprego do sinal indicativo de crase.....	11
7. Emprego das classes de palavras	11
8. Sintaxe da oração e do período	18
9. Concordância nominal e verbal	22
10. Regência nominal e verbal.....	24
11. Significação das palavras.....	25
12. Redação de correspondências oficiais	25

Legislação do Sistema Único de Saúde

1. SUS: conceitos, fundamentação legal, financiamento, princípios, diretrizes e articulação com serviços de saúde	39
2. Organização do Sistema Único de Saúde – SUS: comissões intergestores, Conselhos Nacionais e suas respectivas composições.....	39
3. Controle Social: organização social e comunitária. Sistema Único de Saúde e Política Social	40
4. Constituição Federal de 1988 (Arts. 196 ao 200).....	42
5. Lei Orgânica de Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências	43
6. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 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 de saúde e dá outras providências	54
7. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa	56
8. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	60

História e Geografia do Tocantins

1. Povoamento e expansão através da exploração do ouro, da navegação, das atividades de mineração e da agropecuária.....	87
2. O processo de criação do Estado e suas diferentes fases (períodos Colonial, Imperial e Republicano)	91
3. A construção da Rodovia Federal BR-153 e seus impactos na economia e sociedade tocantinenses.....	93
4. Organização política e territorial, divisão política, regiões administrativas, regionalização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	93
5. Hierarquia urbana, símbolos, estrutura dos poderes; patrimônio histórico e cultural, manifestações culturais; movimentos políticos; estudo da população e sua dinâmica populacional, migração, estrutura etária; indígenas e quilombolas; vegetação, clima, hidrografia e relevo; matriz produtiva, matriz energética e matriz de transporte; unidades de conservação.....	95
6. História e Geografia de Palmas: localização geográfica e divisão política, vegetação, hidrografia e clima, meio ambiente e população; urbanização e sociedade. Poderes: judiciário, legislativo e executivo. Símbolos: brasão, bandeira e hino; patrimônio histórico	105

Legislação Pertinente ao Município de Palmas/TO

1. Lei Orgânica do Município de Palmas, Disposições Preliminares: Do Município, Da Competência, Das Vedações; Da Organização dos Poderes: Do Processo Legislativo: Disposições Gerais, Das Emendas à Lei Orgânica, Das Leis, Da Fiscalização Contábil, Financeira, Orçamentária, Operacional e Patrimonial; Do Poder Executivo: Das Atribuições do Prefeito, Das Atribuições dos Secretários Municipais, Procuradoria Geral do Município; Da Organização do Governo Municipal: Da Administração Municipal, Do Registro dos Atos Administrativos, Dos Bens Municipais	111
2. Lei Complementar nº 008/99, de 16 de novembro de 1999 (Estatuto dos Servidores Públicos da Administração Direta e Indireta dos Poderes do Município de Palmas).....	123
3. Lei nº 1.441, de 12 de junho de 2006 (Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV dos Servidores Públicos do Quadro-Geral do Poder Executivo do Município de Palmas – TO e dá outras providências.....	143

Conhecimentos Específicos

Agente de Combates as Endemias

1. Regulamentação da Profissão de Agente de combate às endemias: Lei Federal nº 11.350/2006	161
2. Lei Federal nº 13.595 de 05 de janeiro de 2018	166
3. Lei Federal nº 14.536 de 2023.	169
4. Política Nacional de Atenção Básica (Portaria Nº 2436 de 21 de setembro de 2017: Conceito; Princípios; Financiamento Atribuições das Equipes.....	170
5. Educação Permanente	170
6. Conceitos de: Promoção à Saúde; Humanização; Acessibilidade; Equidade; Intersetorialidade; Interdisciplinaridade.....	184
7. Eficácia; Eficiência e Efetividade em Saúde Coletiva	197
8. Vigilância Ambiental em Saúde: saneamento básico; qualidade do ar, da água e dos alimentos para consumo humano	199
9. Noções Básicas de Epidemiologia: Notificação compulsória; Investigação; Inquérito; Surto; Bloqueio; Epidemia; Endemia; Controle de agravos	203
10. Vigilância em Saúde da dengue, esquistossomose, malária, tracoma, raiva humana e leishmaniose; das Diretrizes Nacionais para prevenção e controle de epidemias da dengue.....	206
11. Sistema de informação em saúde: SISAB/ e-SUS, SISPNCD, SISLOC.....	220
12. Lei Orgânica da Saúde - Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990	223

- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

Vale lembrar que é comum enquadrar os gêneros textuais em determinados tipos textuais. No entanto, nada impede que um texto literário seja feito com a estruturação de uma receita culinária, por exemplo. Então, fique atento quanto às características, à finalidade e à função social de cada texto analisado.

ORTOGRAFIA OFICIAL

A ortografia oficial diz respeito às regras gramaticais referentes à escrita correta das palavras. Para melhor entendê-las, é preciso analisar caso a caso. Lembre-se de que a melhor maneira de memorizar a ortografia correta de uma língua é por meio da leitura, que também faz aumentar o vocabulário do leitor.

Neste capítulo serão abordadas regras para dúvidas frequentes entre os falantes do português. No entanto, é importante ressaltar que existem inúmeras exceções para essas regras, portanto, fique atento!

Alfabeto

O primeiro passo para compreender a ortografia oficial é conhecer o alfabeto (os sinais gráficos e seus sons). No português, o alfabeto se constitui 26 letras, divididas entre **vogais** (a, e, i, o, u) e **consoantes** (restante das letras).

Com o Novo Acordo Ortográfico, as consoantes **K**, **W** e **Y** foram reintroduzidas ao alfabeto oficial da língua portuguesa, de modo que elas são usadas apenas em duas ocorrências: **transcrição de nomes próprios e abreviaturas e símbolos de uso internacional**.

Uso do “X”

Algumas dicas são relevantes para saber o momento de usar o X no lugar do CH:

- Depois das sílabas iniciais “me” e “en” (ex: mexerica; enxergar)
- Depois de ditongos (ex: caixa)
- Palavras de origem indígena ou africana (ex: abacaxi; orixá)

Uso do “S” ou “Z”

Algumas regras do uso do “S” com som de “Z” podem ser observadas:

- Depois de ditongos (ex: coisa)
- Em palavras derivadas cuja palavra primitiva já se usa o “S” (ex: casa > casinha)
- Nos sufixos “ês” e “esa”, ao indicarem nacionalidade, título ou origem. (ex: portuguesa)
- Nos sufixos formadores de adjetivos “ense”, “oso” e “osa” (ex: populoso)

Uso do “S”, “SS”, “Ç”

- “S” costuma aparecer entre uma vogal e uma consoante (ex: diversão)
- “SS” costuma aparecer entre duas vogais (ex: processo)
- “Ç” costuma aparecer em palavras estrangeiras que passaram pelo processo de aportuguesamento (ex: muçarela)

Os diferentes porquês

POR QUE	Usado para fazer perguntas. Pode ser substituído por “por qual motivo”
PORQUE	Usado em respostas e explicações. Pode ser substituído por “pois”
POR QUÊ	O “que” é acentuado quando aparece como a última palavra da frase, antes da pontuação final (interrogação, exclamação, ponto final)
PORQUÊ	É um substantivo, portanto costuma vir acompanhado de um artigo, numeral, adjetivo ou pronome

Parônimos e homônimos

As palavras **parônimas** são aquelas que possuem grafia e pronúncia semelhantes, porém com significados distintos.

Ex: *cumprimento* (saudação) X *comprimento* (extensão); *tráfego* (trânsito) X *tráfico* (comércio ilegal).

Já as palavras **homônimas** são aquelas que possuem a mesma grafia e pronúncia, porém têm significados diferentes. **Ex:** *rio* (verbo “rir”) X *rio* (curso d’água); *manga* (blusa) X *manga* (fruta).

ACENTUAÇÃO GRÁFICA.

A acentuação é uma das principais questões relacionadas à Ortografia Oficial, que merece um capítulo a parte. Os acentos utilizados no português são: **acento agudo** (´); **acento grave** (`); **acento circunflexo** (^); **cedilha** (ç) e **til** (~).

Depois da reforma do Acordo Ortográfico, a **trema** foi excluída, de modo que ela só é utilizada na grafia de nomes e suas derivações (ex: Müller, mülleriano).

Esses são sinais gráficos que servem para modificar o som de alguma letra, sendo importantes para marcar a sonoridade e a intensidade das sílabas, e para diferenciar palavras que possuem a escrita semelhante.

A sílaba mais intensa da palavra é denominada **sílaba tônica**. A palavra pode ser classificada a partir da localização da sílaba tônica, como mostrado abaixo:

- **OXÍTONA:** a última sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: café)
- **PAROXÍTONA:** a penúltima sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: automóvel)
- **PROPAROXÍTONA:** a antepenúltima sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: lâmpada)

As demais sílabas, pronunciadas de maneira mais sutil, são denominadas **sílabas átonas**.

Regras fundamentais

CLASSIFICAÇÃO	REGRAS	EXEMPLOS
OXÍTONAS	<ul style="list-style-type: none"> • terminadas em A, E, O, EM, seguidas ou não do plural • seguidas de -LO, -LA, -LOS, -LAS 	<p>cipó(s), pé(s), armazém</p> <p>respeitá-la, compô-lo, comprometê-los</p>
PAROXÍTONAS	<ul style="list-style-type: none"> • terminadas em I, IS, US, UM, UNS, L, N, X, PS, Ã, ãS, ãO, ãOS • ditongo oral, crescente ou decrescente, seguido ou não do plural <p>(OBS: Os ditongos “EI” e “OI” perderam o acento com o Novo Acordo Ortográfico)</p>	<p>táxi, lápis, vírus, fórum, cadáver, tórax, bíceps, imã, órfão, órgãos, água, mágoa, pônei, ideia, geleia, paranoico, heroico</p>
PROPÁROXÍTONAS	<ul style="list-style-type: none"> • todas são acentuadas 	<p>cólica, analítico, jurídico, hipérbole, último, álibi</p>

Regras especiais

REGRA	EXEMPLOS
<p>Acentua-se quando “I” e “U” tônicos formarem hiato com a vogal anterior, acompanhados ou não de “S”, desde que não sejam seguidos por “NH”</p> <p>OBS: Não serão mais acentuados “I” e “U” tônicos formando hiato quando vierem depois de ditongo</p>	<p>saída, faísca, baú, país</p> <p>feitura, Bocaiuva, Sauípe</p>
<p>Acentua-se a 3ª pessoa do plural do presente do indicativo dos verbos “TER” e “VIR” e seus compostos</p>	<p>têm, obtêm, contêm, vêm</p>
<p>Não são acentuados hiatos “OO” e “EE”</p>	<p>leem, voo, enjoo</p>
<p>Não são acentuadas palavras homógrafas</p> <p>OBS: A forma verbal “PÔDE” é uma exceção</p>	<p>pelo, pera, para</p>

PONTUAÇÃO.

Para a elaboração de um texto escrito, deve-se considerar o uso adequado dos **sinais de pontuação** como: pontos, vírgula, ponto e vírgula, dois pontos, travessão, parênteses, reticências, aspas, etc.

Tais sinais têm papéis variados no texto escrito e, se utilizados corretamente, facilitam a compreensão e entendimento do texto.

— A Importância da Pontuação

¹As palavras e orações são organizadas de maneira sintática, semântica e também melódica e rítmica. Sem o ritmo e a melodia, os enunciados ficariam confusos e a função comunicativa seria prejudicada.

O uso correto dos sinais de pontuação garante à escrita uma solidariedade sintática e semântica. O uso inadequado dos sinais de pontuação pode causar situações desastrosas, como em:

- Não podem atirar! (entende-se que atirar está proibido)
- Não, podem atirar! (entende-se que é permitido atirar)

— Ponto

Este ponto simples final (.) encerra períodos que terminem por qualquer tipo de oração que não seja interrogativa direta, a exclamativa e as reticências.

Outra função do ponto é a da pausa oracional, ao acompanhar muitas palavras abreviadas, como: *p.*, *2.ª*, entre outros.

Se o período, oração ou frase terminar com uma abreviatura, o ponto final não é colocado após o ponto abreviativo, já que este, quando coincide com aquele, apresenta dupla serventia.

Ex.: “O ponto abreviativo põe-se depois das palavras indicadas abreviadamente por suas iniciais ou por algumas das letras com que se representam, *v.g.* ; *V. S.ª* ; *Il.ª* ; *Ex.ª* ; etc.” (Dr. Ernesto Carneiro Ribeiro)

O ponto, com frequência, se aproxima das funções do ponto e vírgula e do travessão, que às vezes surgem em seu lugar.

Obs.: Estilisticamente, pode-se usar o ponto para, em períodos curtos, empregar dinamicidade, velocidade à leitura do texto: “Era um garoto pobre. Mas tinha vontade de crescer na vida. Estudou. Subiu. Foi subindo mais. Hoje é juiz do Supremo.”. É muito utilizado em narrações em geral.

— Ponto Parágrafo

Separa-se por ponto um grupo de período formado por orações que se prendem pelo mesmo centro de interesse. Uma vez que o centro de interesse é trocado, é imposto o emprego do ponto parágrafo se iniciando a escrever com a mesma distância da margem com que o texto foi iniciado, mas em outra linha.

O parágrafo é indicado por (§) na linguagem oficial dos artigos de lei.

1 BECHARA, E. *Moderna gramática portuguesa*. 37ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II - Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III - Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV - Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V - Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5. DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I - Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um

território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II - Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III - Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV - Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V - Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

Modos de transmissão

A malária é transmitida na natureza quando uma fêmea de mosquitos do gênero *Anopheles* infectada com *Plasmodium* pica um hospedeiro vertebrado, mas a doença pode também ser transmitida por transfusão sanguínea, por uso compartilhado de agulhas contaminadas ou congenitamente no momento do parto.

Ciclo de vida do parasito

No momento da picada o mosquito infectado inocula os esporozoítos de *Plasmodium* (A). Alguns destes parasitos, através de um intenso movimento na derme, encontram vasos sanguíneos (B) e linfáticos (C) e reduzem seu movimento. Carregados pela circulação do sangue, eles atingem o fígado e invadem os hepatócitos (D), onde se modificam dando origem a formas mais arredondadas do parasito. Através de um processo de reprodução assexuada são formados esquizontes hepáticos, com milhares de merozoítos (E). Esses são liberados na corrente circulatória do hospedeiro e rapidamente invadem as hemácias (penetrate.mov) (F), iniciando o ciclo intra-eritrocítico assexuado (G), responsável pela patologia da doença. Os parasitos se desenvolvem dentro do vacúolo parasitóforo, onde se alimentam de hemoglobina, passando por vários estágios. O primeiro estágio é chamado de anel e, após ter seu citoplasma aumentado, se transformam em trofozoítos. Estes se transformarão em um esquizontes através de um processo de divisão celular denominado esquizogonia. Após a ruptura dos eritrócitos os novos merozoítos são liberados na circulação sanguínea (burst.mov) e invadem novas células, dando continuidade ao ciclo e à doença. No entanto, alguns parasitos não iniciam o processo de divisão celular e se diferenciam nas formas sexuadas, os gametócitos masculinos e femininos (H). Quando ingeridos pelo mosquito no momento do repasto sanguíneo (I) alcançam o trato digestivo do inseto (J)(J), onde as hemácias são digeridas e os gametócitos são liberados. Os gametócitos masculinos (microgametócitos) sofrem três mitoses, dando origem a oito células, que sofrem um processo de exflagelação e se transformam nos gametas masculinos. Ocorre a fecundação entre os gametas masculino e feminino (K), formando o zigoto (L), única forma diplóide deste parasito. Este se diferencia em oocineto (M) que é uma forma amebóide capaz de atravessar a membrana peritrocítica e se instalar na parede interna do trato digestivo, entre o epitélio e a lâmina basal. O oocineto forma um envoltório protetor se transformando num oocisto (N), que sofrerá uma primeira meiose reductora seguida de inúmeras mitoses, liberando os esporozoítos (O) haplóides na hemolinfa do inseto. Estes esporozoítos migram e se instalam na glândula salivar (P) do mosquito até que este realize uma nova alimentação sanguínea, podendo então infectar outro indivíduo.

Os parasitos que entram no sistema linfático podem atingir o linfonodo (X) mais próximo e se transformam numa forma semelhante ao estágio inicial do esquizonte hepático, entretanto não completam o processo de divisão e amadurecimento celular. Este novo estágio exoeritrocítico no linfonodo foi recentemente descrito e sua importância no estabelecimento da infecção e na resposta imune do hospedeiro ainda permanece obscura (Revista Nature).

Em *P. vivax* e *P. ovale* os esporozoítos, após invadirem o hepatócito, podem permanecer em um estágio de dormência, os denominados hipnozoítos. Esses podem iniciar sua replicação após meses, dando origem a esquizontes hepáticos que liberarão merozoítos na circulação capazes de desenvolver novo ciclo intraeritrocítico, acarretando novas manifestações clínicas denominadas recaídas.

Período de incubação

Na malária o período de incubação varia conforme o parasito responsável pela infecção e também pode diferir para isolados da mesma espécie. Para *P. falciparum* podem ser encontrados períodos de 7 a 15 dias, sendo em geral em torno de 10 dias. Em *P. vivax* e *P. ovale* esse período oscila normalmente por volta de 14 dias, podendo ser de 10 a 20 dias. Já o *P. malariae* tem períodos de incubação maiores, em torno de 30 dias, mas que podem variar de 20 a 40 dias.

Períodos de transmissibilidade

Do mosquito para o homem: O tempo para produção de esporozoítos na glândula salivar dos mosquitos, desde a ingestão do sangue com gametócitos do indivíduo infectado, depende da temperatura ambiente, mas obedece determinados limites, sendo de 10 a 12 dias para *P. falciparum* e de 8 a 10 dias para *P. vivax*. A idade média de um mosquito gira em torno de 30 dias e uma vez infectado ele transmitirá a doença a cada repasto sanguíneo que realizar, podendo ser a cada dois ou três dias. Do homem para o mosquito: O homem pode ser fonte de infecção para mosquitos enquanto apresentar gametócitos masculinos e femininos em sua circulação periférica. Em geral, nas infecções causadas por *P. vivax*, quando as formas assexuadas são detectadas aparecem também os gametócitos. Em *P. falciparum* os gametócitos aparecem após 10 a 15 dias da detecção dos trofozoítos. Casos tratados incorretamente ou não tratados podem ser fonte de infecção por até 40 anos na malária causada por *P. malariae*, por um a três anos em *P. vivax* e por até um ano em *P. falciparum*. Do homem para o homem: Um sangue pode ser infectante enquanto apresentar formas assexuadas e quando houver contato direto de sangue com sangue, como no caso de compartilhamento de agulhas em usuários de drogas. No caso de transmissão transfusional, se o doador for portador de formas assexuadas e enquanto elas resistirem no sangue armazenado, a malária poderá ser transmitida ao receptor. Na literatura há relatos de transmissão de malária em transfusões realizadas com sangue estocado por mais de 15 dias (revisado em Bruce-Chwatt, 1974).

Definição dos casos

Caso autóctone: quando a transmissão ocorre no local, sem que o indivíduo tenha realizado deslocamentos para outras regiões. Supõe a existência de casos anteriores e continuidade da transmissão.

Caso importado: quando a transmissão ocorreu em local distinto daquele de origem do indivíduo, em deslocamento realizado para área malarígena e é detectado fora da área onde houve a infecção.

Caso introduzido: quando a transmissão foi local, porém não foi continuada, e o caso detectado foi originado de um outro importado.

Induzido: quando a transmissão ocorreu sem a participação do vetor, ou seja, por transfusão sanguínea, por uso compartilhado de seringas contaminadas ou por via congênita no momento do parto, em consequência de lesões nos vasos sanguíneos de mãe e filho.

Recaída: quando ocorre o reaparecimento da parasitemia sanguínea, sem que o indivíduo tenha realizado novos deslocamentos para áreas com possibilidade de transmissão, sendo portanto este novo episódio de malária decorrente de um ataque primário anteriormente diagnosticado e tratado.

Sintomas

Imunidade e suscetibilidade

Na membrana de superfície dos parasitos são expressas proteínas altamente polimórficas e antígenicamente variáveis, que parecem estar relacionadas com a resposta imune adquirida. Antígenos internos liberados no momento da ruptura dos esquizontes são parcialmente conservados entre as espécies de plasmódios e parecem estar relacionados com a sintomatologia e a patologia da malária. Em áreas com endemicidade estável, a imunidade adquirida desenvolve-se lentamente, após muitos anos de exposição à doença e vários episódios maláricos. A imunidade adquirida é parcial, e não impede a infecção mesmo em indivíduos expostos por longo tempo à doença. Nestes casos o que ocorre é uma infecção assintomática com baixa parasitemia sanguínea.

As dificuldades para o desenvolvimento de uma vacina eficaz contra a malária residem no fato de que não se pode assegurar que a imunidade celular e humoral sejam capazes de impedir a infecção. Os antígenos parasitários variam nas diferentes fases do ciclo evolutivo dos plasmódios, de modo que anticorpos específicos para antígenos de uma fase podem não proteger contra antígenos de outra fase do desenvolvimento dos parasitos. Muitos são os antígenos que se constituem em alvo para o desenvolvimento de uma vacina, incluindo proteínas do esporozoíto (CSP) e do merozoíto (MSP-1).

A interação entre o esporozoíto e o hepatócito ocorre através de uma proteína denominada circumsporozoíta, que recobre a superfície do parasito. Em *P. vivax*, a invasão do eritrócito pelo parasito é realizada por meio de um antígeno da superfície da hemácia denominado fator Duffy e por meio de proteínas do parasito que promovem a ligação com os reticulócitos. Em *P. falciparum* a ligação se processa por meio da glicoforina A presente na célula hospedeira e de antígenos do parasito, como o EBA 175. A invasão do eritrócito pelo merozoíto ocorre em 20 segundos. Este se liga ao glóbulo vermelho através de sua região apical, promovendo deformações na hemácia e penetrando na mesma por um processo semelhante à endocitose. A hemácia invaginada cria um vacúolo parasitóforo, onde o merozoíto se aloja. Então o merozoíto perde roptrias, micro-nemas e membrana e dá origem ao trofozoíto.

Manifestações clínicas

Ao abordarmos o diagnóstico clínico da malária, algumas definições necessitam ser dadas.

Período de incubação: compreende desde a inoculação de esporozoítos até o surgimento das primeiras manifestações clínicas. Frequentemente o período de incubação para infecção pelo *P. falciparum* varia de 7 a 10 dias, para o *P. vivax* de 10 a 15 dias e para o *P. malariae* de 14 a 30 dias. No caso de infecção induzida por transfusão sanguínea e hemoderivados, o período de incubação pode variar de 10 horas a 60 dias.

Período pré-patente: está relacionado ao período pré-eritrocítico da infecção malárica no fígado humano. Compreende o tempo desde a inoculação dos esporozoítos nos capilares até a invasão das hemácias pelos merozoítos em número insuficiente para ser detectado pela hemoscopia. Este período varia também segundo a espécie e tipo de plasmódio infectante, da quantidade de plasmódios inoculados e da resposta imune do hospedeiro.

Período sub-patente: compreende o período do ciclo exo-eritrocítico.

Período patente: este período estende-se até a detecção de plasmódios pela hemoscopia, freqüentemente associado com manifestações clínicas.

Malária no indivíduo semi-imune

Indivíduo semi-imune é aquele que já apresentou surtos de malária anteriormente.

Alguns pacientes apresentam sintomas prodrômicos alguns dias antes do início da crise palúdica. O paciente sente-se incomodado, com cefaléia, dores musculares, astenia, anorexia, febre de pequena intensidade e ocasionalmente náuseas e vômitos. Tais sintomas são inespecíficos e surgem em inúmeras outras doenças infecciosas.

O ataque agudo da malária caracteriza-se por um conjunto de paroxismos febris que apresentam três períodos: frio, calor e suor. Na maioria dos pacientes com malária os sintomas começam repentinamente, com período de frio que costuma durar de 15 a 60 minutos. Os sintomas estão relacionados ao brusco aumento de temperatura do corpo e caracterizam-se pela sensação de frio intenso e calafrios marcados por tremores generalizados. Podem aparecer cefaléia, náuseas e vômitos. O pulso está fino e acelerado, a pele seca e os lábios cianóticos.

O período de calor dura de 2 a 6 horas e tem início quando cessam os calafrios. O paciente começa a sentir calor que pode se tornar insuportável e a face fica hiperemiada, o pulso cheio e a pele seca e quente. Existe uma intensificação da cefaléia e persistência das náuseas e vômitos. Neste período o paciente pode delirar e surgem convulsões, principalmente em crianças.

O período de suor dura de 2 a 4 horas. A febre cede em crise (rapidamente) cessando o desconforto. Após cessar o suor, que é intenso, o paciente pode permanecer com discreta cefaléia, exaustão, porém relativamente bem. A duração total do paroxismo é de 6 a 12 horas. Uma das características do paroxismo palúdico é que ocorre em períodos regulares, na dependência do tipo de plasmódio infectante. Assim o paroxismo por *P. falciparum* e *P. vivax* repete-se a cada 48 horas (febre terçã) e o por *P. malariae* a cada 72 horas (febre quartã). A regularidade só é válida no caso das infecções cujos parasitos terminam sincronicamente sua esquizogonia.

Malária no indivíduo não imune

Os primeiros ataques no indivíduo não imune não apresentam típico paroxismo palúdico, pois a esquizogonia não é síncrona até que o sistema imune do hospedeiro comece a reconhecer as diferentes formas parasitárias. O indivíduo geralmente apresenta como sintoma único a febre, que pode ser contínua, subcontínua, remitente ou intermitente com remissões. É importante ter em mente que nestes pacientes a malária tem possibilidades maiores de evolução com complicações e que quando os paroxismos ocorrerem em sua forma típica, ou seja, quando ocorrer sincronismo na esquizogonia o paciente pode já estar em situação clínica com complicações.

Malária grave

As formas graves e de urgência, com raras exceções, observam-se nas infecções produzidas por *P. falciparum*. As formas graves apresentam-se no indivíduo não imune, gestantes e crianças. O paroxismo febril não é comum. O paciente apresenta febre persistente, podendo não ser muito elevada, e não apresenta calafrios nem