




PROJETO BÁSICO AMBIENTAL UHE TELES PIRES

**Estudo Epidemiológico do Município de Paranaíta
Dezembro de 2012 a Maio de 2013**

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELO LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO			
INTEGRANTES	CONSELHO DE CLASSE	CTF IBAMA	ASSINATURA
Alysson Cassio Miranda	Gerente de Socioeconomia	5730989	
Enf ^o Vitor José Oliveira Carvalho Coordenador dos Programas de Saúde	COREN – MT 258821	5463606	
Enf ^a Pamella Quinteiro Joaquim Analista Ambiental - Saúde	COREN – MT 274807	5572606	

Agosto – 2013

LISTA DE SIGLA

- AID - Área de Influência Direta do Empreendimento
- AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CHTP – Companhia Hidrelétrica Teles Pires S/A
- CNO - Construtora Norberto Odebrecht S/A – Obra da UHE Teles Pires
- DC - dengue clássica
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FHD - febre hemorrágica da dengue
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDB - Indicadores e Dados Básicos
- IPA - Índice Parasitário Anual
- LTA - Leishmaniose Tegumentar Americana
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PACM - Plano de Ação de Controle da Malária
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PBA – Projeto Básico Ambiental
- PSF – Programa Saúde da Família
- P.29 - Programa de Controle e Prevenção de Doenças P.29
- P.30 - Plano de Ação e Controle da Malária P.30
- RNA - Acido Ribonucleico (sigla em português: ARN e em inglês RNA)
- SCD - síndrome do choque da dengue
- SES – Secretaria Estadual de Saúde
- SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIAB – Sistema de Informações da atenção Básica
- SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- SIM – Sistema de Informações Sobre Mortalidade
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

- SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos
- SISFAD – Sistema de Informações da Febre Amarela e Dengue
- SIVEP – Sistema de informações de Vigilância Epidemiológica
- SVS/MS - Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
- TB – Tuberculose
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UBV – Ultra Baixo Volume

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo Geral.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
3. METODOLOGIA	7
4. COLETA DE DADOS	7
4.1 Indicadores dos serviços de saúde	7
4.1.1 Número de leitos.....	9
4.2 Indicadores da Atenção Básica	9
4.2.1 Medidas de Controle.	14
4.3 Indicadores do Hospital Municipal.....	15
4.3.1 Medidas de Controle	17
5. Doenças de Notificação Compulsória e demais Morbidades.....	19
5.1 Medidas de Controle	20
5.1.1 Doenças infecciosas e parasitárias	20
5.1.2 Doenças respiratórias.....	21
5.1.3 Síndrome do corrimento cervical	22
5.2 Hanseníase	22
5.2.1 Medidas de Controle	23
5.3 Tuberculose	24
5.3.1 Medidas De Controle.....	25
5.3.1.1 Medidas Administrativas	25
5.3.1.2 Medidas de controle ambiental	26
5.3.1.3 Medidas de proteção individual.....	26
5.4 Leishmaniose Tegumentar Americana	27
5.4.1 Medidas de Controle	28
5.4.1.1 Orientações dirigidas para o diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos humanos	29
5.4.1.2 Orientações dirigidas para o controle de vetores.	30

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

5.5 Dengue	32
5.5.1 Aspectos epidemiológicos do município de Paranaíta	32
5.5.2 Medidas De Controle.....	33
5.6 Malária	34
5.6.1 Medidas De Controle.....	36
5.6.1.1 Conduas em relação a ações educativas e participação comunitária	38
5.7 Febre Amarela	38
6. Considerações Finais	39
7. Referências Bibliográficas.....	41

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

1. INTRODUÇÃO

Com o início das obras de implantação da UHE – Teles Pires, é esperado um aumento por demanda nos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade em especial as cidades de Paranaíta, Área de Influência Direta (AID) e Alta Floresta, Área de Influência Indireta (AII), devido ao aumento populacional que se deslocam até essas cidades em busca de empregos e novas oportunidades.

Diante da hipótese dessa demanda, e grande procura, é imprescindível que se estabeleça meios para mitigar possíveis impactos à saúde da população, principalmente relacionado às doenças endêmicas com grande ênfase à malária.

Em relação aos Projetos Básicos Ambientais PBAs do empreendimento UHE – Teles Pires, o Programa de Controle e Prevenção de Doenças – P.29, objetiva garantir que o empreendimento não comprometa as atuais condições de atendimento à saúde dos municípios da AII, que estão mais próximos ao local de implantação, nem agrave os níveis de ocorrência de doenças infectocontagiosas presentes na região.

O PBA P.30 Plano de Ação e Controle da Malária (PACM), tem por objetivo desenvolver ações para redução de fatores de riscos de infecção por *Plasmodium.sp* incluindo medidas de prevenção, proteção e recuperação da saúde aos trabalhadores e a população residente na área de influencia do empreendimento.

A Companhia Hidrelétrica Teles Pires, Construtora Norberto Odebrecht – (CNO) em parceria com os órgãos municipais, estabeleceram parcerias com objetivo de buscar e seguir o modelo de vigilância epidemiológica com base nos princípios da Vigilância em Saúde do SUS, visando à prevenção e proteção coletiva aos riscos gerados pelas atividades do empreendimento, sendo de interesse o conjunto de doenças e agravos de maior significado relacionados aos presumíveis impactos das atividades de construção da Hidrelétrica, com ênfase nas doenças endêmicas da região.

Para a realização das atividades de promoção e prevenção a saúde, é realizado o estudo epidemiológico semestral da UHE – Teles Pires, que é previsto no PBA P.29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças.

Os estudos epidemiológicos possuem a capacidade de levantar e definir a causa e efeito em um determinado espaço de tempo, período, em conjunto com as transformações demográficas, sociais e econômicas, e até mesmo em uma série histórica, que se apresentam as doenças e agravos de saúde divididos em doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

Os estudos epidemiológicos são de extrema importância para a gestão das ações de saúde, tendo em vista, que as morbidades são divididas em duas classes, entendidas quando de um determinado período ou localidade persistem as doenças agudas, de outro, há uma forte predominância relativa das condições crônicas, e os serviços de saúde precisam estar preparados para esse enfrentamento (FUNESA, 2011).

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo quantitativo com objetivo de descrever a prevalência de determinadas morbidades entre os meses de dezembro 2012 a maio do ano de 2013, em relação ao estudo anterior, através dos sistemas de informação do Ministério da Saúde DATASUS, Sistema de Agravos de Notificação – SINAN, dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/SUS), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dados da Secretaria Municipal de Saúde.

O presente estudo é de fundamental importância, pois a partir desse levantamento, foi possível identificar todo processo de saúde doença, analisando a distribuição e os fatores determinantes das morbidades associados à saúde coletiva, fornecendo indicadores que servirão de suporte para as atividades futuras, bem como, ferramenta de planejamento das atividades e avaliação das ações (ROUQUAYROL, 1988).

Este documento constitui o quarto Estudo Epidemiológico Semestral previsto no Programa de Controle e Prevenção de Doenças – P.29 da Usina Hidrelétrica Teles Pires, e tem como objetivo fazer um levantamento epidemiológico nos principais agravos de notificação no Município de Influência Direta do Empreendimento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem por finalidade de realizar um levantamento epidemiológico nos principais agravos de notificação no Município de Influência Direta do Empreendimento.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar um levantamento epidemiológico das principais notificações do município em seis meses após o terceiro estudo realizado.
- Desenvolver medidas de prevenção e proteção contra a infecção por doenças endêmicas da região à população residente.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

- Desenvolver atividades educativas e de comunicação social sobre os fatores de risco da população visando fomentar comportamento autoprotetor e de autocuidado na exposição aos riscos.
- Promover ações educativas com vistas à redução de riscos de doenças por vetores.
- Contribuir na redução dos índices de morbidade e mortalidade causados por doenças infecciosas e parasitárias e na prevenção do aumento desses índices, em decorrência das ações inerentes à implantação do empreendimento ou pela entrada de grande contingente populacional na região.
- Contribuir na redução dos índices de morbidade e mortalidade causadas por doenças respiratórias, associadas às atividades e ações inerentes à implantação do empreendimento ou pela entrada de grande contingente populacional na região.

3. METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento epidemiológico descritivo da distribuição, que se refere à análise por tempo, local e características dos indivíduos, e através de fatores determinantes que são todos os fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais que influenciam a saúde, dos últimos seis meses do Município de Paranaíta, através dos sistemas de informação do Ministério da Saúde DATASUS, Sistema de Agravos de Notificação – SINAN, dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/SUS), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dados da Secretaria Municipal de Saúde.

O presente levantamento epidemiológico dar-se-á a partir dos meses de dezembro de 2012 a maio de 2013 comparando com o estudo realizado no semestre anterior, tendo em vista a data de corte e atualização do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, em atualizar os dados no sistema. Alguns dados de notificação compulsória foram disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde e podem ser retificados por não estarem disponíveis para consulta no DATASUS, devido à data de corte de atualização dos dados no sistema.

4. COLETA DE DADOS

4.1 Indicadores dos serviços de saúde

No município de Paranaíta existem 16 (dezesseis) estabelecimentos de saúde divididos em 4 Unidades Básicas de Saúde, 3 Clínicas Especializadas / Ambulatórios Especializados, 4

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

Consultórios, 1 Hospital Geral, 1 Secretaria de Saúde, 2 Unidades de Serviço de apoio à diagnose e terapia e 1 Academia de Saúde.

Tabela 01: Estabelecimentos de Saúde.

Estabelecimento	CNES
Ambulatório Odebrecht	7161867
Centro Odontológico Paranaíta	6289843
Clínica Paranaíta	6995241
Consultório Odontológico Edmilson Belone	5814855
Consultório Odontológico Wanderley Pedro	3430545
Fisiodonto	5254434
Hospital Municipal de Paranaíta	2471663
Labital Laboratório de Análises Clínicas	2655659
Laboratório Municipal de Análise Clínicas	6214517
Polo Academia de Saúde	6884059
Posto de Saúde da Família I	2655624
Posto de Saúde da Família II	3037258
Posto de Saúde da Família IV	2471647
Posto de Saúde da Família São Pedro	2471647
Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta	5672317
Unidade Descentralizada de Reabilitação Jesus de Nazaré	5315328

Fonte: CNES - DATASUS

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

4.1.1 Número de leitos

No município existem hoje 3 leitos de Cirurgia Geral, 2 leitos de Cirurgia Ginecológica, 8 leitos de Clínica Geral, 3 leitos de Cirurgia obstétrica, 6 leitos de Clínica Obstétrica, 4 leitos de Clínica Pediatra, somando ao todo um total de 26 leitos, dentre destes 13 são cirúrgicos.

Tabela 02: Total de Leitos em Paranaíta

Descrição	Existente	SUS
Cirurgia Geral	3	3
Cirurgia/Ginecologia	2	2
Clínica Geral	8	8
Obstetrícia/Cirúrgica	3	3
Obstetrícia/Clínica	6	6
Pediatria Clínica	4	4
Total Clínico Cirúrgico	13	13
Total Geral	26	26

Fonte: CNES – DATASUS.

O disposto no Capítulo III, artigo 26 da Lei nº 8.080/90, que estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial a serem estabelecidas pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, segundo Portaria GM/MS nº 1.101/02, Art. 1º que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, pela qual preconiza o número mínimo recomendado de leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes. Na atualidade, o município de Paranaíta possui 2,43 leitos por 1.000 habitantes, abaixo do número mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.

4.2 Indicadores da Atenção Básica

A fim de evidenciar os números de atendimentos médicos e procedimentos no município com a chegada do empreendimento, foi realizado um levantamento dos meses de Dezembro de 2012 a Maio de 2013 no Sistema de informações ambulatoriais do SUS, no sistema CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica, IDB - Indicadores e Dados Básicos – Brasil e dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta, comparando com o estudo do semestre anterior, com a data de corte entre os meses de Junho a Novembro de 2012.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

A tabela abaixo faz referência quantitativa dos procedimentos específicos da atenção básica no município de Paranaíta de Dezembro de 2012 a Maio de 2013, discriminando as variáveis de consulta/atendimento/acompanhamentos, consultas médicas em atenção básica, atendimento de urgência e emergência em atenção básica, atendimento de emergência na atenção básica com observação até 8 horas, e atendimento de urgência na atenção básica com remoção.

Tabela 03: Procedimentos específicos da Atenção Básica

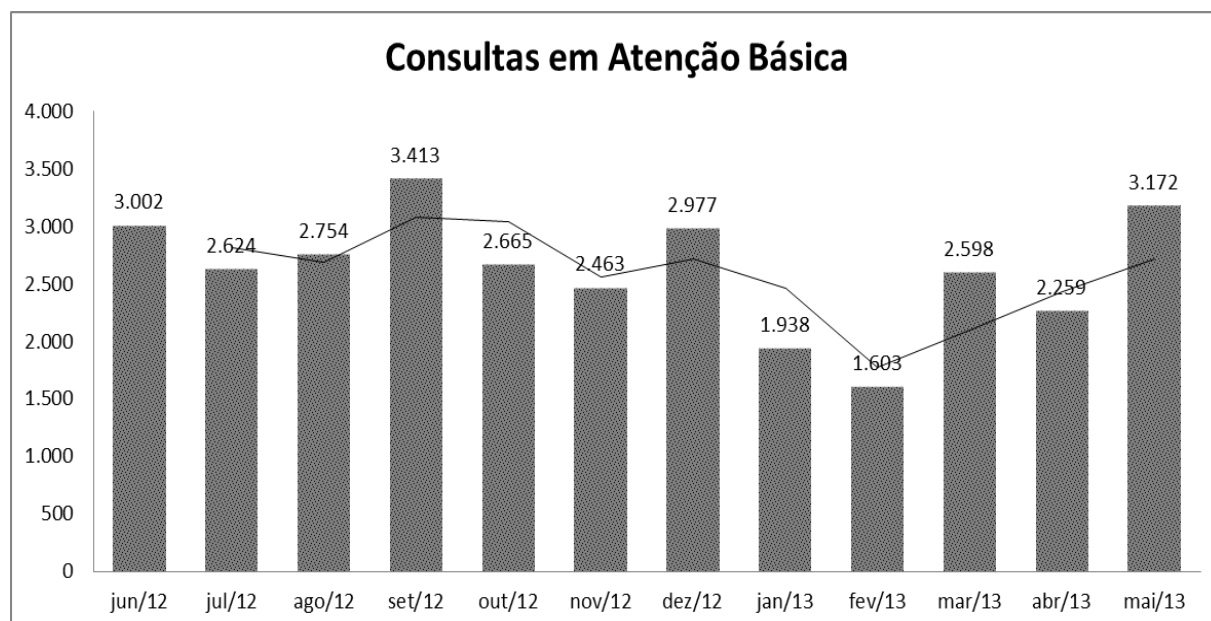
PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS	Dez/12	Jan/13	Fev/13	Mar/13	Abr/13	Mai/13
Consulta/ Atendimentos/ Acompanhamentos	9.793	8.988	10.622	13.129	12.857	14.362
Consulta em Atenção Básica	2.977	1.938	1.603	2.598	2.259	3.172
Atendimento De Urgência Em Atenção Básica	33	24	49	72	74	93
Atendimento De Urgência Na Atenção Básica C/ Observação Até 8 Horas	2	0	18	0	0	5
Atendimento De Urgência Na Atenção Básica C/ Remoção	0	0	5	0	0	0
Procedimentos Ambulatoriais	18.481	19.385	20.376	25.324	22.745	19.937

Fonte: SIAB – DATASUS.

O principal objetivo do levantamento é de evidenciar o número de consultas médicas (SUS) por habitante, medindo a relação entre a produção de consultas médicas no SUS e a população residente na mesma área geográfica.

O conceito de consultas apresentadas propicia a obtenção de um dado mais aproximado do total de consultas efetivamente realizadas. Esses dados de aumento são influenciados por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como; nível de renda, perfil de morbidade, composição etária, infraestrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.

Gráfico 01: Comparativo do Número de consultas em atenção básica com o estudo anterior.



Fonte: SIAB – DATASUS.

Segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) é considerado como consultas médicas os procedimentos relacionados na tabela SIA/SUS incluindo tanto os procedimentos relativos à Atenção Básica quanto os de média complexidade.

A meta pactuada em 2007 pelo Ministério da Saúde para média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades Básicas do SUS é de um 1,5/habitante ano.

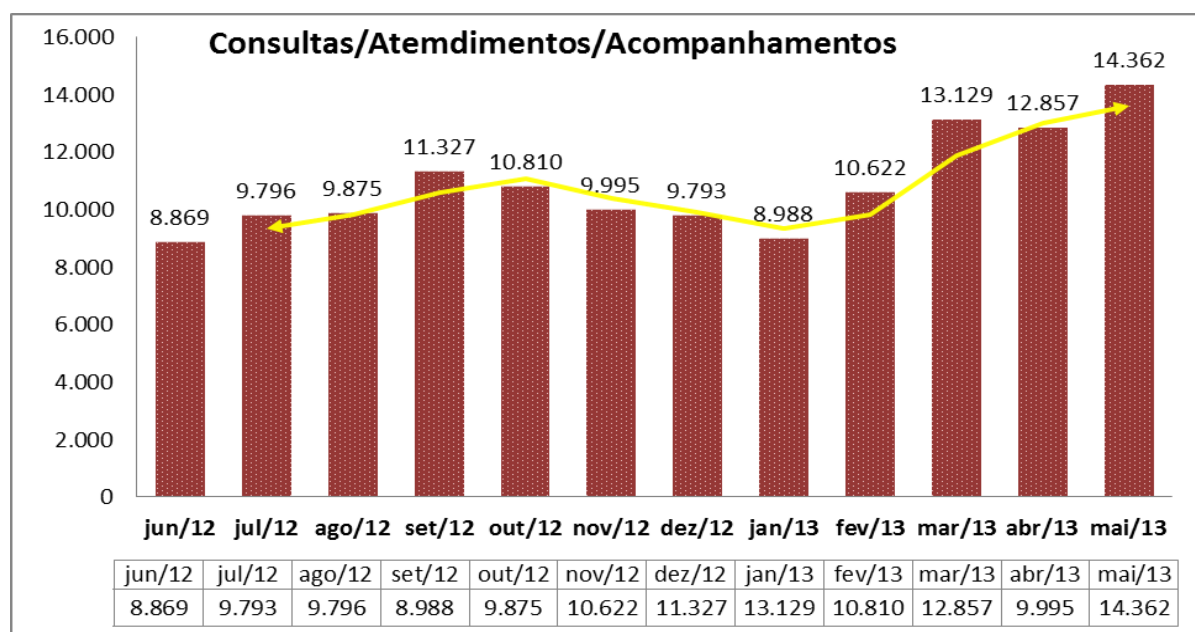
Contabilizando os doze meses estudados o município de Paranaíta possui uma média de 2,92/habitante ano, acima da meta pactuada recomendada pelo Ministério da Saúde.

A entrega de obras direcionadas a saúde indicadas no termo de pactuação feito entre o município de Paranaíta e a CHTP foram entregues no segundo semestre do ano de 2012 com a construção de 2 Postos de Saúde da Família (1 unidade na zona urbana e 1 unidade na zona rural) e realizada reforma e ampliação em um Posto de Saúde da Família existente.

A realização dessas obras podem ter contribuído para o alcance da meta de número de consultas na atenção básica, pois, segundo o pacto pela saúde (2007) a expansão e consolidação da estratégia de Saúde da Família, melhoria na estruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas condições de trabalho para as equipes são fatores importantes para o alcance da meta.

Os dados de consultas/atendimentos/acompanhamentos são realizados por profissionais de nível superior e englobam os procedimentos definidos na tabela SIA-SUS SIH-SUS das consultas – atendimentos – acompanhamentos.

Gráfico 02: Número de consultas/atendimentos/acompanhamentos



Fonte: SIAB –DATA SUS

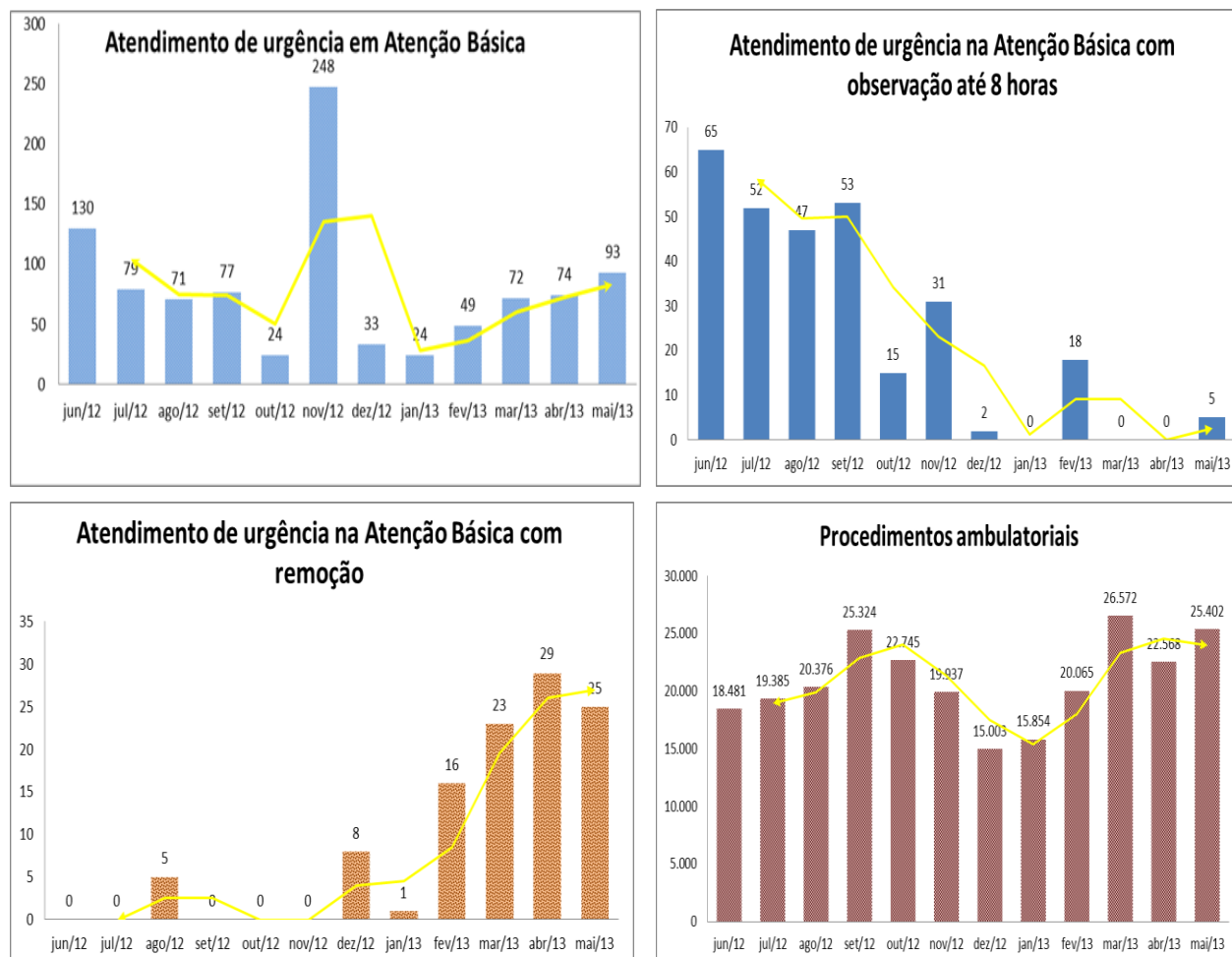
De acordo com o gráfico 02, nota-se um incremento nos números de consultas/atendimentos/acompanhamentos na atenção básica, chegando a um aumento em média de 1% a 3% em relação aos meses, o mês de maior número de atendimentos foi o de maio de 2013 correspondendo 11,01%.

Aumento esse que pode ser justificada pelo incremento populacional com a chegada do empreendimento e com a migração da população de municípios vizinhos a procura de oportunidade de emprego.

Porém, antevendo-se a esse aumento foram entregues pela CHTP obras direcionadas a saúde indicadas no termo de compromisso feito entre o município de Paranaíta voltadas da área da saúde, principalmente na Atenção Básica. Essas obras foram realizadas com intuito de mitigar o incremento populacional com a chegada do empreendimento e entende-se que a capacidade operacional de atendimento na atenção básica está superdimensionada e com folga.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

Gráfico 03: atendimentos e procedimentos realizados na Atenção Básica.



Fonte: SIAB –DATA SUS

Conforme supracitado no Gráfico 03 atendimentos e procedimentos realizados na Atenção Básica, ocorreu uma diminuição nos números de atendimentos de urgência em atenção básica de 3,50% em relação ao estudo do semestre anterior. Onde o mês de novembro de 2012 foi o com o maior número de atendimentos correspondendo a 25,46%.

No gráfico de atendimento de urgência com observação até 8 horas demonstra uma queda nos atendimentos em relação ao semestre anterior. Onde se obteve uma queda de 20,83% em relação a junho de 2012 a maio de 2013.

Ao analisar o gráfico de atendimentos de urgência com remoção na atenção básica ocorreu um aumento de 22,05% em relação ao semestre anterior.

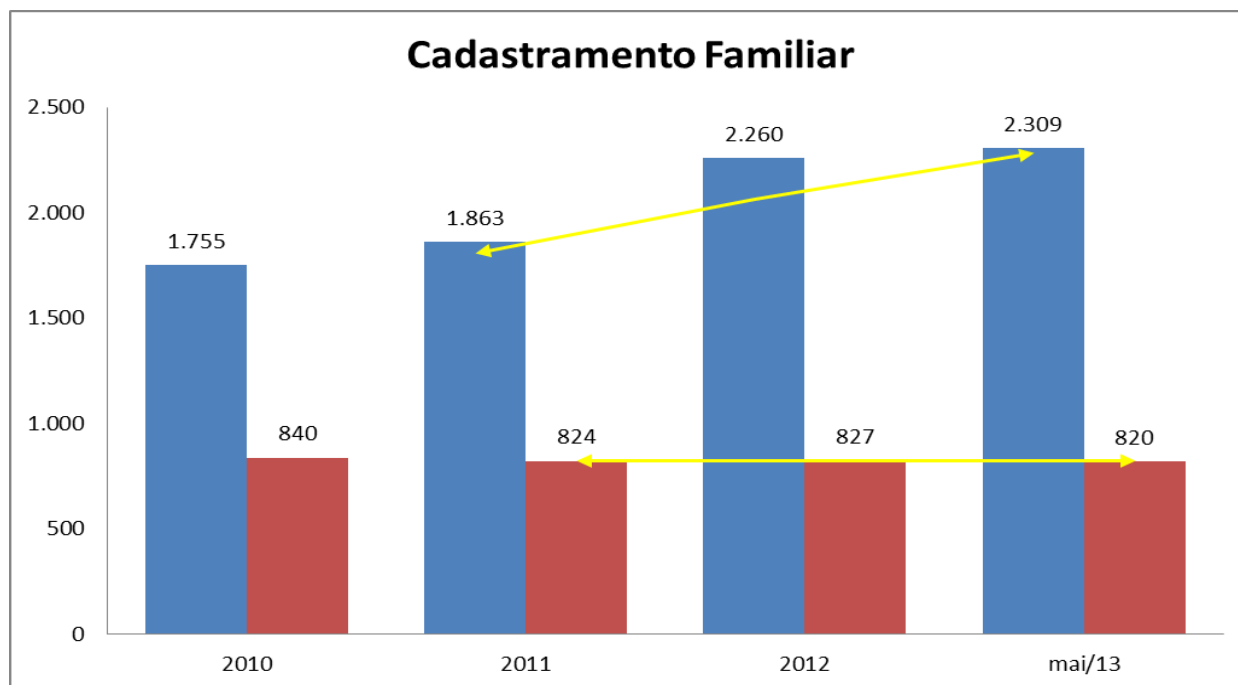
O gráfico de procedimentos ambulatoriais apresenta um aumento de 0,8% a 2% em relação aos meses. Em relação ao semestre anterior ocorreu uma diminuição de 0,30%.

4.2.1 Medidas de Controle.

A Companhia Hidrelétrica Teles Pires através do seu PBA P.36 Programa de Reforço à Infraestrutura e aos Equipamentos Sociais realizou o incremento e o fortalecimento dos setores da saúde no município com a construção de Unidades de Saúde, podendo destacar a construção de um PSF Rural, um PSF Urbano, ampliação e reforma de um PSF existente e reforma do setor de Fisioterapia já existente, aumentando assim a capacidade de abrangência de atendimento na atenção básica de saúde, deixando de sobrecarregar as unidades já existentes.

Diante do exposto, pode-se destacar o compromisso que a secretaria Municipal de Saúde com a melhoria da qualidade permanente, através do desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas adequadas aos novos desafios colocadas pela realidade que está sendo vivenciada, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica, e a busca de respostas às expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do serviço e resposta as necessidades de saúde da população.

Gráfico 04: Cadastramento familiar



Fonte: SIAB –DATA SUS

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

De acordo com o gráfico acima, nota-se que ocorreu um aumento em relação ao ano de 2010 até maio de 2013 no número de famílias cadastradas de 4,64%. Aumento esse que pode ser justificado pelo incremento populacional, e a vinda de novas empresas ao município. Outro potencializador no aumento das famílias cadastradas é a ampliação da atenção básica no município.

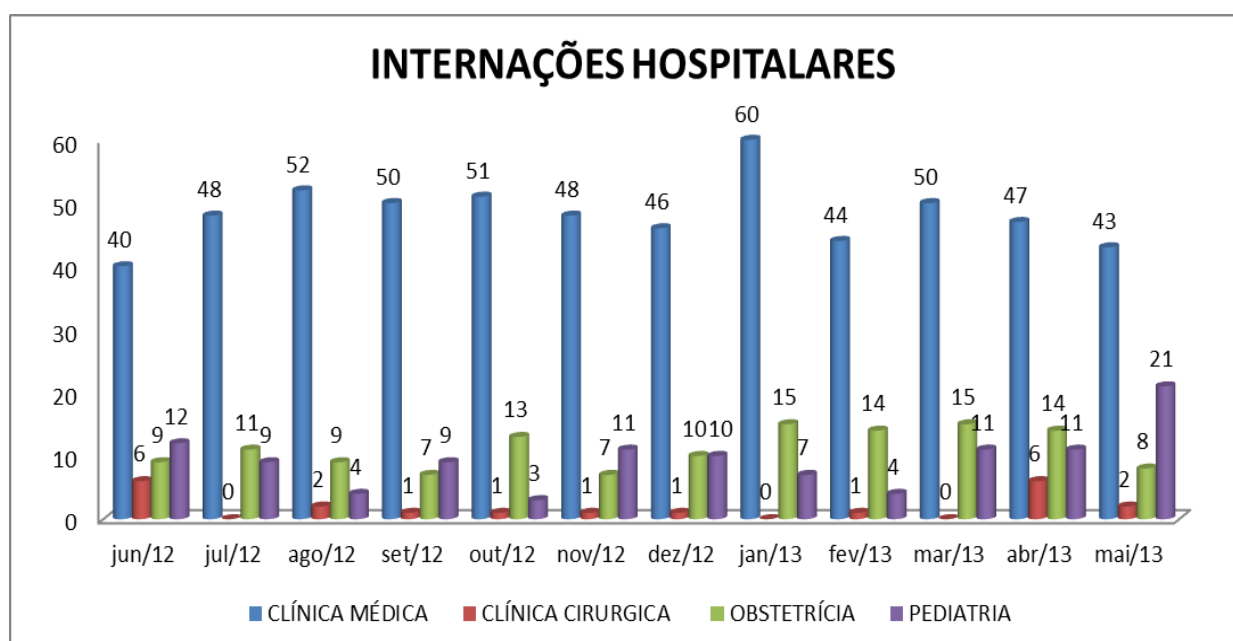
A CHTP através do seu PBA P.36 Programa de Reforço à Infraestrutura e aos Equipamentos Sociais realizou o incremento e o fortalecimento dos setores da saúde no município com a construção de Unidades de Saúde, podendo destacar a construção de dois Postos de Saúde da Família, sendo uma unidade Rural e uma Urbana, reforma e ampliação de um Posto de Saúde da Família existente, aumentando assim a capacidade de abrangência na rede e também deixando de sobrecarregar as unidades já existentes.

Hipoteticamente podemos afirmar que as construções dos novos postos de saúde pela CHTP, as famílias que não eram atendidas passaram a ter atendimento mediante a ampliação da capacidade de atendimento no município na Atenção Básica.

4.3 Indicadores do Hospital Municipal

O Hospital municipal de Paranaíta inaugurado no dia 31 de abril de 2012. A unidade possui 26 leitos, com estrutura para atendimento de urgência e emergência, internação hospitalar, atendimento dos procedimentos, parto normal e cesárea e cirurgia de média complexidade.

Gráfico 05: Internações Hospitalares



Fonte: SIH - DATASUS

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

O gráfico acima demonstra as internações realizadas no hospital municipal divididos em 4 setores: clínica cirúrgica, obstetrícia, clínica médica e pediatria.

Ao analisar as internações no setor da clínica cirúrgica nota-se que os meses de Junho e Abril foram os com mais internações com 28,57% cada.

Analisando as internações do setor de obstetrícia, observa-se que os meses com maior número de internações foram os de Janeiro e Março com 11,36% cada.

As internações do setor de clínica médica observa-se que o mês com maior número de internações foi o de Janeiro correspondendo a 10,36% das internações.

O setor de pediatria o mês com maior número de internações foi o de Maio correspondendo a 18,75% das internações.

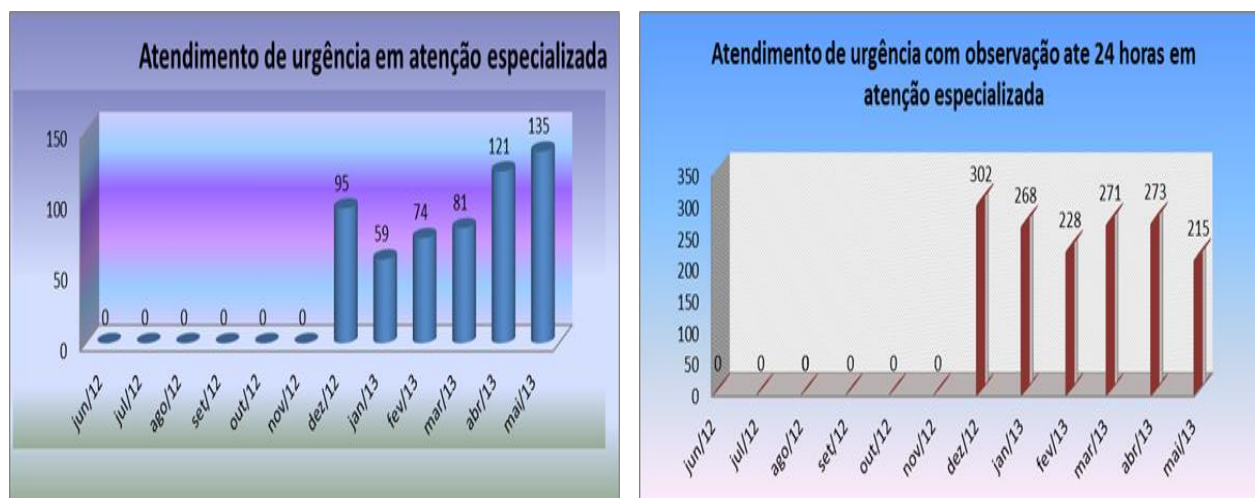
Analisando por setor o que mais obteve internações foi o de clínica médica com 68,61%. Neste setor inclui o estudo das doenças de adultos, não cirúrgicas, não obstétricas e não ginecológicas, sendo a especialidade médica a partir da qual se diferenciaram todas as outras áreas clínicas como Cardiologia, Reumatologia, Oncologia, Alergologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia e Pneumologia.

O setor de obstetrícia que presta assistência à mulher nos períodos da gravidez e pós-parto (puerpério), foi o segundo com maior número de internações com 15,63%. O setor de pediatria que presta assistência à criança e ao adolescente com 13,27% e o de clínica cirúrgica com 2,48%.

A atenção especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. Essa atenção contempla cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

Gráfico 06: Atendimento de urgência em atenção especializada



Fonte: SIH – DATASUS

Ao analisar o gráfico de atendimento de urgência em atenção especializada os meses de maior número de atendimentos foram o de maio de 2013 com 23,90% e abril de 2013 com 21,42%. Onde se obteve uma média de aumento entre os meses de 2,65% a 7,0%.

Ao analisar o gráfico de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada observa-se que os meses de maior número de atendimentos foram o de dezembro de 2012 com 19,40% e o mês de Abril com 17,55%. Houve uma média de diminuição nos números de atendimentos de 2% a 5% entre o mês de Dezembro de 2012 a Maio de 2013.

4.3.1 Medidas de Controle

A CNO e CHTP possuem convênios com unidades particulares de saúde, bem como, ambulatório próprio, que conta com uma equipe multiprofissional de saúde, com toda estrutura necessária para atendimentos médicos, fisioterápicos, fonoaudiólogo, odontológicos, de enfermagem e realização de exames de imagem e laboratoriais, com objetivo de não aumentar os números de atendimentos nos serviços de saúde.

Foram realizadas reuniões de alinhamento, e direcionamento dos recursos do PBA P.36 com intuito de mitigar os impactos relacionados ao empreendimento, e não fora indicado nenhum investimento no Hospital Municipal de Paranaíta, que na época, era estabelecimento particular de saúde, e que atendia o município em forma de convênio, e que foi vendido e repassado ao município no segundo semestre de 2012. Frente a isso, foi solicitado investimento na aquisição de uma ambulância Tipo C (UTI – Móvel) a qual já foi entregue para o município.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

Tabela 04: Procedimentos realizados no Hospital Municipal

<i>Procedimentos realizados no Hospital Municipal</i>	<i>dez/12</i>	<i>jan/13</i>	<i>fev/13</i>	<i>mar/13</i>	<i>abr/13</i>	<i>mai/13</i>
Tratamento de Dengue Clássica	26	21	9	5	5	6
Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	11	9	6	5	7	1
Tratamento de anemia aplastica e outras anemias	0	0	3	1	1	0
Tratamento de Anemias nutricionais	0	0	0	1	1	0
Tratamento de Diabetes Mellitus	2	3	3	2	6	0
Tratamento de Distúrbios metabólicos	0	0	2	2	0	0
Tratamento de crise Hipertensiva	2	2	4	3	2	3
Tratamento de Insuficiência Cardíaca	0	4	2	0	2	1
Tratamento de doenças do Esôfago, Estomago e Duodeno	0	0	1	0	4	5
Tratamento de Transtornos das vias biliares e pâncreas	0	0	0	1	0	0
Tratamento de Estreptocócicas	4	5	3	4	2	0
Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	2	3	4	2	3	2
Tratamento das doenças crônicas das vias inferiores	2	9	4	2	1	1
Tratamento de pneumonia ou influenza (gripe)	5	2	3	19	13	29
Tratamento de doenças glomerulares	2	0	0	0	0	1
Tratamento de Pielonefrite	2	6	9	13	10	8
Tratamento de infecções específicas do período perinatal	0	0	0	0	0	0
Tratamento de calculose renal	0	1	0	1	1	1
Tratamento de efeitos do contato com animais e plantas venenosas	0	2	0	0	0	0
Parto Normal	2	7	3	5	4	3
Postectomia	0	0	0	0	0	0
Ooforectomia/ Ooforoplastia	0	0	0	0	0	0
Salpingectomia Uni/ Bilateral	1	0	0	0	1	0
Exerese de Glandula de Bsrtholin/ Skene	0	0	0	0	0	0
Parto Cesariano	6	3	4	3	8	2
Curetagem pos-abortamento/ Puerperal	0	1	2	5	0	2

Fonte: SIH – DATASUS, SAI – DATASUS.

De acordo com a tabela 04 o tratamento de dengue clássica foi responsável por 17,75% dos atendimentos realizados nos meses de dezembro de 2012 a maio de 2013 com 72 atendimentos. Tratamento de pneumonia ou influenza (gripe) foi à segunda de maior

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

atendimento com 17,48%. Tratamento de Pielonefrite foi à terceira em números de atendimentos com 11,82%.

5. Doenças de Notificação Compulsória e demais Morbidades

Foi realizado um levantamento das principais doenças de notificação compulsória e morbidades do município de Paranaíta dos meses de Dezembro de 2012 a Maio de 2013.

Tabela 05: Doenças de Notificação compulsória e demais morbidades.

DESCRIÇÃO	dez/12	jan/13	fev/13	mar/13	abr/13	mai/13	TOTAL
Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (Outras doenças de transmissão predominantemente sexual NCOP)	0	0	0	1	0	0	1
DST (Síndrome do corrimento cervical em mulheres)	0	10	2	14	13	12	51
DST (Síndrome do corrimento uretral em homens)	0	0	0	0	0	1	1
Leishmaniose Visceral	0	0	0	0	0	0	0
Febre Amarela	0	0	0	0	0	0	0
HIV/ AIDS	0	0	0	0	0	0	0
Doença de Chagas	0	0	0	0	0	0	0
Doença Exantemática	0	0	0	0	0	0	0
Hantavíroses	0	0	0	0	0	0	0
Meningite	0	0	0	0	0	0	0
Leptospirose	0	0	0	0	0	0	0
Febre Maculosa Brasileira	0	0	0	0	0	0	0
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	41	36	19	15	14	7	132
Neoplasias	0	0	0	0	0	0	0
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	0	0	1	2	2	0	5
Doenças Endócrinas, Nutricionais E Metabólicas	2	3	5	4	7	0	21
Doenças do Sistema Nervoso	0	0	0	0	0	0	0
Doenças do Aparelho Circulatório	2	7	6	3	6	6	30
Doenças do Aparelho Respiratório	7	11	7	21	14	35	95
Doenças do Aparelho Digestivo	0	0	2	1	5	7	15
Doenças da Pele e Do Tecido Subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0
Doenças do Aparelho Geniturinário	5	7	9	14	15	10	60
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	0	0	0	0	0	0	0
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	0	0	0	0	0	0	0
Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas	0	3	0	1	0	0	4

Fonte: SIAB – DATA SUS e Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

Analisando o gráfico 05 observa-se que os principais agravos de notificação do município de Paranaíta nos meses de Dezembro de 2012 a Maio de 2013, foram à incidência dos casos de doenças infecciosas e parasitárias o que corresponde a 31,80% dos casos. Doenças do aparelho respiratório correspondem a 22,90%, que pode ser justificado devido à mudança de temperatura, pois, é comum surgirem doenças como: gripe, asma, diarreia, hepatite e conjuntivite, nesse período. Doença do aparelho geniturinário corresponde a 14,46%.

5.1 Medidas de Controle

5.1.1 Doenças infecciosas e parasitárias

- Higiene pessoal: lavar as mãos, tomar banhos diários, manter unhas cortadas e escovadas, trocar e lavar as roupas de uso pessoal e de cama e banho com frequência, escovar e cuidar dos dentes diariamente. Somente defecar em vasos sanitários e quando isso não for possível, dar destino seguro aos dejetos fecais;
- Beber somente água filtrada ou fervida;
- Lavar muito bem as verduras, frutas e legumes que serão consumidos crus;
- Evitar o consumo de carnes e seus derivados crus (linguiça, salames, churrasquinhos, etc.) ou mal cozidos;
- Proteger os alimentos de poeira e insetos (como baratas ou moscas) que podem transportar em suas patas formas resistentes de parasitos;
- Fazer o diagnóstico e tratamento correto das infecções sempre que houver suspeita de parasitose;

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

- Proteger os pés e pernas com sapatos e botas impermeáveis sempre que for trabalhar na lavoura ou pisar em solos suspeitos de contaminação fecal;
- Proteger as mãos com luvas quando tiver que manipular objetos contaminados, e usar máscaras ao entrar em contato com pessoas sabidamente portadoras de doenças infecciosas;
- Usar roupas adequadas para se proteger das picadas dos mosquitos se precisar frequentar zonas rurais endêmicas para determinadas parasitoses (garimpo, minério, derrubada de matas, etc.);
- Vacinar-se e estimular a vacinação contra as doenças infecciosas para as quais as vacinadas são recomendadas;
- Instalações sanitárias de rede de esgoto, tratamento da água de abastecimento.

5.1.2 Doenças respiratórias

- Higiene das mãos com água e sabão (depois de tossir ou espirrar; depois de usar o banheiro; antes de comer; antes de tocar os olhos, boca e nariz).
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies;
- Proteger com lenços a boca e nariz ao tossir ou espirrar, para evitar disseminação de aerossóis;
- Manter os ambientes ventilados;
- É importante que o ambiente doméstico seja arejado e receba luz solar, pois estas medidas ajudam a eliminar os possíveis agentes de infecções respiratórias;
- Hábitos saudáveis, como alimentação balanceada, ingestão de líquidos e atividades físicas.

As medidas de controle para doenças do aparelho geniturinário;

- Evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em oxalatos, como café, chocolate, refrigerante à base de cola.
- Evitar longos banhos de imersão, já que o contato com o meio líquido favorece a contaminação.
- Beber água em abundância (cerca de 1.5 a 2 litros diários) facilita o trabalho de filtração dos rins dado que os produtos de excreção ficam mais dissolvidos.
- O consumo excessivo de bebidas alcoólicas produz um efeito destruidor em algumas das estruturas dos rins.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

- Evitar comer carne em excesso. Os nutrientes resultantes da digestão da carne quando são utilizados pelas células dão origem a determinados produtos de excreção em quantidade dificultando a tarefa dos rins.
- A higiene dos órgãos genitais, assim como a mudança diária da roupa íntima, são fundamentais. Evitamos assim infecções urinárias que, se não forem tratadas, podem afetar gravemente os rins.

5.1.3 Síndrome do corrimento cervical

- Orientar sobre a higiene íntima;
- Orientar sobre o uso de camisinha em todas as relações sexuais;
- Orientar sobre a importância do acompanhamento da saúde nas unidades básica de saúde.

5.2 Hanseníase

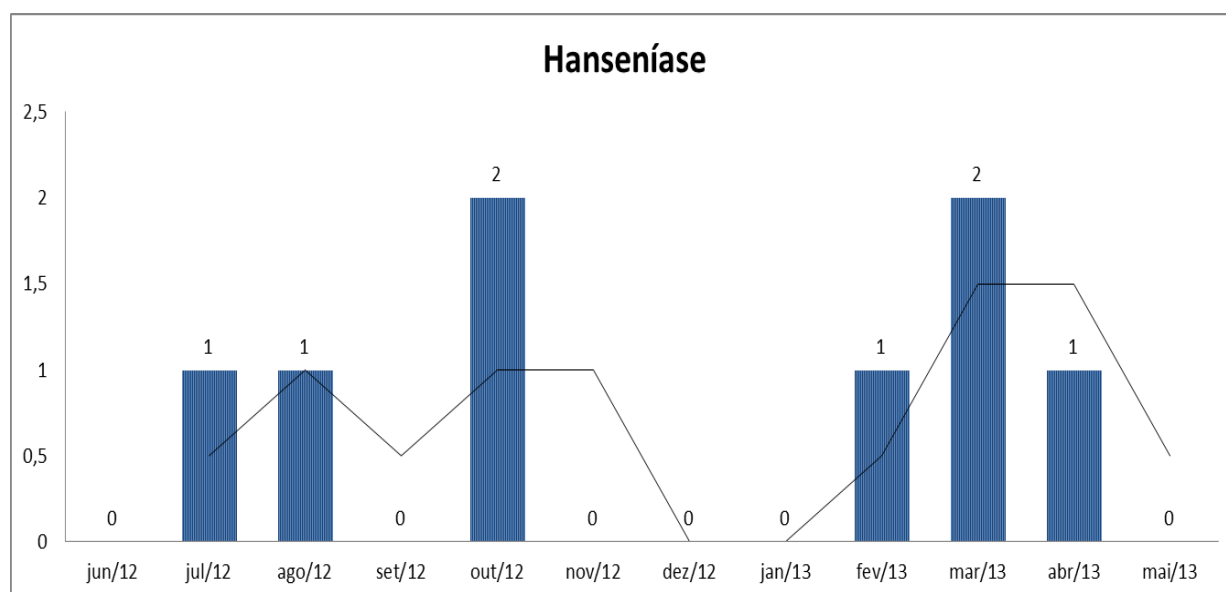
Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés (BRASIL, 2002c).

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades (BRASIL, 2002c).

A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar (BRASIL, 2002c).

Diminuir para menos de um os casos de hanseníase no Brasil para cada dez mil habitantes até 2015 é a meta do Ministério da Saúde. A maior dificuldade, no entanto, é alcançar essa taxa por igual em todas as regiões. No Norte a taxa é 3,28 casos, no Centro-Oeste é de 3,15, e no Nordeste 1,56, quando a prevalência nacional é 1,24 caso. Somente as regiões Sul e Sudeste já estão dentro da meta, com menos um caso para cada dez mil habitantes.

Gráfico 07: Casos positivos de Hanseníase.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Ao analisar o gráfico 07 verifica-se que no mês de Outubro de 2012 e Março de 2013 foram os meses com maior número de casos correspondendo a 25% cada dos casos registrados nos últimos doze meses. Os meses de Julho e Agosto de 2012, fevereiro e abril de 2013 com 12,50% cada.

5.2.1 Medidas de Controle

O conceito de controle envolve alguns verbos importantes: prevenir, diagnosticar, tratar e limitar. Para o controle da hanseníase utilizam cada um destes verbos. Eles são transformados em realidade através das ações de controle.

Diagnóstico precoce dos casos, através do atendimento de demanda espontânea, de busca ativa e de exame dos contatos para tratamento específico, que deve ser feito em regime eminentemente ambulatorial.

As ações de comunicação são fundamentais à divulgação das informações sobre hanseníase dirigidas à população em geral e, em particular, aos profissionais de saúde e às pessoas atingidas pela doença e às de sua convivência.

Essas ações devem ser realizadas de forma integrada à mobilização social. É recomendável que a divulgação de informações sobre hanseníase dirigida à população em geral, às pessoas atingidas pela doença e aos profissionais de saúde seja feita de forma integrada às ações de mobilização e de participação social.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

As práticas de educação em saúde para controle da hanseníase devem estar baseadas na política de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde e compreendem, pelo menos, orientações sobre a atenção integral, estímulo ao auto-exame e investigação dos contatos domiciliares, autocuidado apoiado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento.

A educação permanente em saúde, ao proporcionar a formação dos profissionais de saúde, gestores e usuários, é uma estratégia essencial à atenção integral humanizada e de qualidade, ao fortalecimento do SUS e à garantia de direitos e da cidadania. Para tanto, faz-se necessário estabelecer ações intersetoriais envolvendo a educação e a saúde, de acordo com a Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde.

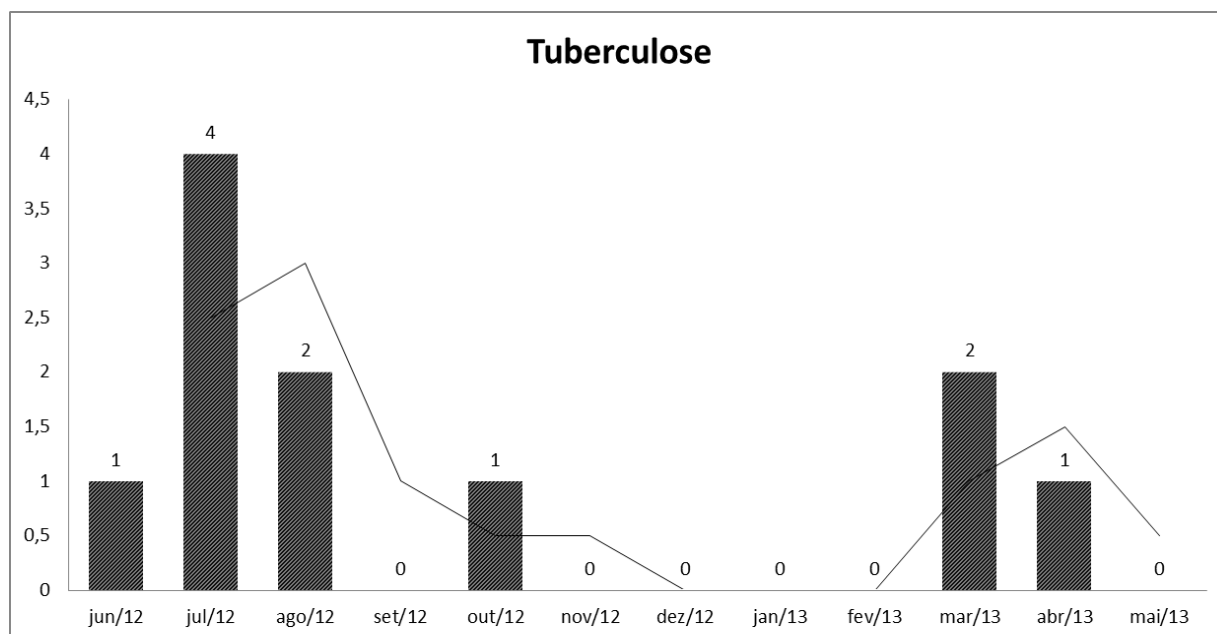
5.3 Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microrganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com TB pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2002).

A propagação da tuberculose está ligada às condições de vida da população. Prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infraestrutura urbana, como saneamento e habitação (BRASIL, 2002b).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS, que representam 80% da carga mundial de Tuberculose (TB). Em 2007, o Brasil notificou 72.194 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 hab. Destes 41.117 casos novos foram bacilíferos (casos com baciloscopia de escarro positiva), apresentando um coeficiente de incidência de 41/100.000 hab². Estes indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (BRASIL, 2010c).

Gráfico 08: Casos positivos de tuberculose.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Analisando o gráfico acima é possível verificar que ocorreu uma diminuição de 17% no número de casos em relação ao estudo anterior. O mês de Julho de 2012 foi o com maior número de casos notificados com 36,37% dos casos. O mês de agosto de 2012 e março de 2013 foram responsáveis por 18,19% dos casos cada.

5.3.1 Medidas De Controle

As medidas de controle de transmissão dividem-se em três categorias: administrativas, também chamadas gerenciais; de controle ambiental (ou de engenharia) e proteção respiratória (BRASIL, 2010).

5.3.1.1 Medidas Administrativas

É consenso que as medidas administrativas isoladamente são as mais efetivas na prevenção da transmissão da TB. Analisando-se o percurso do bacilífero e o seu tempo de permanência nos diferentes locais da unidade deve-se propor mudanças na organização do serviço, treinamento dos profissionais e reorganização do atendimento. Essas providências, além de serem pouco onerosas, têm grande efeito na redução do risco de transmissão da doença (BRASIL, 2010c).

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

5.3.1.2 Medidas de controle ambiental

Essas medidas incluem adaptação de mobiliário, adaptação dos espaços de atendimento com eventuais reformas ou construção de espaços adequados (BRASIL, 2010c). Incluem:

- Escolher ambiente de permanência de possíveis sintomáticos respiratórios o mais ventilado possível; havendo condições, devem ser designadas áreas externas para espera de consultas.
- Posicionar exaustores ou ventiladores de forma que o ar dos ambientes potencialmente contaminados se dirija ao exterior e não aos demais cômodos da instituição, contribuindo para direcionar o fluxo de ar de modo efetivo no controle da infecção por *M.tuberculosis*.
- Designar local adequado para coleta de escarro, de preferência em área externa do serviço de saúde, cuidando para que haja suficiente privacidade para o paciente. Não utilizar cômodos fechados como, por exemplo, banheiros.
- Em unidades hospitalares e de emergência é considerada de elevada prioridade a definição de locais de isolamento respiratório em número suficiente para atender a demanda da unidade. Estes locais devem dispor de renovação do ar de pelo menos seis vezes por hora e pressão negativa em relação aos ambientes contíguos. Em geral, a pressão negativa pode ser obtida apenas com exaustores.

5.3.1.3 Medidas de proteção individual

O uso de máscaras (respiradores) no atendimento de pacientes com TB deve ser feito de forma criteriosa. Muitos profissionais dedicam a esse item dos procedimentos de biossegurança valor prioritário, negligenciando em medidas administrativas e de controle ambiental que certamente teriam maior impacto na sua proteção. Para o uso correto do respirador é necessário que se estabeleçam locais para sua utilização, o que implica em barreiras físicas que identifiquem a partir de onde usá-las (salas de atendimento, isolamentos, etc.) (BRASIL, 2010c).

- Em serviços ambulatoriais onde é baixa a renovação do ar, é recomendável o uso de máscaras de proteção respiratória (tipo PFF2, padrão brasileiro e da União Européia ou N95, padrão dos EUA) pelos profissionais que atendam doentes referenciados bacilíferos ou potencialmente bacilíferos. O uso de máscaras pelos profissionais de saúde somente durante o atendimento seria de pouca utilidade, ainda mais que, quando o paciente deixa o local de atendimento, os bacilos permanecem no ambiente por até 9 horas dependendo de sua ventilação e iluminação.
- Qualquer pessoa (PS ou familiar) que entre nas enfermarias de isolamento respiratório deve utilizar máscaras do tipo PFF2 ou N95.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

- É necessário treinamento especial para uso das máscaras PFF2 ou N95 uma vez que devem ser perfeitamente adaptadas ao rosto do funcionário. Essas máscaras podem ser reutilizadas, desde que estejam íntegras e secas.

5.4 Leishmaniose Tegumentar Americana

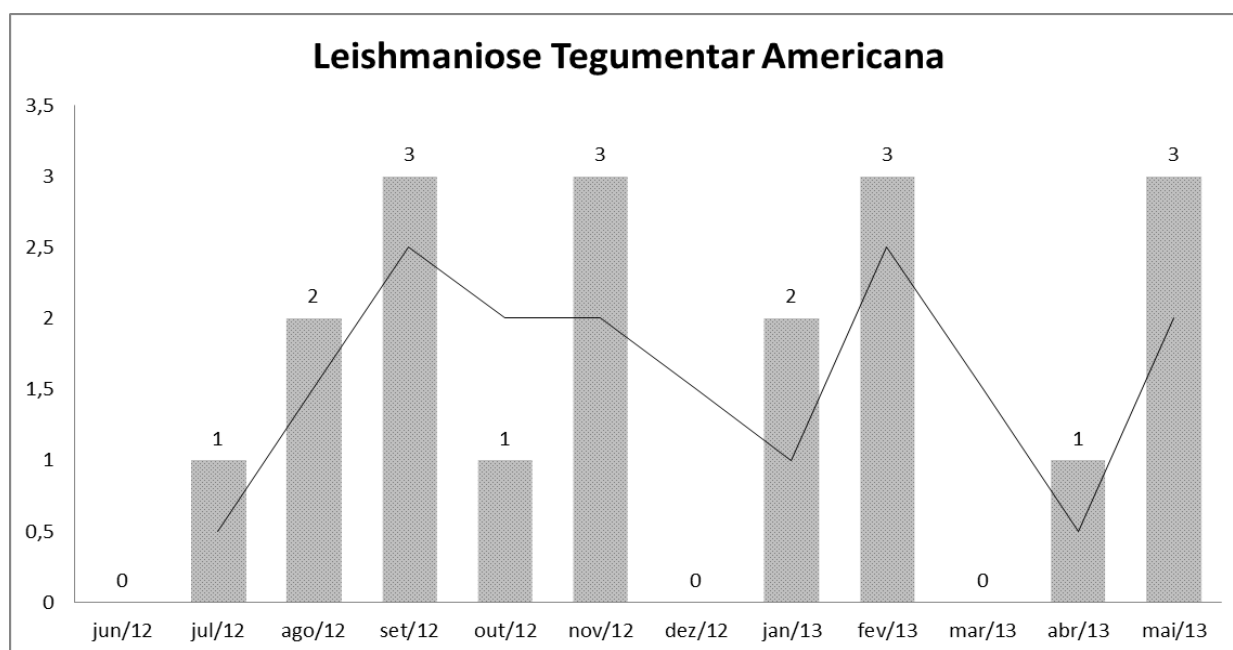
A leishmaniose tegumentar constitui um problema de saúde pública em 88 países, distribuídos em quatro continentes (Américas, Europa, África e Ásia), com registro anual de 1 a 1,5 milhões de casos. É considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pelo seu alto coeficiente de detecção e capacidade de produzir deformidades (BRASIL, 2007a).

Segundo o Ministério da Saúde (2007a), no Brasil, a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma das afecções dermatológicas que merece mais atenção, devido a sua magnitude, assim como pelo risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano, e também pelo envolvimento psicológico, com reflexos no campo social e econômico, uma vez que, na maioria dos casos, pode ser considerada uma doença ocupacional. Apresenta ampla distribuição com registro de casos em todas as regiões brasileiras.

A LTA é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por diferentes espécies de protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas. Primariamente, é uma infecção zoonótica, afetando outros animais que não o ser humano, o qual pode ser envolvido secundariamente (BRASIL, 2007a).

Os vetores da LTA são insetos denominados flebotomíneos, pertencentes à Ordem Diptera, Família Psychodidae, Subfamília Phlebotominae, Gênero *Lutzomyia*, conhecidos popularmente, dependendo da localização geográfica, como mosquito palha, tatuquira, birigui, entre outros (BRASIL, 2007a).

Gráfico 09: Casos positivos de leishmaniose tegumentar americana



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Analisando o gráfico 09 pode-se observar que os meses com maiores números de casos positivos foram de Setembro e Novembro de 2012; e Fevereiro e Maio de 2013 correspondendo a 15,79% cada, seguido do mês de Agosto de 2012 e Janeiro de 2013 com 10,53%.

5.4.1 Medidas de Controle

Em virtude das características epidemiológicas da LTA, as estratégias de controle devem ser flexíveis, distintas e adequadas a cada região ou foco em particular. A diversidade de agentes, de reservatórios, de vetores e a situação epidemiológica da LTA, aliada ao conhecimento ainda insuficiente sobre vários aspectos, evidencia a complexidade do controle desta endemia.

Para definir as estratégias e a necessidade das ações de controle para cada área de LTA a ser trabalhada, deverão ser considerados os aspectos epidemiológicos, bem como seus determinantes. Para tanto é necessário (BRASIL, 2007a):

- A descrição dos casos de LTA segundo idade, sexo, forma clínica, local de transmissão (domiciliar ou extra domiciliar);
- A distribuição espacial dos casos;
- A investigação na área de transmissão para conhecer e buscar estabelecer determinantes, tais como:

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

- Presença de animais, a fim de verificar possíveis fontes alimentares e ecotopo favorável ao estabelecimento do vetor;
- Presença de lixo, que poderá atrair animais sinantropicos para as proximidades do domicilio;
- condições de moradia, que facilitam o acesso do vetor.
- Delimitação e caracterização da área de transmissão.

Essa investigação indicara a necessidade da adoção de medidas de controle da LTA, destacando que o diagnostico precoce e tratamento adequado dos casos humanos, bem como as atividades educativas, devem ser priorizados em todas as situações (BRASIL, 2007).

5.4.1.1 Orientações dirigidas para o diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos humanos

As ações voltadas para o diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos de LTA são de responsabilidade das secretarias municipais de saúde (SMS), com o apoio das SES e MS. Para tanto, faz-se necessário organizar a rede básica de saúde para suspeitar, assistir, acompanhar e, quando indicado, encaminhar os pacientes com suspeita de LTA, para as unidades de referencia ambulatorial ou hospitalar. Sendo assim, deve-se oferecer as condições para a realização do diagnostico e tratamento precoce, bem como estabelecer o fluxo de referencia e contra referência (BRASIL, 2007).

O atendimento dos pacientes pode ser realizado por meio de demanda espontânea nas unidades de saúde, busca ativa de casos em áreas de transmissão, quando indicado pela vigilância epidemiológica ou pela equipe de saúde da família ou ainda nas áreas de risco onde e difícil o acesso da população as unidades de saúde. Para estruturação e organização dos serviços de diagnostico e tratamento, bem como para garantir a qualidade da assistência aos pacientes com LTA, e necessário (BRASIL, 2007):

- Identificar as unidades de saúde e os profissionais que estarão assistindo aos pacientes. Recomenda-se a indicação de pelo menos um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem em cada equipe;
- Definir o laboratório e o profissional da mesma unidade de saúde ou de referencia que ira realizar pelo menos a leitura da IDR e do exame parasitológico;
- Capacitar os profissionais que irão compor a equipe multiprofissional das unidades básicas e laboratoriais de saúde ou das referencias, no diagnostico laboratorial, clínico e tratamento;
- Sensibilizar os profissionais da rede para a suspeita clinica, envolvendo todas as equipes de saúde da família;

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

- Suprir as unidades de saúde com materiais e insumos necessários para diagnóstico e tratamento;
- Estabelecer as rotinas de atendimento aos pacientes, oferecendo as condições necessárias para o acompanhamento dos mesmos, visando a redução do abandono e as complicações causadas, principalmente, devido aos efeitos adversos aos medicamentos;
- Estabelecer o fluxo de referência e contra referência para o diagnóstico clínico e laboratorial e tratamento;
- Implantar ou aprimorar o fluxo de informação de interesse a vigilância e assistência;
- Avaliar e divulgar regularmente as ações realizadas pelos serviços, bem como a situação epidemiológica da LTA;
- Proceder à investigação de todos de pacientes com LTA que evoluíram para óbitos, preenchendo a ficha de investigação apropriada, a fim de apontar as causas prováveis do óbito;

5.4.1.2 Orientações dirigidas para o controle de vetores.

Controle Químico

O controle químico por meio da utilização de inseticidas de ação residual e a medida de controle vetorial recomendada no âmbito da proteção coletiva. Esta medida é dirigida apenas para o inseto adulto e tem como objetivo evitar ou reduzir o contato entre o inseto transmissor e a população humana no domicílio, conseqüentemente, diminuindo o risco de transmissão da doença (BRASIL, 2007).

O controle químico está recomendado somente para áreas com:

- a) ocorrência de mais de um caso humano de LTA, num período máximo de seis meses do início dos sintomas, em áreas novas ou em surto, associado a evidências de que a transmissão venha ocorrendo no ambiente domiciliar; isto é, que haja a adaptação das espécies *L. intermedia*, *L. pessoai*, *L. whitmani*, *L. migonei*, *L. fischeri* ao ambiente domiciliar ou;
- b) ocorrência de casos humanos de LTA na faixa etária inferior a 10 anos, num período máximo de seis meses do início dos sintomas, entre a ocorrência de um caso e outro, associado a evidências de que a transmissão venha ocorrendo no ambiente domiciliar; isto é, que haja a adaptação das espécies *L. intermedia*, *L. pessoai*, *L. whitmani*, *L. migonei*, *L. fischeri* ao ambiente domiciliar.

A área a ser borrifada deverá compreender um raio inicial de 500 metros em torno dos domicílios onde ocorreram os casos humanos. Em áreas rurais em que os domicílios estejam muito dispersos, esta distância deverá ser ampliada para um (1) quilômetro. Quando estes

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

domicílios estiverem próximos à mata, o raio de 1Km devera ser obedecido, excluindo-se as áreas da mata.

A aplicação de inseticida devera ser restrita as unidades domiciliares e devera ser realizada nas paredes internas e externas do domicilio e dos anexos como: abrigos de animais, paiol, barracões e outros, desde que possuam cobertura superior e que apresentem superfícies laterais de proteção, ate uma altura máxima de três metros. Os produtos mais empregados para o controle químico são os inseticidas do grupo dos piretróides.

Em áreas de surto de LTA, e recomendado que o controle químico tenha aplicação imediata, entendendo-se que, para esta atividade, o surto de LTA e caracterizado pela ocorrência de mais de um caso em uma mesma área delimitada num período de seis meses ou quando o numero de casos for superior ao numero que anualmente e detectado em uma determinada localidade.

O ciclo devera ocorrer no período que antecede as chuvas ou imediatamente apos, período este favorável ao aumento da densidade vetorial. A aplicação de um novo ciclo dependera da ocorrência de novos casos na mesma área e a presença de qualquer espécie suspeita ou incriminada como vetora no intradomicílio.

A avaliação das ações de controle químico e de fundamental importância para verificar o impacto das mesmas, devendo ser avaliada a persistência do inseticida nas superfícies tratadas e a efetividade do produto em relação à mortalidade do vetor. Esta atividade devera ser executada pela SES.

No que refere as ações de vigilância e controle vetorial, caberá ao MS garantir o fornecimento de inseticidas para os estados e municípios, as SES a aquisição e distribuição de EPIs quando indicado, e aos municípios os pulverizadores, conforme determina a Portaria nº. 1.172, de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004a).

Atividades de educação em saúde

As atividades de educação em saúde devem estar inseridas em todos os serviços que desenvolvam as ações de vigilância e controle da LTA, requerendo o envolvimento efetivo das equipes multiprofissionais e multi-institucionais com vistas ao trabalho articulado nas diferentes unidades de prestação de serviços. Estas atividades deverão ser (BRASIL, 2007):

- divulgação a população sobre a ocorrência da LTA na região, município, localidade orientando para o reconhecimento de sinais clínicos e a procura dos serviços para o diagnostico e tratamento, quando houver caso suspeito;
- capacitação das equipes dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS), saúde da família (PSF), vigilâncias ambiental e epidemiológica e outros profissionais de áreas afins para diagnostico precoce e tratamento adequado;

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

- estabelecimento de parcerias interinstitucionais, visando a implementação das ações de interesse sanitário, principalmente, a limpeza pública e o destino adequado de lixo orgânico;
- implantação de programa de educação em saúde, desenvolvendo atividades de informação, educação e comunicação no nível local, regional e municipal.

5.5 Dengue

Doença febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresenta: infecção inaparente, dengue clássica (DC), febre hemorrágica da dengue (FHD) ou síndrome do choque da dengue (SCD). Atualmente, é a mais importante arbovirose que afeta o ser humano e constitui sério problema de saúde pública no mundo. Ocorre e dissemina-se especialmente nos países tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti*, principal mosquito vetor (BRASIL, 2005).

O agente etiológico da dengue é um vírus RNA. Arbovírus do gênero *Flavivirus*, pertencente à família *Flaviviridae*, que são conhecidos quatro sorotipos: 1, 2, 3 e 4. A fonte da infecção e reservatório vertebrado é o ser humano. Os vetores são mosquitos do gênero *Aedes*. A espécie *Aedes aegypti* é a mais importante na transmissão da doença e também pode ser transmissora da febre amarela urbana. O *Aedes albopictus* já presente nas Américas, com ampla dispersão nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, é o vetor de manutenção da dengue na Ásia, mas até o momento não foi associado à transmissão da dengue nas Américas (BRASIL, 2005).

A transmissão se faz pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti*, no ciclo ser humano-*Aedes aegypti*-ser humano. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito está apto a transmitir o vírus depois de 8 a 12 dias de incubação extrínseca. A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, se alimenta num hospedeiro susceptível próximo. Não há transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com pessoa sadia, nem por intermédio de água ou alimento (BRASIL, 2004).

5.5.1 Aspectos epidemiológicos do município de Paranaíta

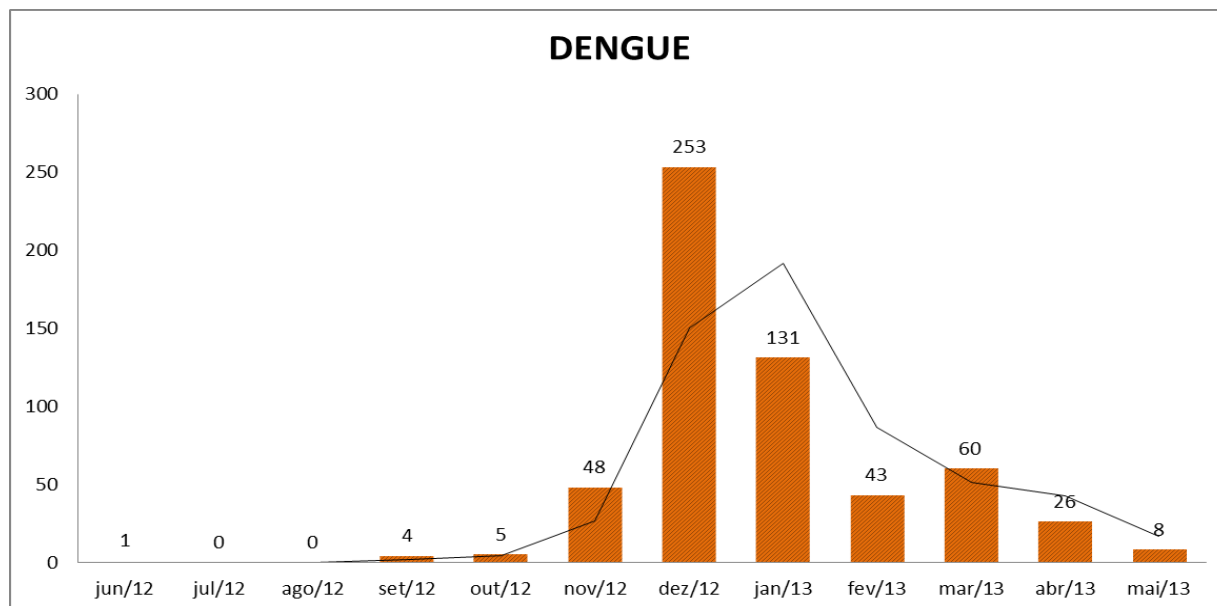
Durante o período de 01 de fevereiro a 31 de julho de 2013, foram realizados os trabalhos de campo de monitoramento entomológico para vetores de Dengue, e ainda, todos os trabalhos de Educação em saúde e ambiental.

No período de trabalho referente à data de corte do Relatório Semestral UHE – Teles Pires, que coincidiu com o fim da estação chuvosa e início da seca, os dois índices (IDO e IPO) foram decrescendo em todas as regiões.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

No Índice de Densidade de Ovos (IDO), durante todo semestre, apenas no mês de maio esteve com índice elevado à média mensal do município. A Região 03 é onde estão localizados os bairros considerados periféricos (Novo Horizonte, Esperança I e II, SEI, Chácaras), os quais necessitam de uma atenção pouco maior por ter histórico de ser área de risco.

Gráfico 10: Número de casos positivos de Dengue.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Verificando o número de casos de dengue no município de Paranaíta nos meses de Junho de 2012 a Maio de 2013, é possível observar que há um aumento na incidência de casos de dengue notificados. O mês de maior incidência foi o de Dezembro correspondendo a 43,78% dos casos, mês esse com maior índice de chuvas na região. Ocorrendo uma diminuição de 21,11% no mês de Janeiro. Ocorrendo uma diminuição de 42,40% em relação de Dezembro de 2012 a maio de 2013.

5.5.2 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, continuando com as ações que são feitas rotineiramente, principalmente nas ações abaixo discriminadas;

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

- Limpeza da cidade com coleta seletiva do lixo da Dengue;
- Pesquisa larval e índice predial para descoberta de focos;
- Tratamento mecânico com eliminação de criadouros;
- Pesquisa de LI + tratamento focal como medida complemento ao tratamento mecânico;
- Verificar fossas comuns sem tampa e orientar o morador a tomar providencia quanto ao problema;
- Realizar da atualização do RG dos imóveis existentes;
- Uso e manutenção dos equipamentos utilizados nas ações de combate ao vetor, para o melhor aproveitamento dos insumos;
- Manter reservas de insumos em depósitos para controle emergencial do vetor;
- Avaliação da produção dos trabalhos do agente de saúde ambiental, através da análise do boletim de campo;
- Realizar capacitação permanente a todos os agentes de endemias para o trabalho no campo;

5.6 Malária

A Malária no Brasil, doença transmitida pela fêmea do mosquito do gênero *Anopheles*, esta classificada de acordo com o local de ocorrência como amazônica e extra-amazônica. A maioria dos casos, em torno de 98% ocorre nos nove estados da região amazônica.

Estudos mostram que algumas características ambientais e até mesmo sociais da Amazônia brasileira são relevantes não apenas para a determinação dos quadros epidemiológicos, como também, para implicações em relação à assistência à saúde.

No município de Paranaíta, município de influência direta do empreendimento é uma região que favorece o surgimento de endemias de Malária, devido as suas características geográficas, e por ser um município rico em pequeno lagos e remansos de água ao seu redor, e por se tratar de uma região que já sofreu com epidemias de Malária em meados de 2003 e 2006.

A receptividade da malária em uma determinada área se dá pela manutenção ou a presença do vetor, a densidade vetorial e a chegada de portadores da doença oriundos de uma área endêmica, o qual deixa a população local vulnerável.

Conforme dados do relatório entomológico realizado por uma empresa contratada pela Companhia Hidrelétrica Teles Pires, que executam o trabalho de monitoramento entomológico para os vetores da malária, realizado quinzenalmente nos criadouros com potencial,

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

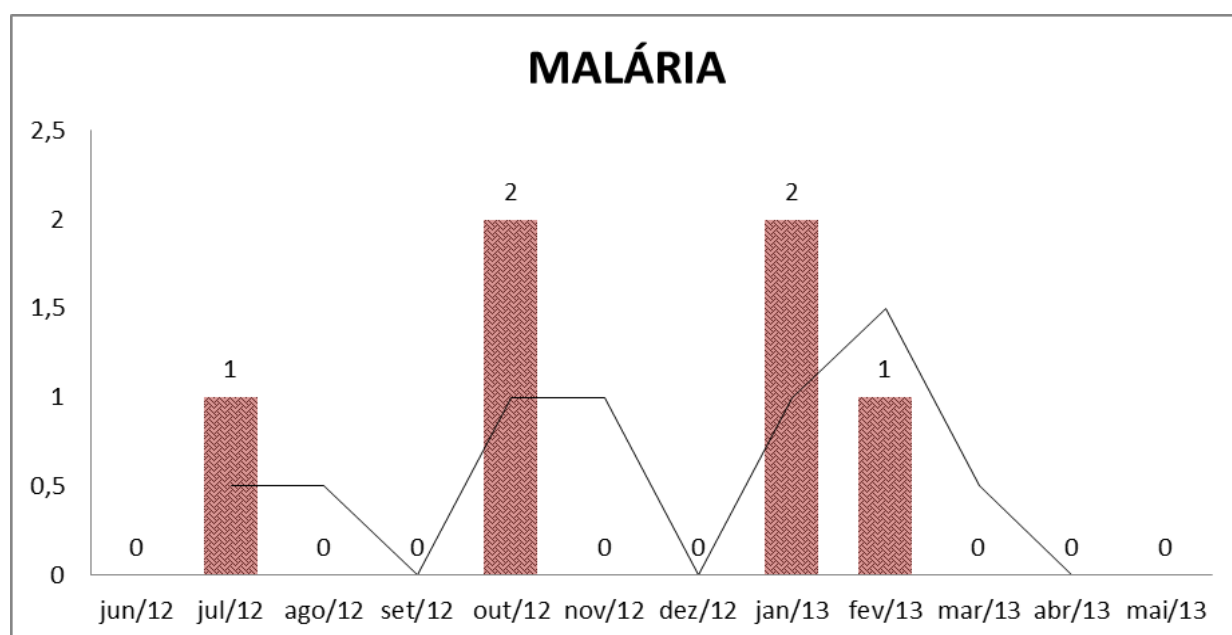
georreferenciados e identificados. Nas capturas de formas imaturas, pode-se observar uma diversidade de *Anopheles sp.* e a espécie *Anopheles darlingi* foi encontrada em todos os pontos.

A espécie *Anopheles darlingi* é o principal vetor da malária por se tratar de uma espécie altamente susceptível aos agentes etiológicos e é capaz de transmitir malária tanto fora como dentro de casa, mesmo estando em baixa densidade, por ser de hábitos alimentares antropofílico e endofílico, ou seja, as fêmeas desta espécie buscam sangue humano dentro das residências o que favorece a transmissão da doença.

As capturas de forma alada ocorreram com atrativo humano (CSHP) e barraca de Shannon com auxílio de aspiradores manuais de sucção. Através da tabulação dos dados, observou uma queda na quantidade de anofelinos capturados entre os meses de Março a Junho. Este fato é explicado por conta da temperatura baixa que se apresentou nos últimos meses, e os anofelinos possui a sensibilidade ao clima e ao vento.

De acordo com os dados entomológicos levantados no último semestre, é de extrema importância que se mantenha os trabalhos de educação em saúde, e principalmente, que seja potencializado os trabalhos de vigilância em saúde, tendo em vista, as características geográficas do município, que favorecem a presença do vetor, por ser uma região rica em mananciais, represas, e pequenas coleções de água em todo perímetro urbano.

Gráfico 11: Casos positivos de malária



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

Analisando o presente gráfico, é possível verificar quantitativamente que os números de casos de Malária em relação ao semestre anterior se mantiveram em controle e com apenas 3 casos por semestre estudado, com todos os casos notificados de aloctonia, devido à procura na região por emprego.

Em um estudo realizado por Falavigna-Guilherme et al., (2005), relata que a instalação de usinas Hidrelétricas na área endêmica e mesmo em outras regiões é reconhecida como atividade que pode propiciar surtos ou mesmo epidemias de malária nessas regiões.

Essas áreas de risco são determinadas por meio da avaliação do potencial malarígeno, que está relacionado com a receptividade e vulnerabilidade da área. A receptividade se mantém pela presença, densidade e longevidade do mosquito *Anopheles*, transmissor da doença, e a vulnerabilidade é causada pela chegada de portadores de malária oriundos da região amazônica.

Com a entrada de pessoas de outras regiões endêmicas de malária para a região do empreendimento ocorre um risco de epidemia de malária. Tudo isso justificado devido à população suscetível, o agente etiológico e a presença do vetor em região periurbana, conforme estudos entomológicos da região.

Em Paranaíta esse risco de epidemia é potencializado devido às proximidades geográficas que fazem divisa com estados e regiões com alto risco de potencial malarígeno, e com pessoas que migram de outras regiões para o município em busca de uma oportunidade de emprego e renda com a construção do empreendimento.

Segundo dados do SIVEP Malária online do Ministério da Saúde, em Paranaíta os casos de malária são todos Alóctones (casos de Malária importado de outra região).

5.6.1 Medidas De Controle

As medidas de prevenção e controle da malária devem ser o diagnóstico precoce e o tratamento imediato e adequado dos casos da doença, especialmente os casos graves, constituem ações de relevância capital no controle da malária.

Essas medidas devem ser desenvolvidas por todas as Unidades Básicas do SUS em toda a área endêmica para malária.

As medidas de controle do vetor devem ser seletivas, ajustadas à realidade entomo-epidemiológica, de modo a garantir a redução da prevalência e interrupção da transmissão. No desenvolvimento das ações de controle da malária no Brasil, devem-se levar em consideração as seguintes condutas:

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

Condutas em relação à doença: O elemento fundamental no controle efetivo da malária é dispor de meios para a realização do diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado dos casos.

O tratamento químico de espaços abertos deve ser indicado em situações especiais onde a densidade anofélica é bastante elevada e quando o tratamento químico domiciliar e manejo ambiental não forem eficazes para a redução dos anofelinos.

O tratamento de criadouros é uma medida de uso limitado e deve ser usado quando não for possível a eliminação definitiva do criadouro. Para a sua indicação, deve-se levar em conta, principalmente na Amazônia, as características físicas, químicas e biológicas dos criadouros.

O comportamento das pessoas tem um papel igualmente importante na seleção das medidas a serem utilizadas para o controle da malária. Isso diz respeito aos fatores sociais que estão relacionados ao maior ou menor contato homem/vetor, determinando sobremaneira a dinâmica de transmissão da doença.

Alguns desses fatores estão relacionados a seguir e devem ser criteriosamente analisados.

- Tipo de habitação.
- Distribuição dos casos de malária na localidade.
- Uso de medidas de proteção individual.
- Atividades crepusculares ou noturnas.
- Deslocamentos humanos (migrações).
- Tipo de ocupação.
- Participação comunitária.
- Vias de acesso.
- Educação e escolas.
- drenagem de criadouros;
- aterro;
- aumento do fluxo da água;
- limpeza da vegetação aquática;
- uso de larvicidas químicos e biológicos;
- borrifação intradomiciliar de efeito residual;
- aplicação espacial por meio da termonebulização (FOG ou fumacê); e
- aplicação a Ultra Baixo Volume (UBV).

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

As medidas de proteção individual e familiar têm como finalidade proteger o indivíduo, sua família ou sua comunidade e leva em consideração as características das atividades humanas, mas, de um modo geral, os métodos mais indicados são:

- uso do repelente;
- uso de roupas e acessórios apropriados;
- uso de mosquiteiros impregnados ou não com inseticidas;
- telagem de portas e janelas das casas;
- melhoria das habitações.

5.6.1.1 Conduitas em relação a ações educativas e participação comunitária

As ações educativas no controle da malária são de suma importância e devem ser buscadas e valorizadas permanentemente. Devem estar inseridas em todas as ações, de modo a garantir a eficiência e a eficácia das atividades desenvolvidas.

Componentes como, reuniões, seminários, encontros, palestras, planejamento participativo, conferências e oficinas de educação em saúde e mobilização comunitária podem ser utilizados para o desenvolvimento de práticas educativas relativas ao controle da malária, como forma de trocar experiência, aprimorar ideias e avançar em novos conhecimentos de forma integrada.

A participação da comunidade e o desenvolvimento de ações de informação, educação e comunicação deverá produzir mudanças de condutas e hábitos da população, respeitada a sua identidade cultural e antropológica, capaz de melhorar a eficácia das ações de controle da malária.

5.7 Febre Amarela

A febre amarela é uma doença febril aguda, de curta duração (no máximo 12 dias) e de gravidade variável, cujo agente etiológico é um arbovírus do gênero *Flavivirus*. A forma grave caracteriza-se clinicamente por manifestações de insuficiência hepática e renal, que podem levar à morte (BRASIL, 1999).

Na febre amarela silvestre, o vírus circula entre os macacos que, no período de viremia, ao serem picados pelos mosquitos silvestres lhe repassam o vírus. O homem susceptível infecta-se ao penetrar na mata e ser picado por mosquitos infectados e, desta forma, é inserido acidentalmente no ciclo de transmissão: macaco → mosquito silvestre → homem (BRASIL, 2004b).

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

Na febre amarela urbana, o vírus é introduzido no ciclo pelo homem em período de viremia. Ao ser picado pelo *Aedes aegypti*, este vetor torna-se infectado, passa pelo período de incubação extrínseca e estará apto a transmitir o vírus para outras pessoas susceptíveis, iniciando o ciclo de transmissão: homem → *Aedes aegypti* → homem (BRASIL, 2004b).

A febre amarela tem um espectro clínico muito amplo, podendo apresentar desde infecções assintomáticas e oligossintomáticas até quadros exuberantes com evolução para a morte, nos quais está presente a tríade clássica que caracteriza a falência hepática da febre amarela: icterícia, albuminúria e hemorragias (BRASIL, 1999).

O município de Paranaíta possui um perfil epidemiológico de baixo risco para a febre amarela por não ter nenhum caso notificado durante 3 anos, porém, deve-se manter a vigilância de casos futuros, pois na região ainda existe a presença do vetor em potencial.

6. Considerações Finais

Após análise dos dados do município pertencente à área de influência direta do empreendimento, referente às demandas dos serviços de saúde pública no município entre os meses de Dezembro de 2012 a Maio de 2013 durante a construção da UHE Teles Pires, pelo qual, pode-se afirmar que:

- O aumento populacional ocorrido não ocasionou um impacto (aumento) no andamento e funcionamento dos serviços de saúde pública. Hipoteticamente, pode-se afirmar que o aumento no número de famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, foi em decorrência do aumento de duas novas Unidades e reforma e ampliação de outra unidade, potencializando assim, a área de abrangência do município. Aumento esse também, que se encontra dentro dos parâmetros preconizados pelo número de famílias por unidade, estabelecendo um sobejo frente à demanda.
- O setor que mais obteve internações foi o de clínica médica com 68,61%. O setor de obstetrícia foi o segundo com maior número de internações com 15,63%. O setor de pediatria com 13,27% dos atendimentos e o de clínica cirúrgica correspondendo a 2,48%. Descaracterizando, os atendimentos referentes ao público alvo do empreendimento.
- Os principais agravos de notificação compulsória foram às doenças infecciosas e parasitárias correspondendo a 31,80% dos casos. Doenças do aparelho respiratório correspondem a 22,90%, que pode ser justificado devido à mudança de temperatura, pois, é comum surgirem doenças como: gripe, asma, diarreia, hepatite e conjuntivite, nesse período. Doença do aparelho geniturinário correspondendo a 14,46% dos casos.
- A malária é uma das preocupações no município de Paranaíta por ser uma doença endêmica da região. O risco de epidemia é potencializado devido às proximidades geográficas que fazem

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

divisa com estados e regiões com a presença do vetor, e com pessoas que vem dessas regiões para o município em busca de uma oportunidade de emprego e renda com a construção do empreendimento. Por isso deve-se manter a vigilância para que não ocorra um surto no município.

- No município ocorreu um aumento nos números de casos positivos da dengue no período chuvoso, ocorrendo uma diminuição de 42,40% no período da seca. Porém é viável continuar os trabalhos de prevenção e combate a dengue e monitoramento de vetores.
- Não ocorreu aumento nos número de casos de hanseníase no município em relação ao estudo anterior, onde se orienta a continuar os trabalhos de prevenção à hanseníase para o município alcançar a meta do Ministério da Saúde.
- No município de Paranaíta ocorreu uma diminuição de 17% no número de casos de tuberculose em relação ao estudo anterior.
- Ocorreu uma diminuição de 5,28% nos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana. Onde se orienta a continuar os trabalhos de prevenção por ser uma área endêmica para a doença.

7. Referências Bibliográficas

ATANAKA-SANTOS, Marina; SOUZA-SANTOS, Reinaldo; CZERESNIA, Dina (2007). Spatial analysis for stratification of priority malaria control areas, Mato Grosso State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, May 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2007000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jan. 2012.

BARBIERI, Alisson Flávio; SAWYER, Diana Oya (2007). Heterogeneity of malaria prevalence in alluvial gold mining areas in Northern Mato Grosso State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, Dec. 2007. disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 Jan. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica da febre amarela** – Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 1999.

BRASIL – FUNASA; **Controle de Vetores – Procedimentos de Segurança**. 2001. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/controle_vetores.pdf .

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. – 6. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. - versão preliminar - Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica da febre amarela** – 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana** / – 2. ed. atual. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

P. 29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças

BRASIL, Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia prático de tratamento da malária no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2010c.

BRASIL, Portaria n.º 1.996/GM/MS. **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 20 de agosto de 2007.

FALAVIGNA-GUILHERME, Ana Lucia et al (2005) . Retrospective study of malaria prevalence and Anopheles genus in the area of influence of the binational Itaipu reservoir. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 47, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-6652005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 7 Jan. 2012.

FUNESA – Fundação Estadual de Saúde. Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe - **Saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Livro do Aprendiz 6 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011.

OLIVEIRA, IL; NOGUEIRA, MC; PAULA, MAF. **Segundo relatório de monitoramento de vetores no município de Paranaíba**. ECOSISTEMA, 2013.