



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Nobres Damaceno, Adalvane; Heck Weiller, Teresinha. Cenário De Saúde: A Territorialização De Doenças Relacionadas Ao Pacto Pela Vida, Do Município De Santa Maria – RS. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(1).

Disponível em <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0753.php>

CENÁRIO DE SAÚDE: A TERRITORIALIZAÇÃO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO PACTO PELA VIDA, DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS

AUTORAS: Adalvane Nobres Damaceno,¹ Teresinha Heck Weiller¹

1. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, Rio Grande do Sul (Brasil)

RESUMO: O Pacto pela Saúde possui três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, que reforça a regionalização, a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias. O Pacto em defesa do SUS expressa o compromisso dos gestores com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada nos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal. Justifica-se o estudo de indicadores, por estes resultarem em números relativizados para identificar grupos populacionais e áreas com maior vulnerabilidade coletiva, possibilitando, com isso, recuperar os aspectos éticos e políticos das práticas de saúde, além de monitorar e avaliar seus resultados. Objetivo do estudo é a territorialização das Doenças de Notificação Compulsória do Pacto Pela Vida no período de 2001 a 2012 do município de Santa Maria-RS.

Descritores : Gestão, Enfermagem, Epidemiologia.

1. INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde possuem a capacidade de diminuir a exposição aos fatores de risco para a saúde de indivíduos e grupos, assim como a vulnerabilidade e, principalmente, as conseqüências da exposição a esses fatores de risco. O acesso equitativo aos serviços de saúde é, portanto, de grande importância para diminuir os diferenciais observados em relação a estes aspectos.

A Constituição de 1988, além de reconhecer a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o texto constitucional, o SUS tem três princípios constitucionais e três princípios organizativos.

Os princípios constitucionais incluem a universalização da assistência, garantida a todo cidadão, a integralidade da atenção, incluindo todas as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Os princípios organizativos são a descentralização da gestão, com participação das esferas federal, estadual e municipal; a regionalização e hierarquização das redes de serviços; e a participação da comunidade na gestão do sistema

O Pacto pela saúde possui três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, que reforça a regionalização, a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias. O Pacto em defesa do SUS expressa o compromisso dos gestores com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada nos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal e Lei 8.080/1990 e Decreto nº 7508 de 28/06/11. Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação em saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. São seis as prioridades pactuadas: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e

influenza; Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

As prioridades estão expressas em objetivos, metas e indicadores, que são definidas nacionalmente, mas que permitem que os gestores indiquem situações a partir da realidade local. Essas prioridades buscam enfrentar os principais problemas de saúde que assolam o país, os estados, as regiões e os municípios. Por isso, o objetivo do Pacto é eleger prioridades nacionais e incentivar que estados e municípios elejam as suas a partir da realidade local e regional.

Logo, o conhecimento sobre a distribuição das necessidades de saúde é fundamental para a implantação de uma política de saúde equitativa. Nesse sentido, cabe destacar que para Brasil (2004) o princípio da equidade pressupõe que as ações de saúde levem em consideração a distribuição heterogeneia das necessidades da população e as diferentes formas de hierarquização das prioridades para intervenção.

Nesse contexto, não se pode ignorar, no entanto, que a despeito do Sistema de Informação em Saúde (SIS) ser compreendido como um eixo orientador do planejamento, avaliação e monitoramento de ações e serviços públicos de saúde, gestores e profissionais vinculados a esta área carecem de informações fidedignas da real situação sócio-sanitária que precisam enfrentar ao exercerem suas funções neste âmbito (BRASIL, 2004).

Deste modo, percebe-se um distanciamento dos gestores do SUS de informações em saúde necessárias para a identificação de problemas de uma determinada população, utilizando-se do SIS para dar conta de algumas exigências legais, e não para fins de análise da situação de saúde, principalmente na esfera municipal do sistema de saúde. Na maioria das vezes os indicadores de saúde aparecem de forma recortada, fragmentada, inviabilizando a utilização dos mesmos como ferramenta de organização da atenção à saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Diante disso, para avançar na consolidação do SUS, quando se trata de situação local de saúde, faz-se necessário conhecer a realidade de cada região do município com ênfase em algumas doenças de Notificação Compulsória(DNC) (BRASIL, 2011), relacionadas aos indicadores do Pacto Pela Vida, dentre as quais destacamos: Sífilis, Hanseníase, Tuberculose, Hepatite e AIDS. Tendo, respectivamente como indicadores: incidência de sífilis congênita; proporção de cura de casos novos de hanseníase, proporção de cura de casos de tuberculose e proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia, bem como dados sobre AIDS.

Justifica-se o estudo de indicadores, por estes resultarem em números relativizados para identificar grupos populacionais e áreas com maior vulnerabilidade coletiva, possibilitando, com isso, recuperar os aspectos éticos e políticos das práticas de saúde, além de monitorar e avaliar seus resultados.

Neste sentido, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) Saúde/Vigilância em Saúde (PET Saúde/VS) pressupõe uma ação conjunta entre a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/Vigilância Epidemiológica tendo em perspectiva a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade produzindo novas informações para fomentar políticas públicas (BRASIL, 2010).

A pesquisa ora proposta pelo programa PET/VS vem no sentido de responder uma necessidade/prioridade da vigilância em saúde no município, visando identificar as áreas de vulnerabilidade das doenças de notificação compulsória relacionadas no pacto pela vida, permitindo aos gestores municipal e regional direcionar políticas de ações e intervenções em saúde.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Território

O território possui dimensões econômicas, políticas, culturais e epidemiológicas. Configura-se nesse espaço social uma determinada realidade de saúde da população que nele vive, a qual se encontra em permanente movimento, por isso denominada de processo saúde-doença. (TAKEDA, 2004).

Neste contexto, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social.

Nesta perspectiva, segundo Ayres (2006), a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada indivíduo.

Dessa forma, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento.

Antecipar-se aos problemas a partir da adoção de um planejamento baseado no território, possibilita identificar a situação de saúde de uma determinada população, a partir de um processo de monitoramento e avaliação permanente para uma maior eficácia das ações e serviços de saúde.

3.2.1 Sífilis

3.2.1 Sífilis em gestante e Sífilis congênita

A sífilis é o exemplo de uma DST que pode ser controlada com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. No entanto, continua como sério problema de saúde pública no Brasil.

Desde 1986, a sífilis congênita está entre as doenças de notificação compulsória no Brasil. Em que pese à subnotificação, os dados indicam elevada magnitude do problema. A análise dos dados de 1998 a junho de 2007, revela que foram notificados/investigados 41.249 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Essas alterações podem expressar os resultados de esforços do Ministério da Saúde junto às secretarias estaduais e municipais na capacitação de recursos humanos e na

detecção, notificação e investigação de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Em 2005, a maior proporção dos casos no país, ocorreu em crianças cujas mães têm entre 20 e 29 anos de idade (55,6%), com quatro a sete anos de estudo (35,7%) e que fizeram pré-natal (78,1%). Dentre as mães que fizeram pré-natal, 56,2% tiveram a sífilis diagnosticada durante a gravidez, entretanto 65,1% das mesmas não tiveram seus parceiros tratados. Ainda sem considerar o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade do pré-natal no país e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde, sejam gestores ou diretamente envolvidos no atendimento, têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez.

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a períodos de latência. Sua evolução é dividida em primária, secundária e terciária. A transmissão da sífilis adquirida é sexual, na quase totalidade dos casos. A transmissão por transfusão sanguínea é rara, nos dias atuais.

A sífilis congênita é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* da gestante infectada para seu bebê. Evidências da presença do treponema em fetos de poucas semanas de vida indicam que a infecção pode ocorrer em qualquer fase da gestação, inclusive antes da 16ª semana. Em gestantes não tratadas, a transmissão vertical da infecção ocorre em aproximadamente 70% dos casos na sífilis primária, 70 a 100% na sífilis secundária e 10 a 30% na sífilis latente e terciária. O grau de intensidade das manifestações da sífilis congênita depende de fatores como a época de penetração do treponema, o número e a virulência de treponemas infectantes e o estado imunológico da mãe.

A ocorrência de sífilis em gestantes evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença. A sífilis congênita é passível de prevenção, bastando que a gestante infectada seja detectada e prontamente tratada, assim como seus parceiros sexuais. Portanto, a medida mais efetiva de controle da doença consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada. No entanto, as medidas de controle devem abranger outros momentos: antes da gravidez e na admissão à maternidade, seja no momento do parto, seja na curetagem por abortamento ou durante qualquer outra intercorrência na gravidez. Mesmo o diagnóstico tardio da infecção materna, realizado na admissão para o parto, é válido, pois, a despeito de não evitar a doença na criança, haverá condições de tratar a mulher e o conceito, reduzindo as complicações advindas da infecção.

3.3 Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, causada por uma bactéria denominada *Micobacterium leprae*, com afinidade a células cutâneas que atinge pessoas de todas as idades, principalmente aquelas na faixa etária economicamente ativa, tendo assim grande importância para a saúde pública, devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante (BRASIL, 2001).

Manifesta-se através de lesões de pele que se apresentam com diminuição ou ausência de sensibilidade, em qualquer região do corpo. A transmissão da hanseníase se dá por meio de uma pessoa doente, sem tratamento, que pelas vias áreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis.

Estima-se que somente uma parcela da população que entra em contato com a bactéria manifeste a doença, que acomete principalmente a pele e os nervos periféricos (com processos inflamatórios) com a possibilidade de manifestação sistêmica: comprometendo articulações e outros órgãos.

Dessa forma, gerou-se um estigma ligado à doença. Nesse sentido, ações foram e ainda estão sendo desenvolvidas com o objetivo de diminuir tal situação. No Brasil, a partir dos anos de 1950, teve início à utilização de medicamentos eficazes no combate à hanseníase, desta forma, desenvolveu-se a certeza de que o relacionamento social não trazia riscos para a população e os benefícios para o doente eram enormes, permitindo-o uma reintegração à sociedade. Para Brasil (2002), pesquisas na área de busca, notificação e combate à hanseníase têm demonstrado a necessidade efetiva de preparar métodos que promovam, a partir de ações práticas, mudanças significativas para a eliminação da doença como problema de saúde pública no Brasil.

Ratifica-se que a hanseníase é doença curável, e quanto mais precocemente diagnosticada e tratada mais rapidamente se cura o paciente, bem como de notificação compulsória (o Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis – SINAN é o sistema oficial brasileiro para toda e qualquer informação sobre hanseníase). Assim, obter informações atualizadas sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico, numa determinada população de uma determinada área geográfica, revela-se imprescindíveis para que medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas e haja divulgação de informações a população.

3.4 Tuberculose

O estudo da tuberculose (TB) se justifica pela importância no cenário nacional e internacional encontrando-se entre as principais causas de morbidade e mortalidade. No entanto, mesmo tendo sido apontada no século

passado como uma doença de impacto social importante continua sendo negligenciada quando da definição de políticas públicas nos diferentes níveis de organização do SUS. Do ponto de vista da saúde pública é uma doença importante uma vez que a doença é disseminada preferencialmente por vias áreas tendo potencial de contaminação em grandes contingentes populacionais (BUCHILLET,2005).

Ao referirem-se a emergência sanitária que a TB coloca para os formuladores das políticas públicas, estudos de Ruffino-Netto (2002), afirma que a TB é uma doença negligenciada, portanto esquecida das políticas públicas, sendo também uma patologia que nas últimas décadas vem preocupando as autoridades de todo o mundo. Este contexto de agravamento do quadro sanitário e o “ressurgimento” da TB como um problema de saúde coletiva tem levado, desde 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar a TB entre os eventos de adoecimento que se encontra em estado de urgência, fato que leva à proposição do Tratamento Supervisionado Diretamente Observado (DOTS). O debate (PALHA, 2007) acerca da TB é complexo no contexto das políticas públicas dos diferentes países, quando observamos os dados apresentados pela OMS em relação a sua dimensão: no mínimo, um terço da população mundial está infectada, sendo que dois bilhões estão infectados, oito milhões desenvolverão a doença e 1,8 milhões morrerão.

O adoecimento por tuberculose (RUFFINO-NETTO, 2002; PALHA, 2007) é revelador de um dos componentes decisivos da inserção do sujeito na macroestrutura da sociedade, pois a desigualdade social, resultante das condições objetivas de vida, produz sob a população efeitos concretos, visualizado, principalmente, a partir da miserabilidade, má nutrição, más condições de vida e de educação, subjugando os extratos mais vulneráveis da população.

Para Dalcolmo (2007), 30 a 33% das mortes, por TB, ocorreram na emergência dos hospitais terciários, o que revela a baixa eficácia da rede básica no diagnóstico e no tratamento da doença. A TB é uma doença tecnicamente controlável, dispõe-se de um método de diagnóstico (baciloscopia direta de escarro) e de um tratamento eficaz. É preciso, no entanto, que os programas nacionais de controle e de luta contra essa doença ofereçam a totalidade dos tratamentos, o que nem sempre é o caso, que os profissionais de saúde sigam as normas técnicas editadas pelos ministérios da saúde dos seus países, que o doente tenha acesso ao tratamento e que tome, efetivamente, os remédios conforme as prescrições médicas (posologia, periodicidade, duração, etc.).

Nesse último aspecto, estima-se, tanto nos Estados Unidos (CDC 1994), quanto no Brasil (BRASIL, 1997), que cerca de 25% dos doentes não seguem o tratamento até o fim. Estes dados são, provavelmente, subnotificados. Vale

ressaltar que a não adesão ao tratamento, não é um problema específico da TB, sendo encontrada por todos os médicos no quadro da sua prática e ligada, em parte, à complexidade e à duração do tratamento. As variáveis gênero, idade, estado civil, nível de educação, origem étnica ou condições socioeconômicas não permitem prever o grau futuro de adesão ao tratamento por parte do paciente, contrariamente a uma opinião médica, frequentemente emitida, que atribui, única ou principalmente, o fracasso do tratamento à “obstinação”, “desobediência”, “ignorância”, “má vontade”, “fraca motivação”, “superstição”, “irresponsabilidade”, ou a outros traços peculiares dos doentes (SBARBARO, 1980).

A abordagem da TB junto aos serviços de saúde, especialmente junto à rede de atenção básica tem demandado uma reflexão do papel e lugar que essa assume na organização de uma rede de atenção que responda efetivamente às necessidades do perfil de morbidade da população com a qual está vinculada. Nessa perspectiva, a consolidação do SUS (Weiller, 2008) exige a conformação de uma rede de atenção à saúde articulada e organizada nos distintos níveis, que poderá garantir o acesso universal, disponibilizado o mais próximo possível das pessoas para assegurar a continuidade da atenção, a partir da institucionalização de procedimentos, protocolos, com fluxos conhecidos e regulados, assumindo papel relevante a porta de entrada da atenção básica para os doentes de TB.

3.5 Hepatites Virais B e C

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, as quais apresentam semelhantes características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais, porém, com certas particularidades. O vírus da Hepatite B e o vírus da hepatite C são extremamente importantes por sua morbidade, podendo levar o indivíduo infectado ao estado de portador crônico (BRASIL, 2003.)

A vigilância das hepatites virais no Brasil utiliza o sistema universal, baseado na notificação e investigação epidemiológica de todos os casos suspeitos e dos surtos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo este sistema a principal fonte de dados sobre esses agravos. Para fins de vigilância epidemiológica são considerados casos, Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente um ou mais marcadores sorológicos reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B, e para Hepatite C, indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente anti-HCV reagente e HCV-RNA detectável.

3.5.1 Vírus da Hepatite B

O vírus da hepatite B (HBV) pertence a família do Hepadnavirus . Infecta preferencialmente os hepatócitos, multiplicando-se no núcleo da célula infectada, utilizando as enzimas de replicação de DNA da própria célula humana. Alguns autores admitem que o HBV seja 57 vezes mais infectante do que o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). (BONANI et al,2001;MARTINS et al,2003). A capacidade infectante do vírus da hepatite B após uma única exposição a sangue contaminado é de 7% a 30% (MIRANDA et al, 2001).

O VHB pode ser transmitido verticalmente, ou horizontalmente por via sexual ou parenteral, ocorrendo através do contato de áreas de solução de continuidade da pele e mucosas com sangue ou fluidos corporais infectados (AVERHOFF et al, 2002). A transmissão horizontal pode ocorrer através das pessoas infectadas aos membros das suas famílias, amigos, colegas, companheiros e outros que entrem em contato. Acredita-se que o veículo desta forma de transmissão seja pequena quantidade de sangue ou saliva infectada que entrem em contato com lesões abertas (GROSHEIDE e VAN DAMME, 1996). Em populações com alta prevalência da doença, percebe-se que a infecção é adquirida no início da vida, com taxas elevadas em crianças e adultos jovens. Em países onde a infecção é menos freqüente, a maior prevalência ocorre entre 20 e 40 anos de idade (AVERHOFF et al, 2002).

No Brasil, a prevalência média, do vírus da hepatite B (VHB) é em torno de 8%. Nos estados do Sul é da ordem de 0,3 % a 1,7 %, em São Paulo e Rio de Janeiro 1,0 a 2,1 % e no nordeste e na região amazônica 2,8 a 10,3 % (TAKANA, 2000). Entre 1999 e 2010 foram notificados aproximadamente 56107 casos de Hepatites causadas pelo vírus B. (BRASIL, 2011). Estudo realizado por XIMENES, et al (2010) mostrou que percentual de expostos ao HBV na faixa etária de 10 a 19 anos foi de 1,1% (IC 95%% 0,9%-1,4%) e de 11,6% (IC 95% 10,7%-12,4%) para o grupo de 20 a 69 anos.

Uma das medidas profilática pré-exposição mais eficiente para proteção contra a infecção pelo VHB é a vacinação. No Brasil, em 1991, iniciou-se a vacinação contra a hepatite B para os grupos do risco, e em 1995, foi incluída na rotina do esquema vacinal de crianças menores de um ano. Devido à elevada prevalência de portadores do vírus B na região sudoeste, em 1998, foi ampliada a faixa etária para a vacinação nesta região para menores de 15 anos, objetivando alcançar resultados a um menor prazo. No ano de 2001 ampliou-se a faixa etária para menores de 20 anos (BRASIL, 2007).

3.5.2 Vírus da Hepatite C

O vírus da hepatite C (HCV) é um vírus pequeno (50 nm) pertencente à família flaviviridae. Possui genoma constituído por fita simples de RNA. A análise filogenética das seqüências genômicas permitiu a caracterização de 6 genótipos (1 a 6) sendo de alta heterogeneidade nos casos de doença hepática mais avançada e/ou baixa resposta terapêutica (STRAUSS, E , 2001). É uma das principais causas de hepatite crônica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (BRASS *et al*, 2006).

Estima-se que cerca de 3% da população mundial (170 milhões de pessoas) esteja infectada com o vírus da hepatite C, e segundo a Organização Mundial de Saúde, é possível que surjam a cada ano três a quatro milhões de novos casos de hepatite C no planeta. (CIMERMAN, S., 2005).

No Brasil, a prevalência média em bancos de sangue é de aproximadamente 1,7% (FONSECA *et al*, 1998). Levando em consideração o resultado de sorologia positiva para anticorpos contra o vírus C (anti-HCV) o resultado global da prevalência referente ao conjunto das capitais do Brasil foi de 1,38% . O percentual de expostos ao HCV na faixa etária de 10 a 19 anos foi de 0,75% e de 1,56% para o grupo de 20 a 69 anos. Assim, constatou-se que a endemicidade da infecção pelo VHC é baixa, diferentemente dos parâmetros da OMS, que considera o país como de intermediária endemicidade. A maior positividade para o anti-HCV associada a situações de extrema pobreza e ao aumento da idade. (XIMENES *et al*, 2010).

A transmissão parenteral é a principal via de infecção pelo vírus da hepatite C através da exposição ao sangue contaminado. São considerados, assim, indivíduos com risco aumentado para a infecção pelo HCV aqueles que receberam transfusão sanguínea antes de 1992, receptores de hemoderivados como pacientes hemofílicos (51,5%), hemodialisados (38,5%), portadores de doenças hematológicas (38,2%) e leucemias (18,4%), além de indivíduos usuários de drogas injetáveis. Outros grupos de risco para a infecção pelo vírus da hepatite C incluem os transplantados de órgãos antes de 1992, pessoas com tatuagem, usuários de piercing, indivíduos que tiveram outras formas de exposição percutânea, como acupuntura, e os profissionais de saúde. (BRASIL, 2003).

Formas menos comuns de infecção pelo HCV relatadas incluem a transmissão sexual, principalmente relacionada à promiscuidade, e a transmissão vertical e perinatal de mães contaminadas com o vírus. (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2002).

A fase crônica da doença é caracterizada pela presença de HCV-RNA por período prolongado (superior a seis meses) sendo que 50 a 70% dos pacientes evoluem para a fase crônica. Destes, cerca de 20% evoluem para

cirrose, onde a estrutura hepática encontra-se comprometida. Estes pacientes têm um risco de 1 a 4% ao ano de desenvolver câncer de fígado. (BRASIL, 2004)

A investigação inicial da infecção pelo HCV consiste na realização de exames imunoenzimáticos (ELISA) de detecção de anticorpos específicos contra proteínas virais, sendo o anti-HCV de 3ª geração ou Elisa-III o teste de triagem sorológica, com alta sensibilidade (maior que 97%) e especificidade próxima de 95%. (TEIXEIRA, 2005). O teste molecular HCV-RNA por PCR qualitativo é utilizado preferencialmente como confirmatório do anti-HCV, podendo ser qualitativo e quantitativo, para detecção do vírus e quantificação do número de cópias virais circulantes (carga viral) (TEIXEIRA, et al, 2004). Em seguida determina-se o genótipo do vírus C, sendo o resultado fundamental para a decisão terapêutica. A importância do genótipo como principal preditor de resposta consiste no fato de que existe uma diferença muito grande na taxa de resposta de pacientes genótipo 2 ou 3 e genótipo 1. Em genótipos 2 ou 3, a resposta ao tratamento será positiva em 75-80% dos casos. Já em pacientes genótipo 1, a resposta ocorre apenas em 35% dos casos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2009). O reconhecimento de padrões epidemiológicos das infecções virais pelos vírus das Hepatites B e C e a compreensão de contextos específicos relacionados ao processo saúde/doença, em nível municipal, são fatores importantes para a organização da rede de atenção e promoção da saúde.

3.6 Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

O vírus HIV (Human Immunodeficiency Virus 1 e 2) , é um retrovírus pertencente à subfamília Lentivirinae, possuindo RNA como material genético. É o agente etiológico de uma doença pandêmica, a síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O alvo principal do vírus HIV durante a infecção é o linfócito T CD4+. A AIDS, identificada em 1981 no Brasil representa atualmente um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo. (Ministério da Saúde, História da AIDS).

Até o ano de 1990, foram construídos conceitos de "interiorização", "heterossexualização", "feminização" e "pauperização", que evidenciaram a expansão da doença em municípios de médio e pequeno porte, (BRASIL, 2008) a predominância das relações heterossexuais como a principal forma de transmissão, a redução da relação masculino/feminino, com crescimento dos casos entre mulheres (BRITO et al, 2001) e a maior inclusão na epidemia de grupos empobrecidos, caracterizados pelo baixo grau de escolaridade e menor qualificação profissional (PARKER E CAMARGO, 2000)

3.6.1 HIV em gestantes

Na América Latina e no Caribe, a AIDS se espalhou com mais intensidade entre as mulheres e, em consequência, elevou a taxa de transmissão vertical (TESS et al., 1998).

No Brasil ocorreu um importante deslocamento no perfil da AIDS, incluindo cada vez mais mulheres de 15-40 anos em plena idade reprodutiva. Essa heterossexualização e feminização da epidemia têm numerosas consequências, dentre elas, o aumento do número de crianças infectadas pelo HIV tendo a transmissão vertical como principal via de infecção. Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil, desde 1996 até junho de 2009, foram identificados 10.739 casos de AIDS em menores de cinco anos de idade, o que representa 2,0% do total de casos identificados no país. (BRASIL, Boletim epidemiológico - 2009). A taxa de transmissão vertical do HIV quando a mãe não recebe qualquer tratamento situa-se em torno de 20-45% (COHEN et al, 2008) , mas pode ser reduzida em 43%, chegando a 4,8% com uso do Zidovudina (AZT) isoladamente (SUKSOMBOON, et al 2007). Conforme o Ministério da Saúde, quando todas as medidas profiláticas são realizadas adequadamente, a taxa de recém-nascidos infectados situa-se, atualmente, entre 0 e 2% (BRASIL, 2006).

As maiores proporções de gestantes infectadas pelo HIV estão concentradas na faixa etária de 20 a 29 anos, entre 4 e 11 anos de estudo e de raça/cor branca e parda (BRASIL, 2010).

A assistência pré-natal é um momento importante para diminuir a incidência da sífilis congênita e da transmissão do HIV da mãe para o bebê, com diagnóstico precoce e tratamento adequado. Porém, o início tardio do pré-natal, após o primeiro trimestre da gestação, bem como o número reduzido de consultas pré-natais constituem uma barreira para a prevenção da transmissão vertical, levando ao nascimento de crianças infectadas. Verificar as fragilidades desta assistência em nível municipal proporciona oportunidade de ações futuras que aperfeiçoem a atenção pré-natal , minimizando os danos advindos desta infecção. (MARQUES, 2002).

3.6.2 AIDS em maiores de 13 anos de idade

No Brasil, a infecção pelo vírus HIV parece ter uma distribuição geográfica que está estritamente relacionada à presença de contextos que favorecem a infecção em determinados grupos. Esses contextos são essencialmente urbanos e relaciona-se à diversidade das formas de transmissão, observando-se epidemias de maior magnitude em locais com maior interação entre as categorias de exposição sexual, uso de drogas e recepção de sangue/derivados (AYRES, 2002)

A infecção pelo HIV não determina a AIDS imediatamente, e os aspectos de como e quando os pacientes infectados pelo HIV irão progredir para a expressão da doença permanecem controversos. A infecção primária pelo HIV é assintomática na maioria dos casos, mas algumas vezes causa uma doença semelhante à influenza, com abundância de vírus no sangue periférico e uma queda marcante dos níveis dos linfócitos T CD4+ circulantes. (JANWWAY et al, 2002).

Esse declínio de linfócitos ao longo dos anos determina estágios imunologicamente distintos nos indivíduos com infecção pelo HIV, até o desenvolvimento da AIDS, que pode variar de sete a dez anos, na ausência de tratamento, ou mais para os indivíduos chamados de progressores lentos (Ward et al., 1989). A fase sintomática caracteriza-se pela contagem de linfócitos T CD4+ < 200 céls/mm³ e pelo aparecimento de doenças oportunistas, entre elas a Tuberculose, definindo assim o quadro de AIDS. Por esta razão, o quadro clínico da AIDS é caracterizado em função da contagem sangüínea de linfócitos T CD4+ no indivíduo infectado com o HIV, e da caracterização das condições clínicas relacionadas à infecção com o HIV (ROSENBERG ; FAUCI, 1992).

O Brasil apresentou 492.581 casos de AIDS notificados no SINAN no período de 1980 a junho de 2010, com 19,5% dos casos localizados na região sul. (BRASIL, 2010). A ocorrência de casos de AIDS em jovens de 13 a 24 anos de idade , é 11,3% (66.751) dos casos acumulados no país desde 1980 até junho 2010. (BRASIL 2010)

Estudo recente de Grangeiro et al, (2010) analisou os casos de AIDS registrados no Brasil entre 2002 e 2006 relatando um grande número de municípios com pelo menos um caso de AIDS entre 2002 e 2006, com a epidemia no Brasil concentrada em um conjunto relativamente pequeno de cidades, e diversificação das formas de transmissão, conjugando relações sexuais, UDI, recepção de sangue/derivados e vertical.

De janeiro 1983 até outubro de 2007 foram notificados a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 35632 casos novos de AIDS – incidência acumulada e a prevalência no período em 2007, até outubro foi de 17932 casos – o que representa, aproximadamente, 50% do total de casos notificados. Neste período observou-se a manutenção da tendência de diminuição proporcional de casos entre os adultos com menos de 29 anos de idade e, um aumento proporcional de adultos com mais de 40 anos e, até, com mais de 50 anos de idade. Entretanto, as faixas etárias “medianas” – de 30 a 39 anos de idade se mantiveram com a maior concentração proporcional entre o total dos casos (33.5%). (DST/AIDS, 20011).

Os estudos atuais da análise da AIDS refletem um perfil epidemiológico da infecção pelo HIV que ocorreu no passado. Portanto, o monitoramento em nível regional, permitirá antecipar intervenções e ações intersetoriais que podem vir a prevenir e controlar o aparecimento de novos casos de AIDS futuramente.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Territorializar as DNC: Sífilis, Hanseníase, Tuberculose, Hepatites Virais (B e C), AIDS e HIV em gestantes relacionadas nos indicadores do Pacto Pela Vida no período de 2001 a 2010 do município de Santa Maria-RS.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência referente à AIDS em adultos, Sífilis, Tuberculose, Hanseníase e Hepatites virais B e C;
- Identificar o principal modo de transmissão e, momento do diagnóstico das diferentes infecções.
- Territorializar / espacializar as DNC segundo as Regiões Administrativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- Identificar as Regiões Administrativas do IBGE de maior vulnerabilidade das DNC deste estudo;
- Caracterizar a população vulnerável por meio de critério sócio-demográfico;
- Relacionar as Regiões Administrativas de maior vulnerabilidade com a capacidade instalada dos serviços de saúde do município.

5. METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Será realizado um estudo transversal no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2014.

5.2 Local da pesquisa

O presente estudo acontecerá na Vigilância Epidemiológica do município de Santa Maria- RS, onde será utilizado os bancos de dados do SINAN.

5.3 Critérios de inclusão

Serão incluídas todas as fichas que foram notificadas pelos estabelecimentos de saúde, no período de 2001 à 2012 no SINAN, residentes no município de Santa Maria-RS, enquadrado como caso positivo pelos Protocolos do Ministério da Saúde das doenças: AIDS (AIDS em pacientes com 13 ou mais anos e Gestante HIV+), Sífilis (em gestantes e sífilis congênita), hepatites virais, Hanseníase e tuberculose.

5.4 Amostragem

Serão utilizados dados secundários de todas as fichas de notificações do SINAN, no período estipulado pelos pesquisadores das notificações e investigações dos residentes em Santa Maria/RS.

5.4.1 Tamanho da amostra

Serão analisadas aproximadamente 3000 fichas de investigação que correspondem a todas as notificações consecutivas realizadas pelos estabelecimentos de saúde, residentes no município de Santa Maria/RS do banco de dados do SINAN do período da pesquisa.

5.5 Período da coleta de dados

O levantamento dos dados secundários do Banco de dados do SINAN será realizada no período de outubro a dezembro de 2012.

5.6 Territorialização

A partir das fichas de notificação/investigação, será identificado o local de residência do indivíduo portador da doença.

A distribuição espacial destes casos será realizada utilizando a base territorial para o mapeamento das 17 regiões administrativas classificadas

segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/2010. São elas: 1) Região Administrativa Centro Urbano; 2) Região Administrativa Centro-Leste; 3) Região Administrativa Centro-Oeste; 4) Região Administrativa Leste; 5) Região Administrativa Nordeste; 6) Região Administrativa Norte; 7) Região Administrativa Oeste; 8) Região Administrativa Sul; 9) Subprefeitura de Arroio do Só; 10) Subprefeitura de Arroio Grande; 11) Subprefeitura de Boca do Monte; 12) Subprefeitura de Pains; 13) Subprefeitura de Palma; 14) Subprefeitura de Passo do Verde; 15) Subprefeitura de Santa Flora; 16) Subprefeitura de Santo Antônio e 17) Subprefeitura de São Valentim.

5.7 Instrumentos para coleta dos dados

Serão utilizadas as fichas de notificação/investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do município de Santa Maria/RS, utilizando-se os dados SINAN WINDOWS no período de 2001 a 2006 e SINAN-NET no período de 2007 a 2010.

5.8 Variáveis

5.8.1 Variáveis independentes

As variáveis independentes de interesse que serão utilizadas do sistema de informação de agravos de notificações serão comuns a todas as doenças: AIDS (AIDS em pacientes com 13 ou mais anos, e Gestante HIV+), Sífilis (em gestantes e sífilis congênita) hepatites virais, Hanseníase e tuberculose: data de notificação, fonte notificadora, data do diagnóstico, idade, sexo, gestante, idade gestacional, escolaridade, raça/cor, ocupação: endereço: dados de residência: município de residência, Bairro, logradouro (rua, avenida, número) complemento (apto, casa), zona (urbana, rural, periurbana, ignorado).

5.8.2 Variáveis dependentes.

As variáveis dependentes a serem utilizadas obedecerão as especificidades de cada ficha de investigação das doenças de notificação compulsória abordadas neste estudo.

5.8.2.1 Sífilis em Gestante

Antecedentes epidemiológicos da gestante: número do SISPRENATAL, classificação clínica. Dados laboratoriais: resultados dos exames (teste não treponêmico no pré-natal); Título: data, tratamento da gestante, esquema de tratamento prescrito à gestante, antecedentes epidemiológicos da parceria sexual, parceiro tratado concomitantemente à gestante. Esquema de tratamento prescrito ao parceiro: motivo para o não tratamento do parceiro, fonte notificadora, nome do estabelecimento de saúde.

5.8.2.2 Sífilis Congênita

Antecedentes epidemiológicos da gestante/mãe: dados do laboratório da gestante/mãe, tratamento da gestante ,mãe;realização do pré-natal;local de realização do pré-natal,momento do diagnostico de sífilis materna;realização de teste não treponemico no parto/curetagem,teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem;esquema de tratamento;data de inicio do tratamento; parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante; dados laboratoriais da criança: teste treponêmico-sangue periférico;teste treponêmico (após 18 meses), teste não treponêmico-liquor; titulação ascendente, evidencia de treponema pallidum;alteração liquórica;diagnóstico radiológico:alteração do exame longo dos ossos;diagnóstico clínico;presença de sinais e sintomas,esquema de tratamento;evolução do caso.

5.8.2.3 Hanseníase:

Dados clínicos: número de lesões, forma clínica, classificação operacional, número de nervos afetados e avaliação do grau de incapacidade física do diagnóstico. Atendimento: modo de entrada e modo de detecção do caso novo. Dados Laboratoriais: baciloscopia. Tratamento: data de início e esquema terapêutico inicial e evolução do caso.

5.8.2.4 Tuberculose

Antecedentes epidemiológicos: tipo de entrada, institucionalizado. Dados clínicos: raios-X de tórax, teste tuberculínico, forma pulmonar ou extrapulmonar, agravos associados; numero de contatos registrados;doença relacionada ao trabalho.

5.8.2.5 Hepatites virais B e C

Antecedentes epidemiológicos: suspeita de qual o tipo de hepatite; realização de vacina; paciente institucionalizado; agravos associados; contato com paciente portador de HBV ou HBC; forma de exposição e tempo de exposição; classificação final, classificação etiológica; provável fonte/mecanismo de infecção.

5.8.2.6 Gestante HIV

Antecedentes epidemiológicos pré-natal: Fez pré-natal; uso de anti-retrovirais para profilaxia; data do início do uso de anti-retrovirais para profilaxia. dados do parto: tipo de parto; uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto; evolução da gravidez; início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas): HIV: uso de profilaxia com anti-retroviral oral, tempo de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas), dados laboratoriais da criança., evolução do caso.

5.8.2.7 AIDS em pacientes com 13 anos ou mais

Antecedentes epidemiológicos: provável modo de transmissão: Evidencia laboratorial, Critérios de definição de casos de AIDS, conforme os critérios: Critério Rio de Janeiro/Caracas, CDC.

5.9 Análise Estatística.

As variáveis são geradas no SINAN através do TABWIN. A análise dos dados será realizada no programa SPSS, versão 13.0 *for Windows*. A análise de dados envolverá procedimentos de estatística descritiva, bivariada e multivariável. Para controle de eventuais fatores de confusão serão realizadas análises multivariadas.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os pesquisadores se comprometem em manter sigilo quanto a identificação do sujeito da pesquisa e confidencialidade sobre os dados analisados (anexo 1). O banco de dados será mantido pelo pesquisador responsável por cinco anos, sendo destruído após este período.

As regiões administrativas utilizadas para territorialização dos casos notificados serão identificadas por letras do alfabeto no momento da publicação dos dados. Tal cuidado é necessário para que não ocorra discriminação e preconceito aos moradores das áreas identificadas como locais de maior vulnerabilidade.

Os resultados serão divulgados junto aos gestores municipais e profissionais da saúde, para planejamento de ações de intervenção se necessário.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVERHOFF, F.M; MOYER, L. A. Occupational Exposures and Risk of Hepatitis B Virus Infection Among Public Safety Workers . v.44, n.6, p591-596, 2002.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. Interface (Botucatu). 2002 ;6(11):11-24.

AYRES J.R.C.M.; PAIVA, V.; FRANCA , I.; GRAVATO, N.; LACERDA, R.; NEGRA, M. D.; et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. Am J Public Health. 2006;96(6):1001-6.

BONANI, P. et al. Impact of universal vaccination programmes on the epidemiology of hepatitis B: 10 years of experience in Italy. Vaccine. 21, p. 685-691,2001

BRASIL, M.S. Programa de Controle da Tuberculose: diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Brasília, 1997.

BRASIL, M.S. Hanseníase: Atividades de controle e manual de procedimentos/ área técnica de dermatologia. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2001.

BRASIL, M.S. Cadernos de Atenção Básica. Dermatologia na atenção Básica. Brasília, 2002.

BRASIL, M.S. Monitoramento na Atenção Básica de saúde: roteiros para reflexão e ação. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2004

BRASIL, M.S. Pacto Pela Saúde - Portaria 399/GM,22/02/2006. Dispõem o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF), 2006.

BRASIL, M.S. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 72 p.

BRASIL, M.S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de

BRASIL, M.S. em:

http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=22248 acesso em 05/2007.

BRASIL, M.S. Programa Estadual de DST/AIDS divisão de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico DST/AIDS. Ano II, n. 01, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/03boletim_588906.pdf. Acesso em 25 de setembro de 2009.

BRASIL, M.S. Boletim epidemiológico AIDS/DST, ano VI, número 1- 2009, disponível em : http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2010_0.pdf, acessado em 23/09/2010.

BRASIL, M.S. Hepatites Virais: o Brasil está atento. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Programa Nacional de Hepatites Virais, 2003. disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento.pdf.. Acesso em 25 de setembro de 2009.

BRASIL, D.O.U. República Federativa do Brasil – Imprensa Nacional. Brasília – DF, 2010. Disponível em: <http://portal.in.gov.br> / Acessado em: 15 de dezembro de 2010.

BRASIL, M.S. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília (DF), 2011.

BRASIL, M.S. Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 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, e dá outras providências. Brasília (DF), 2011.

BRASIL, M.S. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.197 p. il. - <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1573> acessado em 23/08/2011

25

BRASIL, M.S. Programa Estadual de DST/AIDS Boletim Epidemiológico AIDS-DST. Ano VI, n. 01, 2010 Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/boletim_2010_pdf_14544.pdf, acessado em agosto de 2011.

BRASIL, M.S. Programa Estadual de DST/AIDS Boletim Epidemiológico AIDS/DST, ano V, nº1, 2008 Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2008_versao1_6.pdf, acessado em agosto 2011.

BRASIL, M.S. História da AIDS. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de DST e AIDS. Disponível em <http://www.AIDS.gov.br/pagina/historia-da-AIDS> acessado 20/05/2011.

BRASIL, M.S. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Secretaria de Vigilância em Saúde. 14. Programa Nacional de DST e AIDS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 b, Disponível em http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BECC34B93-6A8A-4F99-B8D4-88890AD7EB0C%7D/ConsensoGestantes2006_05julho2006.pdf, acessado em junho 2011.

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

BRASIL, M.S. Manual de Prevenção DST/HIV/AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Brasília. 2008.

BRASIL, M.S. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASS, V.; MORADPOUR, D.; BLUM, H. E. Molecular Virology of Hepatitis C Virus (HCV): 2006 Update. *Int. J. Med. Sci.*, v.3, n.2, p.29-34, 2006.

BRITO, A.M., CASTILHO, E.A.; SZWARCOWALD, C.L.; AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2001;34(2):207-17

BUCHILLET, D.; GAZIN, P. A situação da tuberculose na população indígena do alto rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 14, nº. 1, pp. 181-185. 1998.

CABANA, M.D.; RAND, C.S.; POWE, N.R; WI, A.W.; WILSON, M.H.; ABBOUD, P.A; RUBIN, H.R Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, october 20, vol. 282, nº 15, pp. 1458-1465.1999.

CIMERMAN, S. Hepatite C: A epidemia silenciosa. 2005. Disponível em: http://www.lincx.com.br/lincx/saude_a_z/outras_doencas/hepatite.asp. 2005. Acesso em: agosto de 2011

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Core curriculum on tuberculosis. What the clinicians should know. National Center for Prevention Services. Division of Tuberculosis Elimination. Atlanta, Georgia, Third edition. 1994.

DALCOLMO, M.P. ANDRADE, M.K.; PICON, P.D. Tuberculose Multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41 (supl 1): 34-42.

COHEN, M.S.; HELLMANN, N.; LEVY J.A.; DECOCK, K.; LANGE, J.; The spread, treatment, and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic. *J Clin Invest.* 118(4):1244-54, 2008.

GROSHEIDE, P.; VAN DAMME, P.; Prevention and control of hepatitis B in the community. *Communicable Diseases Series.* Nº 1. Viral Hepatitis Prevention Board. 1996 .

JANEWAY, C. A.; TRAVES, P.; WALPORT, M. *Imunobiologia: O sistema imune na saúde e na doença.* 2002. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

MARQUES, H.H.S.; LATORRE, M.R.D.O.; DELLANEGRA, M.; PLUCIENNIK, A.M.A.; SALOMÃO, M.L.M.; Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo. Grupo de Pesquisadores do Enhancing Care Initiative-ECI-Brazil.SP,1998. *Rev Saúde Pública.* 36(4):385-92; 2002.

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; Vacinação contra a hepatite B em cirurgiões dentistas. Rev.Saúde Pública, v.37, n.3, p.333-338, 2003.

MIRANDA, J. CABEZAS, C. Hepatitis B among health workers. Rev Gastroenterl Peru, v.21,n.2, p.128-135, 2001.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Consensus Development Conference Statement: Manegement of Hepatitis C: 2002 – June 10-12, Hepatology, p. 3-20, 2002.

PALHA, P. F. A sustentabilidade da estratégia do tratamento supervisionado no controle da tuberculose, segundo o contexto geopolítico histórico. Ribeirão Preto, 2007.140 f.: il.; 30 cm.Tese de Livre Docência.

PARKER, R. CAMARGO, J.R. POBREZA E HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad Saude Publica. 2000;16(Sup 1):89-102.

RIO GRANDE DO SUL. DST / AIDS 2011 disponível em <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=rio-grande-do-sul>, acessado em agosto de 2011.

ROSENBERG, Z.F.; FAUCI, A.S. Immunopathogenesis of HIV Infection. In: DEVITA, V.T., Jr.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S.A. AIDS Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention. 3. ed. Philadelphia, J.B. Lippincott, p. 61-76, 1992.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. Informe Epidemiológico do SUS. Brasília, v.10, n.3, p. 129-138, 2001.

RUFFINO-NETO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Brasília, v.1, n. 35, p. 51-58, 2002.

SBARBARO, J. A. Public health aspects of tuberculosis: supervision of therapy. Clinical Chest Medicine, vol. 1, pp. 253-263. 1980.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite crônica pelo vírus C no Brasil. Disponível em: <http://www.sbhepatologia.org.br>. Acesso em: 24 set. 2009.

STRAUSS, E. Hepatite C. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,Uberaba, v. 34, n. 1, 2001.

SUKSOMBOON, N. POOLSUP, N. KET-AIM, S. Systematic review of the efficacy of antiretroviral therapies for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. J Clin Pharm Ther.;32(3):293-311, 2007.

TAKEDA, S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, Bruce B.e colaboradores. Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3 ed. Artmed.Porto Alegre, 2004.

TANAKA, J. Hepatitis B epidemiology in Latin América. Vaccine, v.18,p.17-19, 2000.

TEIXEIRA, R. Aspectos clínicos e terapêuticos da hepatite C crônica. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

TEIXEIRA, R.; BASSETI-SOARES, E.; OLIVEIRA, G.C. Paciente anti-HCV positivo: o que fazer. Tópicos em Gastroenterologia, Belo Horizonte, MEDSI p.443-456, 2004.

TESS, B. H.; RODRIGUES, L. C; NEWELL, M.; DUNN, D.T.; LAGO, T.D.G. São Paulo collaborative study for vertical transmission of HIV-1. Breastfeeding,genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brasil. Aids 12:513-20; 1998.

WEILLER, T. H. O acesso na rede pública de saúde de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias. Ribeirão Preto, 2008. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP- área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

WARD, J.W.; BUSH, T.J.; PERKINS, H.A. The Natural History of Transfusional-associated Infection with Human Immunodeficiency Virus. N. Engl. J. Med, v.321: p. 947-952, 1989.

XIMENES, R.A.A. et al. Methodology of a nationwide cross-sectional survey of prevalence and epidemiological patterns of hepatitis A, B and C infection in Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1693-1704, set. 2010.

ANEXOS

Anexo

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Cenário de saúde: a territorialização de doenças relacionadas ao pacto pela vida no município de Santa Maria- RS.

Pesquisador responsável: Profª Enfª Drª Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/
Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato:

Local da coleta de dados:

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos indivíduos cujos dados serão coletados em bases de dados, do setor Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no por um período de 5 anos na sala 1205, sob a responsabilidade da Prof Dra Após este período, as planilhas com dados anônimos serão destruídas. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,dede 200.....

.....

Pesquisador Responsável