

Curso de Formação Inicial ACS

MUNICÍPIO DE SERRA DO SALITRE – MG



SOUZA CONSULTORIA EM ADMINISTRAÇÃO E ENGENHARIA

SUMÁRIO

Unidade 1

1 - Conhecendo o Sistema Único de Saúde	3
2 - Redes de atenção à saúde	6
3 - Atenção primária à saúde (APS)	6
4 - Estratégia de saúde da família	8
5- O trabalho do agente comunitário de saúde	13

Unidade 2

1 - O território e o processo saúde-doença	14
2 - Visita Domiciliar	17
3- Técnica de Entrevista	23
4- Trabalho em Equipe	23
5 - Ética no Trabalho do ACS.....	24
6 - Educação em Saúde	26

Unidade 3

1 - A Família e o Trabalho do ACS	27
2 - Práticas do ACS no Cuidado à Saúde das Famílias.....	28
3 – Puericultura	34
4 - Saúde do Adolescente	39
5 - Atuação do Agente Comunitário de Saúde na Atenção à Saúde da Mulher	39
6- Pré Natal	43
7 - O Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde do homem	45
8- Câncer de próstata	47
7- Atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde do idoso.....	48

Unidade 4

Algumas doenças de importância para a Saúde Pública

1 - Hipertensão Arterial	54
2 - Diabetes Mellitus	55
3 - Febre Amarela	57
4 - Dengue Zika E Chikungunya	59
5- Tuberculose	63
6- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	65

Unidade 5

7- Vigilância em Saúde	71
Referencias Bibliográficas	72

UNIDADE 1

1 - CONHECENDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita às pessoas que contribuíssem com a previdência social. As demais eram atendidas apenas em serviços filantrópicos.

A Constituição Brasileira de 1988 preocupou-se com a cidadania do povo brasileiro e se refere diretamente aos direitos sociais, como o direito à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer e à aprendizagem. Em relação à saúde, a Constituição apresenta cinco artigos – os de nº 196 a 200.

O artigo 196 diz que:

1. A saúde é direito de todos.
2. O direito à saúde deve ser garantido pelo Estado. Aqui, deve-se entender Estado como Poder Público: governo federal, governos estaduais, o governo do Distrito Federal e os governos municipais.
3. Esse direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas com acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação e para reduzir o risco de doença e de outros agravos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento como uma vacina por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. O SUS proporcionou com a sua criação o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

Você sabe o Significado de cada componente da palavra SUS?



Fonte: Ministério da Saúde

Sistema – significa que o SUS é um conjunto de ações e instituições que, de forma organizada e articulada, contribuem para a produção do cuidado em saúde, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde para toda população.

Único – porque ele 'funciona' da mesma forma em todo território nacional, seguindo os mesmos princípios e diretrizes, sob a responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Saúde – a saúde não deve ser entendida apenas como a ausência de doença, mas como resultante de um conjunto de fatores e situações: habitação, trabalho e emprego, alimentação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde e à educação.

Após sua criação o SUS foi regulamentado por duas leis:

A Lei 8.080 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Já a Lei 8.142 fala sobre a participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde, criando os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

1.2 Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)

Para o cumprimento da tarefa de promover e proteger a saúde, o SUS precisa se organizar conforme alguns princípios previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, em que destacamos:

- Princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade;
- Princípios organizativos: descentralização, hierarquização e participação social.

Universalidade: Significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo. Todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nos serviços de saúde, públicos ou privados, contratados pelo gestor público. A universalidade garante a todos os brasileiros o direito à saúde.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.



IGUALDADE



EQUIDADE

1.3 Princípios Organizativos

Regionalização orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, além de favorecer a pactuação entre os gestores considerando suas responsabilidades. Tem como objetivo garantir o direito à saúde da população, reduzindo desigualdades sociais e territoriais.

Hierarquização – é uma forma de organizar os serviços e ações para atender às diferentes necessidades de saúde da população. Dessa forma, têm-se serviços voltados para o atendimento das necessidades mais comuns e frequentes desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde com ou sem equipes de Saúde da Família. A maioria das necessidades em saúde da população é resolvida nesses serviços. Algumas situações, porém, necessitam de serviços com equipamentos e profissionais com outro potencial de resolução. Citamos como exemplo: as maternidades, as policlínicas, os prontos-socorros, hospitais, além de outros serviços classificados como de média e alta complexidade, necessários para situações mais graves

Descentralização: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde:

1.4 Conselho de Saúde

O que é?

Órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Faz parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal.

Como funciona?

Deve funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento.

Quem faz parte desse colegiado?

Representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços. O segmento dos usuários deve ser paritário com os demais segmentos. Isso quer dizer que 50% dos integrantes do conselho de saúde têm que ser usuários, 25% devem ser profissionais de saúde e os outros 25% devem ser gestores e prestadores de serviço.

Conferências de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) representam um importante momento de avaliação da situação da saúde no país e de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população. Reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a

formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

2 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) é definida como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

A atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade.

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros.

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

3 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Primária a Saúde também conhecida no Brasil como Atenção Básica a Saúde é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Bem estruturada e organizada, a Atenção Primária à Saúde (APS) resolve os problemas de

saúde mais comuns/frequentes da população, reduz os danos ou sofrimentos e contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas.

Além dos princípios e diretrizes do SUS, a APS orienta-se também pelos seguintes princípios:

Acessibilidade - refere-se à facilidade e à conveniência de as pessoas utilizarem os serviços de saúde quando precisam. Envolve questões financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, que facilitam ou dificultam a utilização das ações e serviços de saúde oferecidos pela APS.

Vínculo - Ao longo do tempo, os usuários e a equipe passam a se conhecer melhor, fortalecendo a relação de vínculo, que depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. A base do vínculo é o compromisso do profissional com a saúde daqueles que o procuram. Para o usuário, existirá vínculo quando ele perceber que a equipe contribui para a melhoria da sua saúde e da sua qualidade de vida. Há situações que podem ser facilitar ou dificultar.

Continuidade do cuidado - está relacionado ao acompanhamento do usuário ao longo do tempo e de modo permanente. O cuidado continuado requer e possibilita às equipes de saúde conhecer o histórico familiar e social dos usuários, suas queixas e questões de saúde.

Responsabilização - Refere-se à responsabilidade das equipes da APS pelo cuidado à saúde do conjunto de pessoas que vivem em seu território. Os profissionais de saúde devem conhecer os condicionantes de saúde, bem como identificar risco e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas, desenvolvendo projetos singulares de intervenção.

Humanização - questões de gênero (feminino e masculino), crença, cultura, preferência política, etnia, raça, orientação sexual, populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos etc.) precisam ser respeitadas e consideradas na organização das práticas de saúde. Significa dizer que essas práticas devem estar relacionadas ao compromisso com os direitos do cidadão.

Coordenação do cuidado - na coordenação do cuidado a equipe se responsabiliza pelo cuidado necessário ao usuário, seja ele feito na Unidade Básica ou em qualquer outro ponto de atenção;

Atenção centrada na pessoa e na família - Além do problema de saúde do indivíduo, a equipe tem que conhecer a dinâmica familiar, para definir suas necessidades particulares e garantir a assistência integral, entendendo a família como sujeito da ação;

Trabalho em equipe - É considerado de grande importância, na medida em que valoriza os diversos saberes e campos de atuação, com enfoque interdisciplinar e oferta de cuidado compartilhado entre os diferentes membros da equipe multiprofissional, visando o cuidado integral e resolutivo, com articulação técnica e clínica.

Resolutividade - Refere-se a solução da grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de reduzir danos e sofrimentos e oferecer resposta às necessidades e problemas identificados, encaminhando para outro nível de atenção somente as condições que ultrapassem a competência técnica e as possibilidades tecnológicas disponíveis na Atenção Primária à Saúde.

Segurança assistencial e qualidade do cuidado - Referem-se à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado de saúde.

4 - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família é uma estratégia que tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos. Ele contempla as famílias, desde o recém-nascido até o idoso, de forma integral e contínua.

A primeira etapa de sua implantação teve início em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que foi criado oficialmente pelo Ministério da Saúde para se somar aos esforços voltados à redução dos graves índices de mortalidade infantil e materna na Região Nordeste do Brasil. Nasceu, portanto, com uma clara focalização de cobertura e objetivos, considerando que esta região concentrava o maior percentual de população em situação de pobreza e, conseqüentemente, mais exposta ao risco de adoecer e morrer.

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado como estratégia de reorientação dos serviços de atenção à saúde. Se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. A atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada (interdisciplinar), que considera as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade.

Em 1995, o PACS e o PSF passaram a ser considerados pelo presidente da República projetos prioritários do Governo Federal. A gestão do programa foi inserida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), em que se iniciaram a definição e a construção das condições necessárias à sua sustentabilidade no âmbito do SUS.

Em 2017, houve uma revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta revisão ocorreu mediante publicação da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.

Cada equipe é composta por minimamente:

- Agentes comunitários de saúde (ACS);
- Médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem.

Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal:

- Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família;
 - Auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.
- ✓ O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. (PNAB 2017)
- ✓ Para Equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

- ✓ População adscrita por equipe de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica (EAB) é de 2.000 a 3.500.

Com a nova PNAB de 2017 temos a Equipe da Atenção Básica (EAB):

Esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

As equipes deverão ser compostas minimamente por

- médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade;
- enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família;
- auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem.

Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).

Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V - Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contra referência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e

ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2 Atribuições comuns do ACS e ACE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Atribuições do ACS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.4 Equipes de Consultório na Rua

São equipes multiprofissionais que têm o foco de trabalho nos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Devido às dificuldades dessa população em acessar os serviços de saúde, esse dispositivo visa à ampliação do seu acesso à rede de atenção, ofertando cuidado em saúde de maneira mais oportuna, através do diálogo com os outros profissionais da Atenção Básica e de outros serviços.

As **Equipes dos Consultórios na Rua (ECR)** desempenham suas atividades de forma itinerante (ou seja, na rua e em locais em que essa população costuma se reunir).

5- O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde. Uma das potencialidades inerentes ao trabalho do ACS está na possibilidade de superação da diferença existente entre os saberes técnicos e os saberes da população, em direção a construção de discursos que promovam compreensões e vivências ampliadas do conceito de saúde. Dessa forma, ele se destaca como agenciador de ações e práticas emancipadoras em saúde. A ação do ACS favorece a transformação de situações- problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc. O trabalho do ACS tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Para que isso aconteça, o ACS deve estar alerta. Tem que estar sempre “vigilante”.

UNIDADE 2

1 - O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE- DOENÇA

Determinantes Sociais da Saúde

Há diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) que expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.



Fonte: BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007.

O modelo de Dahlgren e Whitehead

Os diversos estudos sobre os DSS e as iniquidades em saúde permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar as relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Entre estes modelos, a CNDSS resolveu adotar o de Dahlgren e Whitehead (1991), que orienta a organização de suas atividades e os conteúdos do presente relatório. Apesar da existência de outros modelos mais complexos, que buscam explicar com maiores detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis de DSS e a gênese das iniquidades, a escolha do modelo de Dahlgren e Whitehead se justifica por sua simplicidade, sua fácil compreensão e pela clara visualização gráfica dos diversos DSS. O modelo explica como as desigualdades sociais na saúde são resultado das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas de saúde nacionais.

Os indivíduos estão no centro da figura, e têm idade, gênero e fatores genéticos que indubitavelmente influenciam seu potencial de saúde final.

A camada imediatamente externa representa o comportamento e os estilos de vida das pessoas. As pessoas expostas a circunstâncias de desvantagem tendem a exibir uma prevalência maior de fatores comportamentais.

A influência da sociedade e da comunidade é demonstrada na próxima camada. Essas interações sociais e pressões ocultas influenciam o comportamento pessoal da camada abaixo, para melhor ou pior. Para os grupos mais próximos do fim da escala social, compostos por pessoas que vivem em condições de extrema privação, os indicadores de organização comunitária registram uma disponibilidade menor de redes e sistemas de apoio, além de menos serviços sociais e lazer em atividades comunitárias e modelos de segurança mais frágeis.

No próximo nível, encontramos fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais. Nesta camada, as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho, e acesso menor aos serviços”.

Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. O padrão de vida de uma dada sociedade, por exemplo, pode influenciar a escolha de um indivíduo sobre habitação, trabalho e interações sociais, assim como hábitos alimentares. Da mesma forma, alguns fatores podem influenciar o padrão de vida e a posição sócio-econômica, dependendo das crenças culturais sobre a posição das mulheres na sociedade, ou da atitude geral sobre as comunidades étnicas minoritárias.

Dois conceitos importantes: Iniquidade e Vulnerabilidade

Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (Whitehead, 1992). Kawachi, Subramanian e Almeida Filho, em seu *Glossário das Desigualdades em Saúde* (2002), consideram ser difícil operacionalizar os atributos “evitável” e “desnecessário”, restringindo à injustiça o critério que distingue desigualdades de iniquidades.

Vulnerabilidade considera que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento resulta não somente de aspectos individuais, mas também de aspectos coletivos e contextuais, implicados com maior suscetibilidade ao adoecimento e maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção. É muito importante termos em mente que as pessoas, não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a algumas doenças ou agravos, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas (AYRES, 2006). As marcas da desigualdade e das questões de renda e classe social se revelam nas questões culturais, étnicas, de gênero, entre outras. Nesse contexto, temos segmentos populacionais que apresentam trajetórias históricas de discriminação e até mesmo de exclusão. A desigualdade social faz com que determinados grupos vivam em situações de vulnerabilidade, as quais estão intrinsecamente relacionadas ao que chamamos de determinação social da saúde.

1.2 - Territorialização: Base para a organização e planejamento em saúde

O território é a base do trabalho do ACS. Território, segundo a lógica da saúde, não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura. Trabalhar com território implica processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político culturais, epidemiológicos e sanitários, identificados por meio do cadastramento, que devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe.

Objetivos da territorialização em saúde

- Delimitar um território de abrangência;
- Definir a população e apropriar-se do perfil da área e da comunidade;
- Reconhecer dentro da área de abrangência barreiras e acessibilidade;
- Conhecer condições de infraestrutura e recursos sociais;
- Levantar problemas e necessidades-diagnóstico da comunidade (contínuo);
- Identificar o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e ambiental;
- Identificar e assessorar-se em lideranças formais e informais;
- Potencializar os resultados e os recursos presentes nesse território.

1.3 - Mapeamento do território

O mapa do território adscrito pela equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal é uma ferramenta do planejamento em saúde que tem por objetivo auxiliar no processo de diagnóstico local e identificação dos problemas e necessidades de saúde da população. Algumas características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica fazem referência direta ao processo de territorialização como forma de planejamento das ações direcionadas à população, como: definição do território de atuação e população sob responsabilidade das UBS e das equipes; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade, resiliência e prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.

Desta forma, no contexto da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (AB/APS) recomendam-se dois tipos de mapas na Unidade Básica de Saúde (UBS): o mapa de delimitação geográfica/delimitação do território e o mapa inteligente. O mapa do território e/ou de delimitação geográfica tem por objetivo representar graficamente a área de responsabilidade da equipe de saúde de forma a permitir a visualização espacial do território

e, com isso, auxiliá-la apreender suas particularidades. Sugere-se que este mapa seja exposto na recepção da UBS. Ele pode ilustrar a divisão das microáreas do território de responsabilidade dos agentes comunitários de saúde (ACS) e também apresentar a localização da UBS e dos equipamentos sociais (escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços) presentes em cada Microárea.

Já o mapa inteligente é um instrumento para o planejamento, construído a partir do mapa do território e alimentado por informações geográficas, ambientais, sociais, demográficas e de saúde obtidas através do processo de territorialização. Tem como objetivo melhorar a qualidade do serviço de saúde e pode ser feito por microárea. Não deve ficar exposto para população, e sim, permanecer em local de uso exclusivo da equipe de saúde, visto que registra a localização dos domicílios, famílias e marcadores de saúde. O mapa inteligente pode apresentar, por exemplo, o fluxo da população através das ruas, os transportes utilizados e as barreiras geográficas que dificultam o acesso da população à unidade e na circulação no bairro; as características das moradias e seus entornos; as condições de saneamento básico, presença de esgotos a céu aberto e lixo, área abastecida por água tratada e fluoretada; infraestrutura urbanística: características da ocupação do espaço urbano, ruas, calçadas, praças, espaços de lazer e paisagismo; as condições do meio ambiente, como desmatamento ou poluição; os principais equipamentos sociais: escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços que a população utiliza para desenvolver a sua vida no território; a presença de animais no entorno das residências e nas ruas; áreas de risco social de diversas ordens. No mapa inteligente também podem ser identificadas áreas de grupos em situação de risco ou vulnerabilidade, dados demográficos e epidemiológicos. Exemplos de agravos ou situações de saúde que indiquem necessidade de acompanhamento da equipe de saúde, também chamados de marcadores de saúde: crianças menores de dois anos, gestantes, idosos acamados/domiciliados, pessoas com deficiência, com doenças crônicas, dentre outros.

2 - VISITA DOMICILIAR

Na sociedade contemporânea, tem sido crescente a busca por estratégias que visem à redução de custos, refletindo o enfoque da política neoliberal de redução dos gastos estatais, até mesmo nas ações de saúde. Nesse contexto, a assistência prestada por meio da visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A visita domiciliar é uma das atividades mais importantes do Agente Comunitário de Saúde. Elas fazem parte da rotina do trabalho.

Através dela que é possível:

- Identificar as pessoas que estão bem de saúde e as que não estão;
- Conhecer os principais problemas de saúde das pessoas;
- Conhecer as condições de moradia, de trabalho, os hábitos, as crenças, os costumes, os valores da família;
- Descobrir o que as pessoas precisam saber para cuidar melhor de sua saúde;
- Ajudar as pessoas a refletirem sobre os seus problemas de saúde e ajudá-las a organizar suas ações para tentar resolvê-los;
- Identificar as famílias que precisam de um acompanhamento mais próximo e mais frequente;

- Ensinar às pessoas medidas simples de prevenção e orientá-las a usar corretamente os medicamentos.

Uma visita domiciliar, para ser bem feita, precisa ser planejada. É preciso ver os detalhes da visita antes de fazê-la. O intuito é aproveitar melhor o tempo e respeitar o tempo das pessoas visitadas. Assim, antes de fazer uma visita, pense nos seguintes pontos:

- Ter claro o motivo da visita: informar o motivo da visita, sua utilidade e importância.
- Primeira visita: quando for a primeira visita, antes de qualquer coisa, é importante que o ACS se apresente: diga seu nome, qual o seu trabalho, o motivo da visita e perguntar se pode ser recebido naquele momento.
- Saber o nome das pessoas: é importante saber o nome de alguém da família que você vai visitar. É uma demonstração de interesse e respeito pelas pessoas.
- Escolher o melhor horário: É recomendável escolher um bom horário e definir o tempo de duração da visita. Isso não quer dizer que não possa mudar o horário ou ficar mais um tempo, se necessário. Na hora da visita, é preciso ter sensibilidade para saber se as pessoas querem ou não podem conversar mais um pouco.
- Conquistar a confiança: Para conquistar a confiança e o respeito das pessoas, é preciso valorizar seus costumes, as suas crenças, o seu modo de ser, seus problemas e sentimentos. É preciso lembrar que todas as informações que lhe são repassadas pela família são confidenciais e devem ser guardadas sob sigilo, por questões éticas.
- Conversar antes: Antes de começar a fazer as perguntas, é bom conversar um pouco com as pessoas sobre assuntos que elas gostem de falar. Perguntar somente o necessário só se deve pedir informações que têm sentido. É necessário explicar o porquê das perguntas e para que elas vão servir.

Um instrumento importante para a visita domiciliar é a entrevista, pois além de ser possível obter informações e dados diretamente da pessoa, também se constitui numa oportunidade para ensinar e aprender. Depois de fazer a visita, deve-se verificar se os objetivos foram alcançados, analisando o que deu certo ou não para corrigir as possíveis falhas. Isso é importante para planejar as próximas visitas.

Quando o ACS vai realizar uma visita domiciliar deve considerar que não está entrando somente na casa, mas na vida das pessoas que nela habitam. O agente, na sua função de orientar, monitorar, esclarecer e ouvir, passa a exercer, também, o papel de educador. Por isso é tão importante que ele compreenda as implicações que isso representa.

2.1 Cadastramento das famílias

Cadastramento é colocar no papel todas as informações a respeito da comunidade. O cadastramento mostra quem são, quantos são, quais são suas idades, quais seus problemas de saúde e as condições de moradia e saneamento.

O cadastro da AB está organizado em duas dimensões:

- individual
- domiciliar

Cadastro individual: A Ficha de Cadastro Individual é utilizada para registrar as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território das equipes de AB. Tem como objetivo captar informações sobre os usuários que se encontram adscritos no território dessas equipes.

Ver figura 1

Devem ser registrados dados de identificação do usuário: nome completo, data de nascimento, sexo, raça/cor; número de identificação social (NIS); nome da mãe e do pai; e informações sobre a nacionalidade. A raça/cor informada deve ser aquela declarada pelo indivíduo. Essas informações são de preenchimento obrigatório. No caso de indígenas, a etnia também é de preenchimento obrigatório. Número cartão sus responsável – número do CadSUS do usuário responsável pelo núcleo familiar, deve ser preenchido caso o próprio usuário não seja o responsável. Considera-se responsável familiar a pessoa reconhecida naturalmente pelos moradores do domicílio, mesmo que ela não possua vínculo consanguíneo ou legal.

O segundo bloco do Cadastro refere-se às informações sociodemográficas.

Situação conjugal – aqui se busca identificar a situação conjugal, o estado civil do indivíduo.

Ocupação – informar a principal ocupação do usuário cadastrado. No sistema, a ocupação cadastrada deve estar de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Frequenta escola? – informar se usuário frequenta ou não frequenta escola ou creche, este campo é de preenchimento obrigatório. Marcar com um X na opção “Sim” caso afirmativo e “Não” caso negativo.

Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou? – aqui se busca identificar qual o nível de escolaridade máximo cursado pela pessoa.

Situação no mercado de trabalho – aqui se investiga a inserção da pessoa no mercado de trabalho.

Se criança de 0 a 9 anos, com quem fica? – nesta variável, caso a pessoa tenha até 9 anos de idade, se pretende descobrir quem é responsável por permanecer com a criança enquanto os pais se ausentam.

Frequenta Cuidador Tradicional?

Participa de algum grupo comunitário? – marcar com um X na opção “Sim” caso participe de grupo comunitário ou “Não” caso contrário.

Possui plano de saúde privado? – marcar com um X na opção “Sim” caso possua Plano de Saúde privado ou “Não” caso contrário.

É membro de povo ou comunidade tradicional? – marcar com um X na opção “Sim” caso seja membro de comunidade tradicional ou “Não” caso contrário.

Deseja informar a sua orientação sexual/identidade de gênero? – marcar com um X na opção “Sim” caso deseje informar ou “Não” caso contrário.

SE SIM, QUAL? – caso a pessoa queira se autodeclarar em uma das possibilidades de orientação sexual ou de identidade de gênero, podendo ser:

- Heterossexual: indivíduo que se declara heterossexual.
- Gay: indivíduo do sexo masculino que se declara gay ou homossexual.
- Lésbica: indivíduo do sexo feminino que se declara lésbica ou homossexual.
- Bissexual: indivíduo que se declara bissexual.
- Travesti: indivíduo que se declara travesti.
- Transexual: indivíduo que se declara transexual.

Tem alguma deficiência? aqui se investiga a presença ou não de alguma deficiência na pessoa, marcar com um X na opção “Sim” caso tenha ou “Não” caso contrário. Este campo é de preenchimento obrigatório.

SE SIM, QUAL? – caso a pessoa tenha alguma deficiência indicar qual, podendo ser: auditiva, visual, intelectual, física e outra.

Informações sobre a situação de saúde das pessoas

Essas informações contribuem para que o ACS, junto à equipe de saúde, identifique as famílias que necessitam ser acompanhadas com maior frequência. Além disso, o momento de realização do cadastro também deve ser visto como uma oportunidade para orientar quanto aos cuidados necessários e conversar com as pessoas sobre o que a unidade básica de saúde pode oferecer para cada problema/condição referida; orientar sobre o fluxo para marcação de consultas, realização de exames, participação em grupos, entre outras atividades.

2. 2. O Cadastro Domiciliar e Territorial

A Ficha de Cadastro Domiciliar é utilizada para registrar as características sócio sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Por meio dela, é possível registrar também situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua, mas que devem ser monitoradas pela equipe de saúde. As informações presentes nessa ficha são relevantes porque compõem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde.

Ao realizar o cadastramento de cada um dos membros da família e o cadastro dos domicílios você irá conhecer um pouco mais sobre como as pessoas vivem e poderá contribuir para que a equipe de saúde ofereça ações de cuidado que atendam às necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade.

3- TÉCNICA DE ENTREVISTA



Fonte: Manual do ACS

Para realizar uma entrevista, você precisa, antes de tudo, definir claramente seu objetivo e seu conteúdo, além de elaborar um roteiro para orientar-se durante o processo. Definir o tempo necessário para fazer a entrevista também é fundamental.

1. Comece explicando ao entrevistado de maneira simples os objetivos e conteúdo da entrevista. Se necessário, converse um pouco sobre assuntos pessoais, como: trabalho, onde mora, quantos filhos tem etc.
2. Atenda primeiro as necessidades sentidas pelo entrevistado e demonstre interesse e atenção estimulando-o a responder as perguntas.
3. Lembre-se sempre de ouvi-lo com atenção e esgotar cada assunto antes de passar para o seguinte.
4. Use formas de perguntas que permitam o aprofundamento das respostas, ou seja, utilize sempre que possível “o que”, “quem”, “quando”, “onde” e “por quê”. Tenha cuidado para não desviar do assunto. Faça com que o entrevistado se sinta à vontade, como se estivesse numa conversa comum e não em um interrogatório.

Após a entrevista, faça uma análise com as seguintes perguntas:

- Os objetivos propostos foram alcançados?
- O entrevistado sentiu-se à vontade?
- As perguntas foram formuladas de forma clara e com palavras simples? Esse questionamento é importante para verificar se ainda resta alguma dúvida e para que você possa prosseguir com o seu trabalho.

As vantagens da entrevista é que ela facilita a visualização dos problemas e encontro das soluções, já que permite a obtenção de informações, bem como a apresentação de soluções para os problemas que aparecerem. Ela também possibilita o relacionamento e a confiança entre agente e morador, algo fundamental no trabalho do ACS.

4- TRABALHO EM EQUIPE

Quando falamos em trabalho coletivo, é importante considerar as diferenças entre trabalhar com uma equipe e trabalhar em equipe. O que significa o resultado obtido, que é o que chamamos de trabalho de equipe. Em qualquer área do conhecimento, o tradicional é se trabalhar com uma equipe, em que existe um chefe e os subordinados, aprendizes ou dependentes – seja qual for o nome escolhido. É uma forma tradicional de trabalhar, cujo resultado é denominado por todos de trabalho de equipe.

No Programa Saúde da Família, o trabalho é diferente do tradicional. Nele, vários profissionais se relacionam para desenvolver uma tarefa, conseguindo um resultado que é maior do que a soma das parcelas do trabalho de cada pessoa dessa equipe. Assim, o diferencial no Saúde da Família é trabalhar em equipe. Algo que exige dos membros um trabalho compartilhado em torno de um objetivo comum. Desse modo, cada um dos profissionais tem suas atribuições e competências definidas e as lideranças vão surgindo no momento de cada desafio. Trabalhar em equipe compreende relacionar-se com outras pessoas. Pode-se dizer que o trabalho em equipe se constrói no próprio trabalhar, no fazer de todo dia, e por isso tem múltiplas possibilidades e significados, necessitando de permanente avaliação. Visto dessa forma, o trabalho em equipe é como uma rede de relações em que cada um dos integrantes possui um saber, fruto da sua história de vida, oportunidade social e formação específica.

5 - ÉTICA NO TRABALHO DO ACS

A ética estuda o comportamento moral do homem na sociedade. Este comportamento, por sua vez, é baseado em valores incorporados pelo indivíduo enquanto ser social. A ética estuda os atos conscientes e voluntários de indivíduos que afetam outras pessoas, grupos sociais, ou a sociedade em seu conjunto. Um comportamento só terá conotação moral se for consciente e voluntário e ocorrer no convívio social.

Valores morais: é o homem quem dá valor às coisas ou quem cria valores na sua relação com a natureza e com os outros homens. Contudo, o fato de as coisas terem um valor para o homem não significa que há conotação moral neste valor. O valor moral depende da utilização dada ao objeto: para que fim, interesse ou necessidade servirá. Por exemplo, pense que uma droga foi descoberta e está destinada a salvar vidas, mas é utilizada em uma guerra química e acaba causando mortes. Só podemos atribuir valor moral a um ato se ele tem consequências que afetam outros indivíduos, um grupo social ou uma sociedade. O juízo de valor que se faz de um ato humano é a atribuição de valor que é dada ao ato de um sujeito por outro sujeito. Aquele que avalia e o que é avaliado estão inseridos em um contexto histórico e social, e utilizam uma escala de valores elaborada a partir de seu contexto de vida, enquanto ser social.

5.1 Humanização e ética na atenção à saúde

O modelo de atenção à saúde da Estratégia Saúde da Família está centrado no usuário, o que exige das equipes a necessidade de pensar formas de humanizar a assistência à saúde.

Humanizar significa olhar as pessoas que buscam os serviços de saúde como sujeitos de direitos; observar cada pessoa ou família em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com uma história particular, valores, crenças e desejos; significa também ampliar as possibilidades dos usuários exercerem a sua autonomia. Qualquer pessoa, independentemente da idade, se tiver condições para apreciar a natureza e as consequências de um ato ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter oportunidade de decidir sobre sua saúde. Ou seja, pode agir como pessoa autônoma. Autonomia relaciona-se com tomada de decisão. Por pessoa autônoma compreende-se aquela que tem condições para deliberar, decidir entre as alternativas que lhe são apresentadas, podendo atuar conforme sua escolha. Para os profissionais de saúde, respeitar o usuário como agente autônomo significa ser capaz de acatar o seu direito de opiniões próprias, de fazer escolhas e agir de acordo com seus valores e crenças, mesmo que suas opções possam discordar das indicações técnicas. É tarefa dos profissionais de saúde assegurar as condições necessárias para que os usuários possam fazer suas escolhas com autonomia.

Os usuários devem ser estimulados a compartilhar das decisões que digam respeito à sua pessoa, à sua família e à sua comunidade. As decisões devem ser livres e esclarecidas, fundamentadas em informações adequadas, de forma que possam aceitar ou recusar o que lhes é proposto. A transformação do modelo assistencial e a humanização do atendimento requerem a garantia do direito à informação ao usuário, pois este é o elemento vital para que o usuário possa tomar decisões. Todos os integrantes da equipe de Saúde da Família devem estar conscientes da responsabilidade individual de esclarecer os usuários sobre questões que lhe são mais afeitas. As informações não necessitam ser exaustivas ou apresentadas em linguajar técnico-científico. Devem ser simples, compreensíveis, respeitadas e suficientes para garantir a autonomia dos usuários nas suas escolhas e atos. O desenvolvimento de uma relação de confiança entre profissionais e usuários favorece o respeito pela autonomia dos usuários e permite diminuir sua dependência com relação à autoridade dos profissionais. Convém lembrar que esta relação de confiança na Estratégia de Saúde da Família é reforçada pelo vínculo e responsabilização que decorrem da adscrição das famílias de determinada região a uma equipe específica. Outros dois princípios éticos que devem ser observados nas atividades do PSF: a privacidade e a confidencialidade das informações. Estes princípios englobam: intimidade, vida privada e honra das pessoas. Os próprios usuários têm direito de decidir quais informações pessoais querem que sejam mantidas sob o seu exclusivo controle e a quem, quando, onde e em quais condições estas informações podem ser reveladas. Se o usuário tem direito à privacidade, cabe aos elementos da equipe o dever da manutenção do segredo. Vale lembrar que são sigilosas não somente as informações reveladas confidencialmente, mas também aquelas que a equipe de saúde da família venha a conhecer no exercício de suas atividades. Está no âmbito do segredo tudo aquilo que se conhece através dos contatos profissionais com os usuários, inclusive nas visitas domiciliares. Deve-se estar atento para que a visita não seja encarada pelos usuários como um ato invasivo de privacidade. Assim, o dever de assegurar a confidencialidade dos fatos e dos dados torna-se ainda mais indispensável. O dever de manter o segredo das informações é obrigação ética dos profissionais de saúde. Para isso, devem ser criadas condições nas unidades, para que se mantenham sob sigilo os dados relativos à intimidade do usuário e das famílias. Isso deve ser aplicado igualmente quando se trata da própria família. Um usuário pode não desejar que alguns fatos ou dados de sua privacidade sejam revelados a outros membros da família. Basta lembrar que é comum as adolescentes não quererem revelar dados de sua vida sexual a seus pais, procurando a unidade de saúde, muitas vezes, sem o conhecimento deles. É oportuno lembrar que são necessários cuidados no momento da obtenção das informações, pois elas, muitas vezes, são colhidas nos domicílios, que podem não ter um espaço reservado à conversa entre o membro da equipe que realiza a visita e o usuário. Assim, cabem cuidados, como por exemplo: procurar manter um tom baixo de voz ou até mesmo propor a ida do usuário à unidade de saúde.

O *Agente Comunitário de Saúde* possui uma situação singular na equipe de saúde da família, uma vez que obrigatoriamente deve residir na área de atuação da equipe, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade que os outros membros da equipe. Ao exercer a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade, um maior cuidado é necessário para discernir quais as informações ele deve compartilhar com o restante da equipe, que são relevantes para gerar benefícios para a comunidade e para acionar ou orientar o trabalho da equipe.

Outro direito fundamental do usuário é a liberdade de expressão. O usuário deve poder manifestar sua opinião sobre o serviço ou os membros da Equipe de Saúde da Família, sem o risco ou temor de represálias. Os gestores devem viabilizar canais de comunicação entre

os usuários e a administração, permitindo que expressem livremente suas reclamações e participem das decisões tomadas no âmbito da saúde.

6 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Paulo Freire

O MS define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. As ações educativas fazem parte do seu dia a dia e têm como objetivo final contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O desenvolvimento de ações educativas em saúde pode abranger muitos temas em atividades amplas e complexas, o que não significa que são ações difíceis de serem desenvolvidas. Ocorre por meio do exercício do diálogo e do saber escutar.

As ações educativas têm início nas visitas domiciliares, mas podem ser realizadas em grupo, sendo desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. O trabalho em grupo reforça a ação educativa aos indivíduos. A ação educativa é de responsabilidade de toda a equipe. Existem diferentes metodologias para se trabalhar com grupos. Você e sua equipe devem avaliar a que melhor se adapte às suas disponibilidades e dos demais membros da equipe, de tempo e de espaço, assim como as características e as necessidades do grupo em questão.

A linguagem deve ser sempre acessível, simples e precisa.

Divulgar – uma etapa que não deve ser esquecida. Espalhar a notícia para o maior número de pessoas, elaborar cartazes com letras grandes, de forma criativa, e divulgar a reunião nos lugares mais frequentados da comunidade fazem parte desse processo;

- Realizar dinâmicas que possibilitem a apresentação dos participantes e integração do grupo, quebrando a formalidade inicial;
- Apresentar o tema que será discutido, permitindo a exposição das necessidades e expectativas de todos. A pauta da discussão deve ser flexível, podendo ser adaptada às necessidades do momento;
- Estimular a participação de todos;
- Identificar os conhecimentos, crenças e valores do grupo, bem como os mitos, tabus e preconceitos, estimulando a reflexão sobre eles. A discussão não deve ser influenciada por convicções culturais, religiosas ou pessoais;
- Discutir a importância do autoconhecimento e autocuidado, que contribuirão para uma melhor qualidade de vida;
- Abordar outros temas segundo o interesse manifestado pelo grupo;
- Facilitar a expressão de sentimentos e dúvidas com naturalidade durante os questionamentos, favorecendo o vínculo, a confiança e a satisfação das pessoas;
- Neutralizar delicada e firmemente as pessoas que, eventualmente, queiram monopolizar a reunião, pedindo a palavra o tempo todo e a utilizando de forma

abusiva, além daqueles que só comparecem às reuniões para discutir seus problemas pessoais;

- Utilizar recursos didáticos disponíveis como cartazes, recursos audiovisuais, bonecos, balões etc.;
- Ao final da reunião, apresentar uma síntese dos assuntos discutidos e os pontos-chave, abrindo a possibilidade de esclarecimento de dúvidas.

Entre as habilidades que todo trabalhador de saúde deve buscar desenvolver, estão:

1. Ter boa capacidade de comunicação;
2. Usar linguagem acessível, simples e precisa;
3. Ser gentil, favorecendo o vínculo e uma relação de confiança;
4. Acolher o saber e o sentir de todos;
5. Ter tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores que não sejam os seus próprios;

A ação ou atividade educativa pode e deve ser realizada por qualquer membro da equipe de saúde. Para isso é necessário, além dos conhecimentos técnicos, habilidade de comunicação e conhecimento das características do grupo ou da população.

1. Sentir-se confortável para falar sobre o assunto a ser debatido;
2. Ter conhecimentos técnicos;
3. Buscar apoio junto a outros profissionais quando não souber responder a alguma pergunta.

Durante o desenvolvimento da atividade, devem ser oferecidos, se possível, materiais impressos e explicar a importância do acompanhamento contínuo na UBS, assim como o funcionamento dos serviços disponíveis. Sempre que possível envolver os participantes do grupo no planejamento, execução e avaliação dessa atividade educativa. Isso estimula a participação e o interesse das pessoas na medida em que se sentem capazes, envolvidos e responsáveis pelo sucesso do trabalho.

UNIDADE 3

1 - A FAMÍLIA E O TRABALHO DO ACS



A família é a primeira e mais importante influência na vida das pessoas. É na família que adquirimos os valores, os usos e os costumes que irão formar nossa personalidade e bagagem emocional. Podemos chamar de família um grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consanguinidade e de convivência. As famílias vêm se transformando ao longo do tempo, acompanhando as mudanças religiosas, econômicas, sociais e culturais. Hoje existem várias formas de organização familiar, como: famílias com uniões estáveis, reconstituídas, de casais do mesmo sexo, de casais que moram em casas separadas etc. Há ainda famílias que não têm a presença da mãe, do pai ou de ambos. Muitas vezes nesses casos, os avós assumem a responsabilidade em cuidar da família. A família é o ponto de partida para o trabalho do ACS na comunidade. Por isso, é preciso identificar e compreender a formação e como funcionam as famílias da sua área de abrangência.

2 - PRÁTICAS DO ACS NO CUIDADO À SAÚDE DAS FAMÍLIAS

Saúde da criança

Com esse tema, pretendemos promover uma reflexão sobre a saúde da criança e compreender quais são as possíveis atribuições do ACS na prevenção de doenças e agravos e na promoção à saúde.

Entre as ações de prevenção das doenças e promoção à saúde, estão o incentivo ao cumprimento do calendário vacinal, a busca ativa dos faltosos às vacinas e consultas, a prevenção de acidentes na infância, o incentivo ao aleitamento materno, que é uma das estratégias mais eficazes para redução da morbimortalidade (adoecimento e morte) infantil, possibilitando um grande impacto na saúde integral da criança. Qualquer problema que interfira na saúde da criança deve ser comunicado à ESF.

2.1 Atenção às crianças recém-nascidas

A criança desde o nascimento até completar 28 dias de vida é chamada de recém-nascida, sendo totalmente dependente dos cuidados dos pais. É importante que os cuidados com o recém-nascido, mesmo os mais simples, sejam feitos pela mãe. No entanto, outras pessoas podem ajudar no cuidado com a criança: o pai, a avó, a vizinha ou a comadre. Nessa fase qualquer doença pode se tornar grave. Você pode colaborar conversando com os pais, esclarecendo suas dúvidas e diminuindo suas preocupações. Lembre-se de que a mãe também está se recuperando e se acostumando a uma nova situação, mesmo que ela já tenha outros filhos. Observando os cuidados da mãe com o bebê no banho, nas mamadas, na troca de fraldas, você poderá perceber o tipo de atenção que é dada à criança e assim orientar melhor a mãe e a família

2.2 Características físicas do recém-nascido

Conhecendo um pouco sobre o RN, suas características e os cuidados essenciais. Essas informações podem ajudar você a apoiar as famílias do seu território no cuidado ao bebê.

Peso

O peso ao nascer é importante pois pode ser um indicativo de algum problema de saúde durante a gestação. Depois o peso e a altura vão marcar o início do crescimento do bebê, agora fora da barriga da mãe e, é claro, com as características herdadas dos pais. Aqueles que nascem com menos de 2,5 kg têm maiores riscos de apresentar problemas. Podem ser prematuros, que nasceram antes da hora. Podem também ser crianças que por diversas

razões, como desnutrição da mãe, infecções da mãe durante a gravidez, mãe fumante durante a gravidez ou por outras razões, nasceram no tempo certo, mas com baixo peso. Não podemos nos esquecer dos bebês que nasceram acima de 4 kg, que pode ser um indicativo de mãe que apresentou diabetes gestacional. Todos esses bebês precisam ser acompanhados com mais frequência por você e pelos demais profissionais da UBS, pois geralmente precisam de cuidados especiais.

Normalmente os bebês nascem com peso entre 2,5 kg e 4 kg e sua altura fica entre 47 e 54 centímetros.

Perda de peso natural: Nos primeiros dias de vida, é normal a perda de peso do bebê. Perde líquido e elimina as primeiras fezes (mecônio). Ele está se acostumando ao novo ambiente. Deve recuperar seu peso em mais ou menos 10 dias.

Pele: Sua pele é avermelhada e recoberta por uma camada de gordura, que serve de proteção e aumenta sua resistência a infecções. É delicada e fina, então é preciso ter muito cuidado com a higiene. Podem ter pelos finos e longos nas costas, orelhas e rosto, que desaparecem após uma semana do nascimento; podem aparecer alguns pontinhos no nariz como se fossem pequenas espinhas, que não se deve espremer, pois podem inflamar. Eles desaparecem em cerca de um ou dois meses; podem apresentar manchas avermelhadas espalhadas pelo corpo, que é uma reação da pele ao ambiente, e também logo desaparecem; se o bebê apresentar coloração amarelada em qualquer intensidade, orientar para procurar a UBS, porque pode ser “icterícia”.

A icterícia resulta do metabolismo da bilirrubina. A bilirrubina é uma substância produzida pelo organismo, no baço, devido ao processo de renovação de células sanguíneas (hemácias). Na maioria das vezes, a icterícia pode ser considerada “fisiológica”, ou seja, um condição normal e passageira. Entretanto, também pode ser um sinal de alguma alteração com risco para a criança. Por isso, todos os casos devem ser reportados à equipe de saúde, para avaliação da criança (BRASIL, 2017).

Para prevenção da icterícia fisiológica (passageira e sem risco para o RN), o banho de sol é uma das medidas mais utilizadas. O sol deve bater direto na pele do bebê, que deve estar apenas de fralda. São suficientes 30 minutos de exposição ao sol por semana (10 minutos, três vezes por semana). Se o bebê estiver vestido, com o sol batendo apenas na cabeça e nas mãos, são necessárias 2 horas de sol por semana.

Cabeça: A cabeça do recém-nascido sofre pressão intensa durante o trabalho de parto, que, às vezes, adquire uma forma diferente do normal. O bebê pode ainda nascer com o rosto inchado e com manchas contudo são alterações que desaparecem em poucos dias. O bebê pode apresentar um inchaço no couro cabeludo, como uma bolha, devido à compressão da cabeça para dilatar o colo do útero. Quando o parto é natural, é comum isso acontecer com o bebê. A “moleira” é também uma característica do recém-nascido, não devendo ser motivo de preocupação. Ela nada mais é que uma região mais mole na parte de cima dos ossos da cabeça que ainda não estão emendados. Isso ocorre para facilitar a passagem da cabeça do bebê pelo canal vaginal na hora do parto. A moleira é importante para que a cabeça do bebê continue crescendo, acompanhando o crescimento do cérebro. Ela vai se fechando aos poucos, num processo que só se completa por volta dos 18 meses de vida.

Casquinhas no couro cabeludo: São comuns nos recém-nascidos e não incomodam em nada o bebê. O importante é manter a cabeça limpa e seca. Orientar para não tentar tirá-las a seco e verificar se as orientações da UBS estão sendo realizadas. Com o tempo elas desaparecem naturalmente. Caso você sinta um cheiro desagradável na cabeça do bebê, é preciso encaminhá-lo para a UBS.

Tórax e abdome: Alguns bebês podem nascer com as mamas aumentadas porque os hormônios da mãe passaram por meio do cordão umbilical. Isso é natural. Você deve orientar a mãe para não espremer, pois, além de machucar, pode inflamar. Informe que as mamas irão diminuir aos poucos; A barriga do bebê é alta e grande, e na respiração ela sobe e desce (respiração abdominal); O coto umbilical é esbranquiçado e úmido, que vai ficando seco e escuro, até cair; Os braços e pernas parecem curtos em relação ao corpo.

Muitas vezes, as famílias já têm modos de curar o umbigo que são passados de geração para geração e, por isso, é muito importante orientarmos que a limpeza do coto umbilical deve ser feita apenas com cotonete e álcool a 70%. A limpeza deve ser diária, tomando o cuidado de deixar a região bem sequinha ao final. Não se deve colocar faixas, moedas ou qualquer outro objeto ou substância sobre o umbigo. O coto do umbigo cai em torno de uma semana.

Genitais: Em alguns meninos os testículos podem ainda não ter descido totalmente, parecendo o saco um pouco murcho; outros podem ser grandes e duros, parecendo estar cheios de líquido. Mantendo-se qualquer uma dessas situações, orientar para procurar a UBS. Nas meninas pode haver saída de secreção esbranquiçada ou um pequeno sangramento pela vagina. Isso ocorre devido à passagem de hormônios da mãe. Nesses casos, oriente que é uma situação passageira e recomende a higiene local, sempre da frente para trás, ou seja, da vagina em direção ao ânus, e não o contrário.

Funcionamento intestinal nas primeiras 24 horas de vida, os recém-nascidos eliminam o mecônio (substância verde bem escuro, quase preto e grudento, parecendo graxa), depois as fezes se tornam esverdeadas e, posteriormente, amareladas e pastosas. As crianças amamentadas no peito costumam apresentar várias evacuações por dia, com fezes mais líquidas. Se o bebê está ganhando peso, mamando bem, mesmo evacuando várias vezes ao dia, isso não significa diarreia. Você já se deparou com algum familiar queixando com você que o bebê não está evacuando? É importante saber que alguns bebês não evacuam todos os dias e chegam a ficar até uma semana sem evacuar. Se, apesar desse tempo, as fezes estiverem pastosas e a criança estiver mamando bem, isso não é um problema. É importante informar aos pais ou aos cuidadores que se o bebê estiver mamando só no peito, e ficar alguns dias sem evacuar, não se deve dar frutas, laxantes ou chás.

Urina: Os bebês urinam bastante. Isso indica que estão mamando o suficiente. Quando ficam com as fraldas sem ser trocadas por muito tempo, por exemplo, a noite toda, o cheiro da urina pode ficar forte, mas na maioria das vezes não significa problema de saúde.

Sono: Na primeira semana, o recém-nascido dorme de 15 a 20 horas por dia, porém alguns não dormem entre as mamadas, ficando acordados por várias horas. Para que o bebê não troque o dia pela noite, é importante lembrar da luminosidade. É fundamental proporcionar um ambiente claro e arejado durante o dia, e escuro e acolhedor durante a noite. Um recém-nascido, durante seu primeiro mês de vida, passa a maior parte do tempo dormindo. Muitos estudos afirmam que em média um bebê dorme um mínimo de 12 horas e um máximo de 20 horas diárias. Orientar os familiares a levar o bebê para o berço somente à noite e evitar acender as luzes para não distraí-lo.

Posição para dormir: É muito importante que você oriente os pais e os cuidadores de que a maneira indicada para colocar a criança para dormir, especialmente nos primeiros seis meses de vida, é de “barriga para cima” e não de lado ou de bruços. A cama ou o berço deve ser firme e não deve haver lençóis ou cobertores frouxos ou objetos macios em volta da criança

Choro: O choro é uma manifestação natural. Depois do nascimento, o bebê tem que se adaptar a uma série de mudanças: novas sensações, novos sons, roupas, banhos... Não é, portanto, de se estranhar o fato de ele chorar. O bebê se comunica pelo choro sempre que se sentir desconfortável ou estiver com fome, sede, frio, fralda molhada, roupa apertada, coceira, cólica ou irritação por excesso de barulho. Não usar medicamentos para evitar o choro.

Conforme a mãe for conhecendo o seu bebê, conseguirá distinguir os diferentes “choros”, isto é, o significado de cada uma de suas manifestações. No começo, porém, vai ter que pensar numa porção de motivos, até acertar a causa. Raramente o bebê chora sem que haja uma razão. Ele pode chorar quando se encontrar em algumas dessas situações:

Fome: o bebê chora muito, nenhum carinho consegue acalmá-lo e já se passaram algumas horas da última mamada: é fome. Ele só se tranquilizará depois que estiver satisfeito

Desconforto: o bebê fica incomodado quando sua fralda está molhada. Além disso, a cólica, o calor e o frio são também situações de desconforto.

Agitação: o recém-nascido sofre diferentes estímulos: barulhos, luzes, calor, frio etc. Em certos momentos de maior tensão, ele pode manifestar uma crise de choro. Nesse caso, deve-se dar colo e carinho. Alguns bebês choram antes de dormir. Você deve orientar a não deixá-lo chorar pensando que assim cairá no sono pelo cansaço, pois ele precisa de tranquilidade e carinho para dormir.

Dor: nos primeiros meses são normais as cólicas provocadas porque engole ar durante as mamadas. O choro de dor é agudo, inconsolável e repentino. Algumas medidas podem ajudar a acalmar a dor, como massagens na barriga, movimentar as pernas em direção ao corpo e encostar a barriga do bebê na barriga da mãe.

Frio: muitas vezes ao trocar ou dar banho em um bebê ele começa a chorar. Isso pode ser pela sensação de frio e de nudez repentina. A mãe deve cobri-lo com uma toalha para acalmá-lo.

Solidão: o bebê gosta de companhia e ao sentir a falta da mãe ele chora muito. Ela deve pegá-lo no colo, dar carinho e atenção. Você pode orientar que ele chora não por um capricho, mas por uma necessidade de aconchego e carinho.

Cólicas: Em geral, começam no fim da terceira semana de vida e vão até o fim do terceiro mês. O bebê chora e se contorce, melhora quando suga o peito e volta a chorar. Isso faz com que a mãe pense que é fome e pode levá-la a substituir o leite materno por mamadeira. Você deve orientar para que a mãe e familiares não confundam a necessidade de sugar, que melhora por um tempo as cólicas, com a fome. Orientar ainda a não usar medicamentos sem orientação da equipe de saúde, pois podem ser perigosos para o bebê, por conter substâncias que podem causar sonolência. Para aliviar as cólicas por alguns momentos, orientar para fazer massagens na barriga no sentido dos ponteiros do relógio e movimentar

as pernas em direção à barriga. Fazer compressas secas e mornas, aconchegar o bebê no colo da mãe também podem ajudar a acalmar a dor.

Regurgitação: É comum e consiste na devolução frequente de pequeno volume de leite logo após as mamadas. Quase sempre, o leite volta ainda sem ter sofrido ação do suco gástrico. Se o ganho de peso do bebê for satisfatório, é uma situação normal.

Soluços e espirros: Os soluços são frequentes quando a criança está descoberta, com frio, na hora do banho e às vezes após as mamadas. Não provocam nenhum mal e param sozinhos. Os espirros ocorrem frequentemente e não devem ser atribuídos a resfriados.

Hidratação As crianças que amamentam exclusivamente no seio não precisam de água, chás, sucos ou outros leites que não o do peito. Para as crianças que tomam mamadeira, deve-se oferecer nos intervalos água filtrada ou fervida.

Orientações a serem dadas sobre os cuidados com o bebê

No banho: Deve ser diário e nos horários mais quentes, podendo ser várias vezes no dia, principalmente nos lugares de clima quente. Sempre com água morna, limpa e sabonete neutro. É importante testar a temperatura da água antes de colocar a criança no banho. Enxugar bem, principalmente nas regiões de dobras, para evitar as assaduras. Não usar perfume, óleos industrializados e talco na pele do bebê, pelo risco de aspiração do talco e por causar alergias. As unhas do bebê devem ser cortadas para evitar arranhões e acúmulo de sujeiras.

Troca de fraldas: A cada troca de fraldas, é importante higienizar com água morna e limpa, mesmo que o bebê só tenha urinado. Não deixar passar muito tempo sem trocá-las, pois o contato das fezes ou da urina com a pele delicada do bebê provoca assaduras e irritações. Não usar talco ou perfume, pois podem causar alergias. Você pode orientar sobre uma medida importante para melhorar a assadura: deixar o bebê sem fraldas para tomar banho de sol até às 10 horas da manhã e após às 16 horas, por cinco minutos o sol tem uma ação de matar os micro-organismos e ajuda a proteger a pele da irritação provocada pelo contato da urina e das fezes. Nos casos em que as assaduras não apresentarem melhora, isso pode dever-se à dermatite por fralda, que é uma irritação na pele causada pelo contato com a urina e fezes retidas pelas fraldas e plásticos. É observada uma vermelhidão de pele, com descamação, aspecto brilhante e, eventualmente, com pontinhos elevados, e fica restrita às regiões cobertas pelas fraldas. Nesses casos, orientar para procurar a UBS, para identificar a causa e iniciar o tratamento.

Cuidados com o ambiente: A higiene do ambiente, das roupas e dos objetos usados pelo bebê é muito importante, considerando que ele tem poucas defesas e pode ter infecções. Quem cuida do bebê deve lavar bem as mãos, com água e sabão, antes e depois de cada cuidado. Além disso, todas as pessoas que forem pegar o bebê devem antes lavar as mãos. As roupas e as fraldas devem ser bem lavadas e, sempre que possível, colocadas ao sol para secar. Devem ser passadas com ferro quente. O sabão em pó comum e os amaciantes devem ser evitados para lavagem das roupas da criança. O ideal é usar sabão neutro. Um bom exemplo é o sabão de coco. Você pode verificar junto à família a possibilidade de deixar a casa mais arejada e iluminada e estudar em conjunto formas de diminuir a poeira e a fumaça (fogões à lenha e cigarros) dentro da casa. Nos locais em que há doenças transmitidas por insetos, como dengue, zika, chikungunya, febre amarela, malária, doença de chagas, etc., é necessário o uso de mosquiteiros. Sua orientação e ação também podem ser complementadas pelas do agente de controle de endemias.

Dia de Saúde Integral

Entre o 3º e 5º dia de vida do RN, os pais devem comparecer à UBS para a realização das seguintes atividades:

- Triagem neonatal;
- Consulta do bebê;
- Orientações sobre os cuidados com o bebê e sinais de alerta;
- Consulta da puérpera (mãe do RN);
- Orientações sobre amamentação e planejamento familiar;
- Vacinação do bebê contra Hepatite B e Tuberculose (BCG), caso não tenha sido realizada na maternidade;
- Vacinação da puérpera contra rubéola, caso não tenha registro anterior;
- Agendamento de consulta para o bebê (puericultura) e para a mulher (pós-parto). É muito importante que você oriente pais e familiares sobre o 5º Dia de Saúde Integral e também sobre os testes que o RN precisa fazer logo nos primeiros dias.

Triagem neonatal O teste do pezinho, da orelhinha, do olhinho e do coraçãozinho fazem parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal (recém-nascido), criado pelo Ministério da Saúde, com objetivo de diagnosticar diversas doenças e iniciar o tratamento precocemente, reduzindo ou eliminando sequelas, como retardo mental, surdez, cegueira e problemas cardíacos. Em relação ao Teste do pezinho, o ACS deve orientar a sua realização no quinto dia de vida do bebê, ou antes, caso o quinto dia seja no fim de semana. O exame revela doenças que podem causar graves problemas ao crescimento e ao desenvolvimento do bebê, que são irreversíveis se não diagnosticadas e logo tratadas. Por isso, a importância da sua realização o mais cedo possível.

O **Teste da orelhinha** é um exame que pode detectar precocemente se o bebê tem algum problema de audição. Ele é realizado na própria maternidade, quando o bebê está quieto dormindo, de preferência nas primeiras 48 horas de vida. Se a maternidade não possuir fonoaudiólogos, o exame pode ser feito nos primeiros meses de vida, em outro serviço de saúde. Nesse caso, o teste deve ser solicitado na UBS no dia da realização do teste do pezinho. O exame não dói, não incomoda, não acorda o bebê, é barato, fácil de ser realizado, não tem contraindicação e é eficaz para detectar problemas auditivos.

O **Teste do olhinho**, também conhecido como exame do reflexo vermelho, pode detectar diversos problemas nos olhos, o mais importante é a catarata congênita. Deve ser realizado de preferência ainda na maternidade, mas pode ser feito na UBS por um médico treinado, nos três primeiros anos de vida. Já o Teste do coraçãozinho tem a função de identificar precocemente se o bebê tem alguma doença grave no coração e, em caso positivo, a criança é submetida ao exame de ecocardiograma para confirmar o diagnóstico. O procedimento é simples, rápido e indolor. Consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do recém-nascido. Com o auxílio de um oxímetro - espécie de pulseirinha - instalado nos primeiros dias de vida no pulso e no pé da criança. É importante que o exame seja feito entre 24 e 48 horas após o nascimento. Isso porque, no primeiro dia de vida, algumas alterações no organismo do recém-nascido podem atrapalhar o resultado.

3 - PUERICULTURA

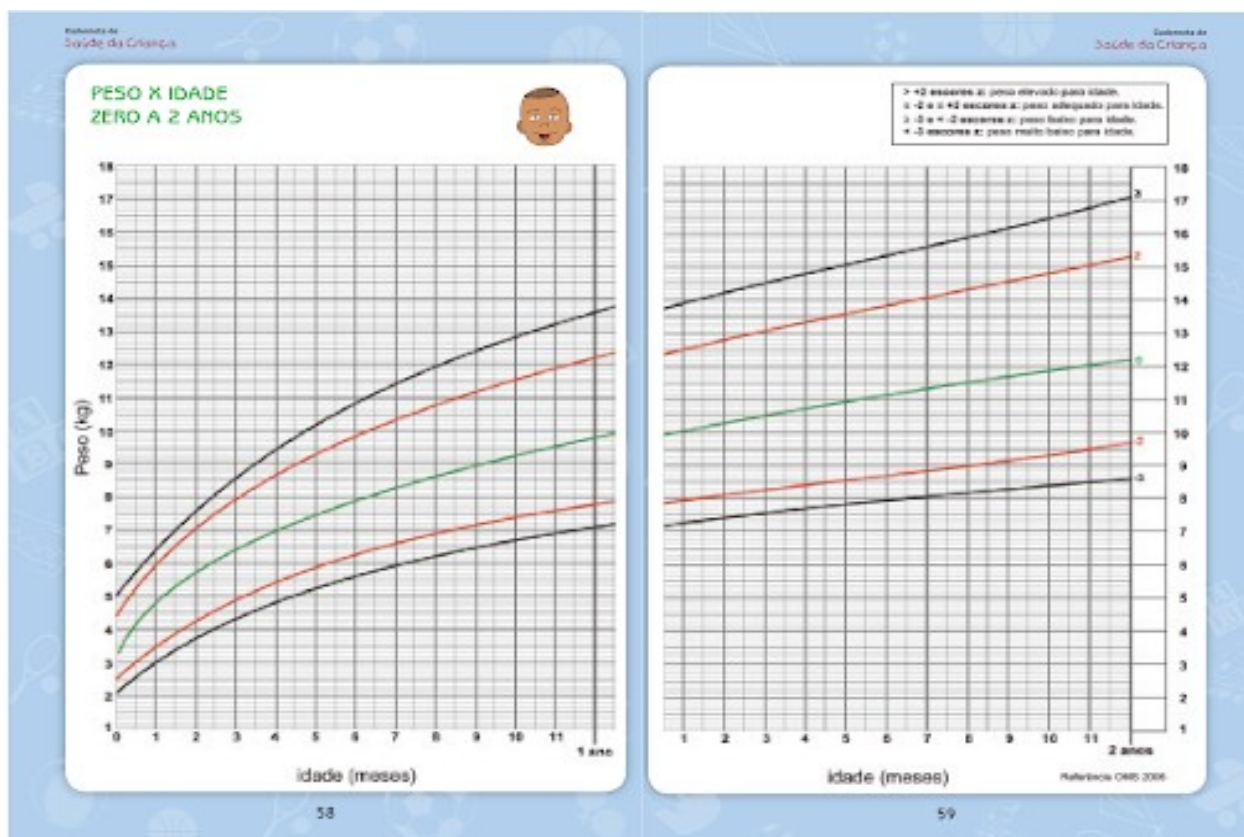
O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, também conhecida como puericultura, faz parte das prioridades de equipe na unidade de saúde e também deve ser acompanhado pelo ACS durante a visita domiciliar (VD). Crescimento É o aumento do corpo como um todo. A altura faz parte do crescimento, que é a medida em centímetros, e o peso, em quilogramas. Desenvolvimento É o amadurecimento das funções do corpo. É o que faz com que a criança aprenda a segurar objetos, relacionar sons e comportamentos, falar, andar, coordenar seus movimentos e ações, sentir, pensar e se relacionar com os outros e com o meio a sua volta.

Calendário de consultas de puericultura proposto pelo Ministério da Saúde até o 2º ano de vida

1ª Consulta	1 semana
2ª Consulta	1 mês
3ª Consulta	2 meses
4ª Consulta	4 meses
5ª Consulta	6 meses
6ª Consulta	9 meses
7ª Consulta	12 meses
8ª Consulta	18 meses
9ª Consulta	24 meses

Além de serem períodos que necessitam de orientações para promoção de saúde e prevenção de doenças. Esse seria o calendário mínimo, porém, em casos de risco, as crianças devem ser avaliadas com maior frequência (BRASIL, 2012). É direito da criança e da família receber a Caderneta de Saúde da Criança e ter o preenchimento dela a cada consulta. A Caderneta de Saúde da Criança é um documento que, se devidamente preenchido pelos profissionais de saúde, contém informações valiosas sobre vários aspectos de saúde da criança, que podem ser utilizadas por diversos profissionais e serviços.

Durante as visitas domiciliares, é importante solicitar a caderneta e verificar as anotações feitas pelos profissionais, principalmente no que diz respeito à vacinação. Dessa forma você poderá orientar melhor a família. Constam na caderneta os gráficos de crescimento e ganho de peso da criança. A leitura dos gráficos é fácil, podendo ser um instrumento utilizado por você para identificar possíveis situações de risco envolvendo o crescimento e a nutrição da criança. Todos os gráficos seguem a mesma regra: existem duas linhas vermelhas delimitando os limites inferior e superior da faixa da normalidade e uma linha verde central que representa a média de todas as crianças no dado em questão. É importante que a criança tenha uma curva crescente, dentro da faixa da normalidade, aproximando da curvatura das linhas de base (curvas vermelhas). Quando uma criança tem linha muito acentuada para cima, para baixo ou reta na horizontal é sinal de perigo. Veja exemplo abaixo, em que a linha azul representa os dados da criança



Fonte: BRASIL, 2013.

Vacinas da criança

Esquema de vacinação da criança: A vacinação é uma importante ação para diminuir doenças e mortes por doenças infecciosas. Você deverá solicitar a Caderneta de Saúde da Criança e verificar o esquema vacinal.

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	Hepatite B	Ao nascer	previne a hepatite B
Ao nascer	BCG (Bacilo Calmette-Gu)	Única	previne as formas graves de tuberculose, principalmente miliar e meníngea.
2 meses	Penta	1ª dose	previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo Haemophilus influenzae B
2 meses	Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	1ª dose	previne a poliomielite
2 meses	Pneumocócica 10 Valente conjugada	1ª dose	previne a pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
2 meses	Rotavírus humano	1ª dose	previne diarreia por rotavírus
3 meses	Meningocócica C (conjugada) -	1ª dose	Previne Doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C

4meses	Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	2ª dose	Previne a poliomielite
4meses	Penta	2ª dose	Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo Haemophilus influenzae B
4meses	Pneumocócica 10 Valente conjugada	2ª dose	Previne a pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
4meses	Rotavírus humano	2ª dose	Previne diarreia por rotavírus
5meses	Meningocócica C (conjugada) 2ª dose	2ª dose	Previne doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C
6meses	Penta	3ª dose	Previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo Haemophilus influenzae B
6meses	Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	3ª dose	previne a poliomielite
9meses	Febre Amarela	uma dose	previne a febre amarela
12meses	Tríplice viral	1ª dose	previne sarampo, caxumba e rubéola
12meses	Pneumocócica 10 Valente (conjugada)	Reforço	previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
12meses	Meningocócica C (conjugada)	Reforço	previne doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C
15meses	DTP	1º reforço	previne a difteria, tétano e coqueluche
15meses	Vacina Poliomielite 1 e 3 (atenuada) (VOP)	1º reforço	previne poliomielite
15meses	Hepatite A	uma dose	Contra Hepatite A
15 meses	Tetra viral	Uma dose	previne sarampo, rubéola, caxumba e varicela/catapora
4anos	DTP	2º reforço	previne a difteria, tétano e coqueluche
4anos	Vacina Poliomielite 1 e 3 (atenuada) (VOP)	2º reforço	previne poliomielite
4anos	Varicela atenuada	Dose única	previne varicela/catapora
4anos	Febre Amarela	Reforço	previne a febre amarela

Neste ano houve a implantação da dose de reforço da vacina febre amarela (atenuada) para crianças de 4(quatro) anos de idade em todo o Brasil.

Em relação à vacinação, você deve orientar que pais ou responsável procure pela UBS quando a criança:

- Não tiver a marca (cicatriz) da vacina BCG no braço direito, após seis meses de sua aplicação;
- Não tiver o registro de aplicação de alguma vacina na Caderneta da Criança;
- Tiver tomado alguma vacina e não esteja registrada na Caderneta;
- Não tiver comparecido no dia agendado pela UBS para a vacinação;
- Apresentar queixas importantes após aplicação de vacina.

3.1 Orientações alimentares para a criança

Nos primeiros seis meses, o bebê só deve receber o leite materno. Ele deve ser oferecido todas as vezes que o bebê quiser, inclusive à noite. Após os seis meses, introduzir novos alimentos, continuando com o aleitamento materno até os dois anos ou mais. A partir dos seis meses, as papas de frutas, legumes, carnes e cereais podem ser feitas com alimentos da região. No início o bebê come em pouca quantidade e coloca parte da comida para fora, até aprender a engolir e se acostumar com o gosto do novo alimento. É importante orientar os cuidadores do bebê a terem paciência em caso de resistência na aceitação de um novo alimento. Insistir na oferta de oito a dez vezes.

Você deve orientar sobre:

- A limpeza no preparo dos alimentos vai evitar diarreias e outras infecções;
- Lavar bem as mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos;
- Os alimentos devem sempre ser cobertos ou tampados;
- Aos seis meses, as crianças devem receber papas de frutas, e as papas salgadas devem conter no mínimo um alimento de cada grupo. Exemplo de papa: abóbora, carne, arroz, feijão e espinafre;
- As frutas devem ser lavadas, descascadas e amassadas, para que fiquem na consistência de papa. Não passar a fruta na peneira ou no liquidificador nem acrescentar açúcar. A criança tem que se acostumar a comer alimentos de diferentes consistências. As papas salgadas oferecidas no almoço a partir de seis meses e as papas oferecidas no jantar a partir dos sete meses também não devem ser liquidificadas, e sim amassadas com o garfo;
- Aos seis meses, a criança que mama no peito deve receber, além do leite materno em livre demanda, ou sempre que sentir fome, uma papa de fruta no meio da manhã, uma papa salgada na hora do almoço e uma papa de fruta no meio da tarde;
- Aos sete meses, a criança que mama no peito já pode receber duas papas salgadas por dia e duas papas de fruta;
- Aos 10 meses, a criança já pode receber a alimentação básica da família, desde que não muito condimentada;
- A partir dos 12 meses, a criança que mama no peito deve fazer uma refeição ao acordar, dois lanches por dia e duas refeições básicas por dia (almoço e jantar);
- As verduras devem ser descascadas e cozidas no vapor ou em pouca água e com pouco sal. Depois devem ser amassadas com o garfo e ficar com consistência de papa;

- Deve-se evitar dar à criança açúcar, frituras, enlatados, café, chá mate, refrigerantes nos primeiros anos de vida. Esses alimentos podem causar ou ser fator de predisposição a excesso ou baixo peso, anemia, alergia alimentar e cárie. Além de fazer com que as crianças percam o interesse por alimentos na sua forma natural;
- A papa salgada deve conter um alimento do grupo dos cereais ou tubérculos (inhame, cará, aipim/macaxeira/mandioca), um das hortaliças (folhas ou legumes) e um do grupo dos alimentos de origem animal (frango, boi, peixe, miúdos, ovos) ou das leguminosas (feijão, soja, lentilha, grão-de-bico);
- Miúdos ou fígado devem ser oferecidos no mínimo uma vez na semana para a prevenção da anemia;
- Após o consumo de papas salgadas, é indicado o consumo de meio copo de suco de fruta natural ou uma porção pequena de fruta para aumentar a absorção do ferro presente nas refeições e ajudar na prevenção da anemia; Durante o dia e no intervalo das refeições, as crianças devem receber água pura, limpa, filtrada ou fervida. Os sucos devem ser oferecidos apenas após as papas salgadas (almoço e jantar);
- O leite artificial deve ser preparado no máximo uma hora antes de ser oferecido. Não aproveitar sobras de outros horários. Crianças até seis meses que recebem outro leite que não o materno devem consumir no máximo 400 ml por dia.

3.2 - Obesidade em criança

A obesidade não é apenas um problema estético (beleza) que incomoda por causa das “brincadeiras” dos colegas. Pode-se definir obesidade como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com o aparecimento e complicações de algumas doenças como diabetes, hipertensão e outros problemas cardíacos. O ganho de peso além do necessário é devido a hábitos alimentares errados, questões genéticas, estilo de vida sedentário, distúrbios psicológicos, problemas na convivência familiar, entre outros. Costuma-se pensar que as crianças obesas ingerem grande quantidade de comida. Essa afirmativa nem sempre é verdadeira, pois a obesidade não está relacionada apenas com a quantidade, mas com o tipo de alimentos consumidos frequentemente.

3.3 Desnutrição

É uma doença de natureza clínico social com múltiplas causas, cujas raízes se encontram na pobreza (BRASIL, s/ano). Ela pode ocorrer precocemente na vida intrauterina (baixo peso ao nascer) ou na infância, em decorrência de:

- Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo;
- Alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida;
- Privação no acesso aos alimentos ao longo da vida;
- Ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas, como diarreias e doenças respiratórias;
- Problemas familiares relacionados à situação socioeconômica;
- Precário conhecimento das mães sobre os cuidados com a criança pequena (alimentação, higiene e cuidados com a saúde de modo geral);
- Fraco vínculo mãe e filho.

As práticas alimentares das crianças brasileiras estão muito aquém das recomendações de uma alimentação adequada e saudável. Poucas crianças brasileiras consomem verduras de folhas, legumes e frutas diariamente.

Você deve estar atento e buscar ajuda sempre que verificar alguma situação de risco. Situações de carência alimentar por questões econômicas devem ser encaminhadas para os serviços de assistência social do município. Você pode contribuir também indicando as famílias mais carentes para grupos de ajuda que, porventura, existam na comunidade, como por exemplo ONGs, associações, igrejas, etc. Conte também com os colegas da sua equipe de saúde! Crianças desnutridas devem ser sistematicamente acompanhadas na UBS e receber visitas domiciliares mais frequentes que a rotina.

4 - SAÚDE DO ADOLESCENTE

A adolescência é uma etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento físico, moral e psicológico. A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos. A geração atual de adolescentes e jovens no Brasil é a mais numerosa de toda a história, correspondendo a 30% da população brasileira. A grande maioria desse grupo (84%) vive nas grandes cidades, em áreas urbanas. Conforme já abordado, seu trabalho requer uma relação de vínculo e confiança. Para trabalhar com adolescentes, essa relação é fundamental. Entender a fase pela qual estão passando, estar disponível para ouvi-los, dentro da sua realidade, respeitar a diversidade de ideias, sem julgar. A promoção à saúde e prevenção de agravos para o adolescente deve ser desenvolvida pela equipe em integração com diferentes instituições na comunidade, como a escola, ação social, cultura, grupos de jovens, de arte, capoeira, hip hop, entre outros. Deve-se aproveitar para divulgar informações, ajudando no esclarecimento de dúvidas e na sensibilização da comunidade.

Você deve identificar os adolescentes de sua área e planejar suas atividades considerando que é necessário orientá-los sobre:

- Esquema vacinal;
- Sexualidade: doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV/Aids, anticoncepção, gravidez;
- Uso de álcool e outras drogas; Importância da educação;
- Violência e acidentes;
- Riscos no trânsito; Atividade física e saúde;
- Hábitos saudáveis;
- Saúde bucal.

Sinais de alerta:

- Magreza excessiva ou obesidade;
- Fugas frequentes de casa;
- Indícios de exploração sexual;
- Indícios de violência na família;
- Indícios de transtornos mentais;
- Indícios de uso de álcool, cigarro e outras drogas;
- Indícios de vida sexual precoce e/ou promíscua.

5 - ATUAÇÃO DO ACS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Cuidar da mulher, no contexto da Saúde da Família, é reconhecê-la como um ser que enfrenta desigualdades, construídas e fortalecidas ao longo da história humana. Diferenças sociais, econômicas, culturais, relacionadas a gênero e à raça influenciam diretamente o seu processo saúde-doença.

Durante a realização das visitas domiciliares, você deve conversar com as mulheres, fortalecendo a relação de vínculo. Durante essa conversa, é importante saber:

- Como ela está se sentindo;
- Se já fez as vacinas preconizadas para sua faixa etária;
- Se está com o preventivo de câncer de colo uterino em dia;
- Se costuma fazer o autoexame das mamas;
- Quando realizou a última mamografia (caso tenha 50 anos ou mais);
- Se deseja engravidar;
- Se está utilizando métodos para não engravidar;
- Se tem feito seu acompanhamento na Unidade Básica de Saúde.

No que diz respeito às formas de adoecer e morrer das mulheres brasileiras, algumas doenças são muito específicas e importantes nesse grupo, como por exemplo, o câncer de colo de útero e de mama. Vamos conversar sobre esses agravos e sobre as medidas de prevenção?

5.1 Câncer de colo de útero

O câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano - HPV (chamados de tipos oncogênicos). A infecção genital por esse vírus é muito frequente e não causa doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, ocorrem alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Essas alterações são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolau), e são curáveis na quase totalidade dos casos. Por isso, é importante a realização periódica desse exame. É o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina (atrás do câncer de mama e do colorretal), e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil.

Como prevenir?

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo Papilomavírus Humano (HPV). A transmissão da infecção ocorre por via sexual, presumidamente por meio de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Consequentemente, o uso de preservativos (camisinha masculina ou feminina) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer pelo contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal.

Vacinação contra o HPV

O Ministério da Saúde implementou no calendário vacinal, em 2014, a vacina tetravalente contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos. A partir de 2017, o Ministério estendeu a vacina para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. Essa vacina protege contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Os dois primeiros causam verrugas genitais e os dois últimos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero.

A vacinação e a realização do exame preventivo (Papanicolau) se complementam como ações de prevenção desse tipo de câncer. Mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada (a partir dos 25 anos), deverão fazer o exame preventivo periodicamente, pois a vacina não protege contra todos os tipos oncogênicos do HPV.

Detecção precoce

A detecção precoce do câncer é uma estratégia para encontrar um tumor numa fase inicial e, assim, possibilitar maior chance de tratamento.

A detecção pode ser feita por meio da investigação com exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos, de pessoas com sinais e sintomas sugestivos da doença (diagnóstico precoce), ou com o uso de exames periódicos em pessoas sem sinais ou sintomas (rastreamento) mas pertencentes a grupos com maior chance de ter a doença.

Existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a detecção de lesões precursoras (que antecedem o aparecimento da doença) pode ser feita através do exame preventivo (Papanicolau). Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura do câncer cervical são de 100%. A doença é silenciosa em seu início e sinais e sintomas como sangramento vaginal, corrimento e dor aparecem em fases mais avançadas da doença.

Exame preventivo

O exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau) é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico precoce da doença. O exame pode ser feito em postos ou unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados. Sua realização periódica permite reduzir a ocorrência e a mortalidade pela doença. O exame preventivo é indolor, simples e rápido. Pode, no máximo, causar um pequeno desconforto.

As mulheres devem ser orientadas a procurar a UBS sempre que sentir ou perceber qualquer alteração no seu corpo, como:

- Dor durante a relação sexual;
- Corrimentos vaginais;
- Sangramento intenso ou dor durante a menstruação ou sangramento fora do período menstrual;
- Ausência de menstruação;
- Cheiro ruim na vagina;
- Dor, verrugas ou feridas na região genital ou nódulos (caroços) nas virilhas;
- Ardência ao urinar;
- Dor ao evacuar.

O que aumenta o risco?

- Início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros.
- Tabagismo (a doença está diretamente relacionada à quantidade de cigarros fumados).
- Uso prolongado de pílulas anticoncepcionais.

Sinais e sintomas

O câncer do colo do útero é uma doença de desenvolvimento lento, que pode não apresentar sintomas em fase inicial. Nos casos mais avançados, pode evoluir para sangramento vaginal intermitente (que vai e volta) ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais.

“Dentre todos os tipos de câncer, o câncer de colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos”

5.2 Câncer da mama

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama. Esse processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor.

Há vários tipos de câncer de mama. Por isso, a doença pode evoluir de diferentes formas. Alguns tipos têm desenvolvimento rápido, enquanto outros crescem mais lentamente. Esses comportamentos distintos se devem a características próprias de cada tumor. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. Existe tratamento para câncer de mama, e o Ministério da Saúde oferece atendimento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estatísticas

Estimativa de novos casos: 66.280 (2020 - INCA)

Número de mortes: 16.927, sendo 16.724 mulheres e 203 homens (2017 - SIM))

Como prevenir?

Cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados com a adoção de hábitos saudáveis como:

- Praticar atividade física;
- Alimentar-se de forma saudável;
- Manter o peso corporal adequado;
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Amamentar
- Evitar uso de hormônios sintéticos, como anticoncepcionais e terapias de reposição hormonal.

Sinais e sintomas

O câncer de mama pode ser percebido em fases iniciais, na maioria dos casos, por meio dos seguintes sinais e sintomas:

- Nódulo (caroço), fixo e geralmente indolor: é a principal manifestação da doença, estando presente em cerca de 90% dos casos quando o câncer é percebido pela própria mulher
- Pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja
- Alterações no bico do peito (mamilo)
- Pequenos nódulos nas axilas ou no pescoço
- Saída espontânea de líquido anormal pelos mamilos

Esses sinais e sintomas devem sempre ser investigados por um médico para que seja avaliado o risco de se tratar de câncer. É importante que as mulheres observem suas mamas sempre que se sentirem confortáveis para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem técnica específica, valorizando a

descoberta casual de pequenas alterações mamárias. Em caso de permanecerem as alterações, elas devem procurar logo os serviços de saúde para avaliação diagnóstica. A postura atenta das mulheres em relação à saúde das mamas é fundamental para a detecção precoce do câncer da mama.

Formas de tratamento e acompanhamento

A mamografia é o exame utilizado para rastreamento de câncer de mama, sendo o ultrassom o exame complementar para determinados casos. A frequência e intervalo de realização da mamografia vai depender da idade da mulher e do grau de risco relacionado ao histórico familiar de câncer de mama. Atualmente, o Ministério da Saúde preconiza a realização da mamografia a todas as mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos. Além da mamografia e ultrassom, o auto exame das mamas pela mulher mensalmente também é fundamental para identificação precoce de qualquer tipo de alteração nas mamas como, por exemplo:

- Caroços nas mamas ou axilas;
- Endurecimento das mamas;
- Ferida ao redor do mamilo (“bico do seio”);
- Secreção pelos mamilos;
- Deformação ou alterações no formato das mamas, dos mamilos ou aréolas;
- Veias aparecendo em uma só mama;
- Alterações na pele parecendo “casca de laranja” ou crostas;
- Vermelhidão nas mamas.

6 - PRÉ-NATAL

O pré-natal possibilita prevenir, identificar precocemente e tratar os problemas que possam afetar a saúde do bebê e da mulher, e quanto mais cedo for realizado o diagnóstico de gravidez, melhor será o acompanhamento do desenvolvimento do bebê e das alterações que ocorrem no corpo da mulher. O pré-natal é o primeiro passo para cuidar da saúde da gestante e do bebê. A mulher deve receber o cartão da gestante ao iniciar o acompanhamento do pré-natal. Esse cartão é um documento que acompanha toda essa importante fase na vida mulher e da família e serve como apoio e referência aos serviços de saúde e diferentes profissionais que atenderão a gestante, inclusive na maternidade. Recomenda-se que a mulher faça no mínimo 06 consultas durante o pré-natal e uma de puerpério (após o parto) até 42 dias.

Principais atribuições do ACS no pré-natal

Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, monitorando as consultas subseqüentes;

- Orientar a mulher e parceiro sobre a importância do pré-natal;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares, esclarecendo dúvidas e fornecendo orientações importantes à gestante sobre os cuidados básicos de saúde, nutrição e cuidados necessários durante a gravidez;
- Visitar as gestantes que estão realizando o pré-natal em outros serviços, mantendo a equipe informada sobre o estado de saúde da mulher e do bebê;

- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhando o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

O ácido fólico é uma vitamina recomendada antes mesmo da mulher engravidar, no período chamado de pré-concepção, ou seja, três meses antes da concepção. Seu uso é importante para reduzir o risco de má formação no tubo neural do feto e, também, prevenção de anemia materna. O sulfato ferroso é um composto a ser utilizado de duas formas pela gestante: em dose profilática (preventiva) a partir do 5º mês de gravidez até o fim do puerpério; ou em dose terapêutica (tratamento) em casos de anemia materna em qualquer época da gestação. O ácido fólico e sulfato ferroso podem ser obtidos, de forma gratuita, na Unidade Básica de Saúde. É necessário que você oriente a gestante sobre a importância do uso durante a gestação, conforme orientações recebidas nas consultas de pré-natal. Em relação à alimentação na gestação é preciso ter um olhar mais atencioso na escolha dos alimentos

Orientações relacionadas às queixas mais comuns na gestação: Grande parte das queixas das gestantes durante a gravidez diminui ou desaparece com as orientações alimentares e de comportamento, sendo desnecessário o uso de remédios.

QUEIXAS	ORIENTAÇÕES
Enjoo, azia, prisão de ventre, gases e vômitos	Comer logo ao acordar, evitando ficar sem se alimentar por muito tempo, dando preferência a alimentos secos; - Evitar comer alimentos gordurosos, com pimenta, doces com muito açúcar, alimentos que formam gases, por exemplo: batata doce, repolho e alimentos com cheiro forte; - Evitar tomar refrigerantes, café, mate, chá preto, fumo e bebidas alcoólicas; - Evitar tomar líquidos durante as refeições; - Dar preferência para as frutas e temperos naturais (salsa, cebolinha, manjerona, limão, alho e gengibre) e ingerir bastante líquido; - Mastigar demoradamente; - Evitar deitar logo após as refeições; - Dormir com travesseiro alto quando deitar com o estômago cheio e quando estiver com azia; - Fazer exercícios físicos sempre que possível
Fraqueza e tontura	- Evitar ficar parada por muito tempo na mesma posição; - Evitar mudanças bruscas de posição. Ex.: levantar-se rapidamente; - Comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades; - Para aliviar a tontura, sentar com a cabeça abaixada ou deitar com a barriga virada para o lado esquerdo e respirar profunda e pausadamente.
Câimbras	Ocorrem com mais frequência no final da gestação e são mais comuns à noite. Comer banana, aveia, leite, ovos e se movimentar são ações que ajudam a diminuir esses desconfortos. Massagear o músculo e aplicar calor local.

Em alguns casos, a mulher pode apresentar sinais e/ou sintomas de risco na gestação. É essencial orientá-la a buscar o serviço de saúde o quanto antes. Os principais sinais e sintomas de risco na gravidez são:

- Perder líquidos ou sangue pela vagina;
- Acordar com as pernas, mãos, braços e olhos inchados;
- Ter febre alta;
- Vomitar frequentemente;
- Ter fortes dores de cabeça;
- Ter contrações fortes na barriga antes do período previsto para o parto;
- A barriga parar de crescer ou crescer demais;
- Se no último trimestre de gestação a mãe não sentir o bebê mexer por mais de 24 horas.

Caso ela tenha outros filhos, perguntar com quem eles ficarão e quem a levará ao hospital. Não se esquecer de orientar para levar o cartão da gestante e um documento de identificação, que pode ser: a carteira de identidade ou de trabalho ou certidão de casamento ou nascimento. Arrumar previamente as roupas da gestante e do bebê para levar ao hospital. Sinais de trabalho de parto: Perda pela vagina de líquido parecido com “catarro” de cor clara, às vezes pode ter um pouco de sangue, pode acontecer mais ou menos com 15 dias antes do parto; Dor nas costas e que vai para a parte de baixo da barriga; Perda de líquido pela vagina, o que significa o rompimento da bolsa; Dores na barriga, que fica dura e depois relaxa (contrações do útero). Quando essas contrações acontecerem na frequência de mais de uma vez a cada 10 minutos, é momento de ir para o hospital.

O **período pós-parto ou puerperal**, também conhecido como “período de resguardo” compreende os primeiros 45 dias após o nascimento do bebê. Esse período é culturalmente marcado por mitos e verdades e por muitas recomendações. Muitas delas devem ser consideradas para a saúde e bem estar da mãe e da criança, e existem aquelas que, na verdade, não possuem influências sobre a saúde. No puerpério podem surgir intercorrências relacionadas à gravidez ou ao parto, responsáveis por muitos problemas de saúde e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções. Desse modo, é de extrema importância que você, juntamente com a equipe de saúde, realize a visita domiciliar na primeira semana após o parto (até o 5º dia), para acompanhamento da puérpera e da criança.

Você deve fazer as seguintes orientações à puérpera: Ela deve retornar ao hospital na ocorrência de sinais de infecção: febre, dor e sangramento; Deve realizar duas consultas até o 42º dia após o parto; Ser estimulada para amamentar o bebê, caso não haja contraindicação; Levar o recém-nascido para iniciar a puericultura na UBS; Orientar para o início do esquema vacinal da criança (BCG, hepatite B) e, se for o caso, para completar o esquema vacinal da mãe (dT e rubéola); Orientar a realização do teste do pezinho, orelhinha e olhinho; Não colocar objetos no coto umbilical. Exs.: café, moeda, faixa, fumo.

7 - O ACS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Vários estudos têm comprovado o fato de que, em relação às mulheres, os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo no que se refere a enfermidades graves e crônicas, além de morrerem mais precocemente. Além da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária

aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família na luta pela conservação da saúde e por uma melhor qualidade de vida.

A Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios.

Para atingir o seu objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta – 20 a 59 anos – do Brasil aos serviços de saúde, a Política Nacional de Saúde do Homem é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

- I. **Acesso e Acolhimento:** objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.
- II. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva:** busca sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.
- III. **Paternidade e Cuidado:** objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens com em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas (eus) parceiras(os).
- IV. **Doenças prevalentes na população masculina:** busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.
- V. **Prevenção de Violências e Acidentes:** visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

Entre as ações que o ACS pode desenvolver para promover o acesso e estimular o acolhimento do homem na UBS estão:

- Manter o cadastro atualizado da população masculina do território;
- Efetuar uma busca ativa de homens para a realização de pelo menos uma consulta por ano;
- Utilizar estratégias que possam destacar ações voltadas à população masculina (cartazes, folders, mutirão de divulgação);
- Criar rodas de conversas com os homens da comunidade, buscando estimular que eles falem de seus problemas em potenciais, de como se relacionam com saúde, doença e vida, criando um ambiente de acolhimento, afetividade e promoção da saúde;
- Aproveitar as situações em que o homem chega à UBS como acompanhante, na sala de espera ou mesmo do lado de fora da UBS, para abordá-lo sobre seus cuidados com a saúde, informando as atividades que a UBS oferece;

- Aproveitar as visitas domiciliares para aprofundar questões acerca da saúde, fazendo perguntas diretamente a ele;
- Realizar ações de educação em saúde nos locais que os homens costumam frequentar (espaços com grande contingentes masculinos): canteiro de obras, bares, campos de futebol, clubes de dança regional, salões de jogos, etc. Utilizar rádios comunitárias, jornal, circular do conselho local de saúde, entre outros, para informar a população sobre a saúde do homem e sobre as ações da UBS;
- Verificar se a carteira de vacinação está em dia e estimular o homem a comparecer nas ações de imunização;
- Convidar os homens para ações e para atividades educativas voltadas para o planejamento reprodutivo;
- Estimular a participação paterna no pré-natal, no parto, no puerpério e no crescimento e no desenvolvimento da criança a partir de rodas de conversa sobre as expectativas, desejos e dificuldades vivenciadas pelos homens;
- Ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina, buscando parcerias com outros profissionais e serviços para a realização dessas ações (saúde, assistência social, segurança pública);
- Estimular os homens a serem protagonistas de sua história, cuidando de sua saúde e participando ativamente dos espaços de participação e de controle social da comunidade.

8- CÂNCER DE PRÓSTATA

Câncer de próstata é o tumor que afeta a próstata, glândula localizada abaixo da bexiga e que envolve a uretra, canal que liga a bexiga ao orifício externo do pênis. O câncer de próstata é o mais frequente entre os homens, depois do câncer de pele. Embora seja uma doença comum, por medo ou por desconhecimento muitos homens preferem não conversar sobre esse assunto.

As estimativas apontam 68.220 novos casos em 2018. Esses valores correspondem a um risco estimado de 66,12 casos novos a cada 100 mil homens, além de ser a segunda causa de morte por câncer em homens no Brasil, com mais de 14 mil óbitos. Na presença de sinais e sintomas, recomenda-se a realização de exames.

Quais os fatores de risco?

Existem alguns fatores que podem aumentar as chances de um homem desenvolver câncer de próstata. São eles:

- **Idade:** o risco aumenta com o avançar da idade. No Brasil, a cada dez homens diagnosticados com câncer de próstata, nove têm mais de 55 anos.
- **Histórico de câncer na família:** homens cujo o pai, avô ou irmão tiveram câncer de próstata antes dos 60 anos, fazem parte do grupo de risco.
- **Sobrepeso e obesidade:** estudos recentes mostram maior risco de câncer de próstata em homens com peso corporal mais elevado.

Sinais e sintomas do câncer de próstata

Na fase inicial, o câncer de próstata pode não apresentar sintomas e, quando apresenta, os mais comuns são:

- Dificuldade de urinar;
- Demora em começar e terminar de urinar;
- Sangue na urina;
- Diminuição do jato de urina;
- Necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite.

Quais exames são feitos para investigar o câncer de próstata?

Para investigar os sinais e sintomas de um câncer de próstata e descobrir se a doença está presente ou não, são feitos basicamente dois exames iniciais.

- **Exame de toque retal:** o médico avalia tamanho, forma e textura da próstata, introduzindo o dedo protegido por uma luva lubrificada no reto. Este exame permite palpar as partes posterior e lateral da próstata.
- **Exame de PSA:** é um exame de sangue que mede a quantidade de uma proteína produzida pela próstata - Antígeno Prostático Específico (PSA). Níveis altos dessa proteína podem significar câncer, mas também doenças benignas da próstata.

Qual exame confirma/diagnostica o câncer de próstata?

Para confirmar o câncer de próstata é preciso fazer uma biópsia. Nesse exame são retirados pedaços muito pequenos da próstata para serem analisados no laboratório. A biópsia é indicada caso seja encontrada alguma alteração no exame de PSA ou no toque retal.

Qual o tratamento para o câncer de próstata?

O câncer de próstata é feito por meio de uma ou de várias modalidades/técnicas de tratamento, que podem ser combinadas ou não. A principal delas é a cirurgia, que pode ser aplicada junto com radioterapia e tratamento hormonal, conforme cada caso. Quando localizado apenas na próstata, o câncer de próstata pode ser tratado com cirurgia oncológica, radioterapia e até mesmo observação vigilante, em alguns casos especiais. No caso de metástase, ou seja, se o câncer da próstata tiver se espalhado para outros órgãos, a radioterapia é utilizada junto com tratamento hormonal, além de tratamentos paliativos.

A escolha do melhor tratamento é feita individualmente, por médico especializado, caso a caso, após definir quais os riscos, benefícios e melhores resultados para cada paciente, conforme estágio da doença e condições clínicas do paciente. Todas as modalidades de tratamento são oferecidas, de forma integral e gratuita, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

9- ATUAÇÃO DO ACS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o IBGE, a população idosa brasileira é composta por 29.374 milhões de pessoas, totalizando 14,3% da população total do país. A expectativa de vida em 2016, para ambos os sexos, aumentou para 75,72 anos, sendo 79,31 anos para a mulher e 72,18 para o homem. Esse crescimento representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes. É necessário que o ACS esteja atento sobre as possíveis mudanças

advindas do processo de envelhecimento, tentando identificar quais fatores estão impactando nas atividades de vida diária, na autonomia e independência dos idosos.

Atividades Básicas de Vida Diária (AVD): São as atividades relacionadas ao autocuidado e que são fundamentais à sobrevivência de qualquer pessoa. Se o idoso não pode fazê-las, vai precisar de alguém para isso.

São elas:

- Alimentar-se;
- Vestir-se;
- Tomar banho;
- Fazer higiene pessoal;
- Ir ao banheiro, entre outras.

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): As AIVD são as atividades relacionadas à participação no meio social e indicam a capacidade de levar uma vida independente na comunidade:

- Utilizar meios de transporte;
- Manipular medicamentos;
- Utilizar telefone;
- Preparar refeição, entre outras.

Deve ser observado se existe limitação para as atividades acima citadas, assim como o tipo de auxílio de que o idoso necessita. Essas informações são elementos essenciais para se compor um diagnóstico de seu risco social e conhecer seu grau de independência para as atividades de vida diária (AVD). Se o indivíduo idoso mora sozinho ou já recebe algum tipo de cuidado, já pode ser denominado como uma pessoa idosa frágil ou em processo de fragilização.

Caso observe dificuldades do idoso para realização de uma ou mais atividades de vida diária e instrumental (AVD e AIVD), você deve transmitir essa informação aos profissionais da sua equipe, assim como orientar os familiares e cuidadores a não fazer tudo pela pessoa, mas sempre estimular sua autonomia.

Algumas medidas podem reduzir a incapacidade ou diminuir a dificuldade em conviver com ela e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, como o uso de determinados medicamentos prescritos pelo médico, modificações no ambiente físico e social, mudanças no comportamento e estilos de vida, além da utilização de equipamento especial – prótese, muleta, andador.

Os três conceitos importantes para a definição das incapacidades são: autonomia, independência e dependência.

Autonomia: é a liberdade para agir e para tomar decisões. Pode ser definida como se autogovernar.

Independência: significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa.

Dependência: significa não ser capaz de realizar as atividades do dia a dia sem ajuda de outra pessoa. Principais problemas que afetam a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa

Principais problemas que afetam a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa

Quedas

Independentemente da idade, todas as pessoas correm o risco de cair. Porém, para a pessoa idosa, uma queda pode representar um problema grave, levando inclusive a limitações funcionais que antes não existiam. Assim, um idoso que era ativo passa a depender de cuidados de outras pessoas.

Entre as consequências das quedas, a fratura de fêmur é uma das mais graves nas pessoas com 60 anos ou mais de idade. Por ser o maior osso do corpo humano, esse rompimento pode causar perda da funcionalidade e aumento da mortalidade na população idosa.

São várias as causas relacionadas a quedas. Há fatores próprios da pessoa, como a perda da massa muscular, e questões do ambiente, como uma calçada quebrada ou um tapete solto.

A seguir estão descritos os principais pontos a serem observados por você na casa onde reside um idoso.

Tapetes soltos: Usar tapete antiderrapante ou com ventosas aderentes.

Pouca iluminação: Usar luz indireta; evitar luz ofuscante. Em cômodos ou escadas com interruptor somente na entrada, usar lanternas ou luminária.

Dificuldade para levantar-se de vaso sanitário, cadeira e sofá: Providenciar cadeiras, sofás e vaso sanitário mais altos; usar barras de apoio no banheiro.

Armários altos: Deixar os níveis mais altos dos armários para objetos pouco usados. Colocar roupas e outros objetos de uso mais frequente em prateleiras na altura do tórax.

Fios soltos: Evitar extensões. Caso seja realmente necessário, fixá-las ao chão usando fita adesiva.

Piso escorregadio: Usar piso cerâmico antiderrapante ou fitas antiderrapantes. Manter o chão seco e limpo é uma medida simples que também auxilia. Evitar encerar o chão.

Caminhar por cômodos escuros (ex. levantar-se à noite para ir ao banheiro): Deixar lanternas em lugares fáceis, usando-as mesmo que tenha que caminhar pequenos trajetos.

Dificuldade em visualizar os degraus da escada: Pintar a ponta de cada degrau de cor diferente. Tropeços Não deixar objetos, brinquedos, vasos de flores e roupas no chão. Reparar carpetes e pisos danificados.

Escadas: Usar fita antiderrapante nos degraus.

Também devem ser considerados como agravantes para o risco de acidentes e quedas: Perda da capacidade visual – catarata, glaucoma, degeneração de mácula, uso de lentes multifocais, derrames ou isquemias que afetaram a visão etc.;

Pessoas em uso de quatro ou mais medicamentos;

Condições médicas específicas – doença cardiovascular, demências, doença de Parkinson e outros problemas neurológicos; Osteoporose, principalmente em mulheres pós-menopausa;

Perda de capacidade auditiva (dificuldade para escutar);

Sedentarismo; Deficiências nutricionais; Condições psicológicas – depressão, medo de cair (mais de 50% das pessoas que relatam medo de cair restringem ou eliminam por completo o contato social e a atividade física);

Diabetes; Problemas nos pés – malformações, úlceras (feridas), deformidades nos dedos etc.; Uso inadequado de sapatos e de roupas;

Uso inadequado de aparelhos de auxílio à locomoção (bengala, andadores etc).

Imobilidade

É a incapacidade de deslocamento para realizar as necessidades básicas, como por exemplo: ir ao banheiro, tomar banho e se alimentar, sem o auxílio de outra pessoa. A imobilidade pode ser temporária, no caso de fraturas, cirurgias, internamentos, doenças agudas ou crônicas, como nos casos de demências, depressão grave, dor crônica, neoplasias, fraturas, medo de queda e sequela de AVC. Esse problema compromete o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Entre as consequências da imobilidade, destacam-se:

- Atrofia e redução da força muscular
- Desidratação
- Alterações do sono
- Constipação intestinal
- Desenvolvimento de contraturas
- Aumento da reabsorção óssea
- Maior risco de infecção pulmonar (pneumonia) e baixa ventilação pulmonar
- Úlceras de decúbito
- Infecção urinária
- Incontinência urinária e fecal
- Depressão, diminuição da autoestima e isolamento
- Irritabilidade
- Dependência para o desenvolvimento das atividades da vida diária.
- Diminuição do movimento das articulações

Acuidade Auditiva (Audição)

Estudos comprovam que a perda auditiva na população idosa ocorre de 5 a 20% nos indivíduos com 60 anos de idade; essa incidência aumenta para 60% nos indivíduos a partir dos 65 anos. A deficiência auditiva no idoso, resulta em efeitos negativos não só do ponto de vista social e emocional, como também na qualidade de vida do idoso. É um dos distúrbios da comunicação mais incapacitantes, impedindo-lhe de desempenhar o seu pleno papel na sociedade, porque não só provoca uma privação sensorial, mas acarreta uma dificuldade de compreensão da fala daqueles que o cercam, dificultando a comunicação.

Algumas medidas simples podem auxiliar a comunicação com as pessoas idosas que apresentem diminuição da capacidade auditiva:

- Evitar ambientes com muito ruído;

- Procurar falar de forma clara e pausada; aumentar o tom de voz somente se for necessário, procurando não gritar;
- Falar de frente, para que a pessoa idosa possa fazer a leitura labial;
- Chamar a atenção da pessoa idosa, tocando em seu braço levemente, caso mostre-se distraído ou não perceba que você está lhe falando.

Acuidade visual

A prevalência da deficiência visual na população idosa é alta. A acuidade visual diminuída tem repercussões importantes na função visual e na capacidade funcional dos idosos. Cerca de 90% dos idosos necessitam de uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente. Ao realizar visita domiciliar, é importante que você pergunte ao idoso se ele possui dificuldade para ler, assistir televisão, dirigir ou executar outras atividades da vida cotidiana.

Uso de medicamentos

A utilização de medicamentos em pessoas com 60 anos ou mais deve ser sempre uma preocupação do profissional de saúde. O próprio funcionamento do organismo da pessoa idosa, que difere dos adultos jovens, bem como a possibilidade de interação medicamentosa (interferência de um medicamento usado sobre o outro) indesejada fazem com que o uso de medicamentos seja um fator de risco. Deve-se ter maior atenção com aqueles que fazem uso de mais de um tipo de medicamento diferente ao dia, com horários diversos, pois é comum erro na administração deles pelo próprio idoso ou por terceiros.

Orientações aos familiares, idosos e/ou cuidadores quanto a cuidados com o uso adequado da medicação:

- Colocar os medicamentos em uma caixa com tampa (plástica ou de papelão) ou vidro com tampa, tomando o cuidado de usar caixas diferentes para medicamentos dados pela boca (via oral), para material de curativo e para material e medicamentos para inalação. Além de ser mais higiênico, diminui o risco de confundir e trocar os medicamentos. A caixa organizadora pode ser feita em casa, adaptando-se outras caixas ou também comprada em farmácias ou casas de produtos médico-hospitalares.
- Verificar com o médico a possibilidade de dar os medicamentos em horários padronizados, como: café da manhã, almoço e jantar. Faça uma lista do que pode e do que não pode ser dado no mesmo horário. Evitar sempre que possível medicação durante a madrugada;
- Deixar somente a última receita médica na caixa de medicamentos, isso pode evitar confusão quando há troca de medicamentos ou de receitas e facilita a consulta em caso de dúvidas;
- Guardar os medicamentos longe do alcance das crianças e animais domésticos, em local seco, arejado, longe do sol, separado de venenos ou de outras substâncias perigosas;
- Guardar em suas embalagens originais e bem fechadas para evitar misturas e realizar o controle da data de validade;
- Em casos de tratamentos com nebulização, lavar e esperar secar os materiais utilizados, guardando-os juntamente com a medicação usada, em uma caixa de plástico com tampa, para não correr o risco de confundir com outras medicações
- Não acrescentar, substituir ou retirar medicamentos sem antes consultar o médico do idoso, bem como não usar medicamentos indicados para outras pessoas;

- Se o idoso toma vários medicamentos por dia, usar um calendário ou caderno onde possa colocar data, horários e um visto na medicação já dada, evitando assim doses e medicações repetidas;
- Recomendar que não se dê medicamentos no escuro, para não ocorrerem trocas perigosas; Sempre conferir antes a dose, o nome do medicamento e o horário prescritos;
- Não ter como referência cor e tamanho do comprimido, pois podem mudar de acordo com o laboratório do fabricante;
- Ter sempre segurança quanto à quantidade no caso de medicamentos líquidos. Nunca substituir as colheres-medida ou o conta-gotas que vieram junto com o medicamento;
- Verificar com o médico a possibilidade de partir ou dissolver os medicamentos em água ou suco. Se não for possível, peça para trocá-los, caso o idoso tenha dificuldade para engolir comprimidos;
- Informar sempre ao médico se o idoso parar de tomar alguma medicação. E não parar com ela antes da orientação do médico quando os sintomas desaparecerem;
- Não repetir as receitas antigas quando achar que o idoso está com o mesmo problema. Não substituir medicamentos sem autorização do médico;
- Ao dar a medicação para o idoso, certificar-se de que ele engoliu; Conferir a quantidade de medicamentos antes de feriados, fins de semana, para não correr o risco de faltar;
- Não acreditar em fórmulas secretas, em medicamentos perfeitos, mágicos que servem para tudo;
- Fazer com que os medicamentos fora de uso deixem de ser guardados juntos dos demais e, de preferência, que sejam descartados.

Esses cuidados são importantes na tentativa de evitar problemas maiores e de promover o uso correto das medicações, sendo fundamental para o bom andamento dos cuidados prestados ao idoso.

Vacinação do Idoso

Em relação à vacinação do idoso, em suas visitas, é necessário que você verifique se as vacinas estão em dia e oriente o idoso e familiares e/ou cuidadores sobre a importância dessa imunização para a prevenção de doenças.

Idoso

São quatro as vacinas disponíveis para pessoas com 60 anos ou mais, além da vacina anual contra a gripe:

Vacina	Dose	Doenças Evitadas
Hepatite B	3 doses (verificar situação vacinal anterior)	Hepatite B
Febre Amarela	Dose única (verificar situação vacinal anterior)	Febre Amarela
Dupla Adulto (dT)	Reforço a cada 10 anos	difteria e tétano
Pneumocócica 23 Valente	reforço (a depender da situação vacinal anterior)	pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo

Influenza	Reforço a cada ano, por toda vida	Gripe
------------------	-----------------------------------	-------

Obs: A vacina **Pneumocócica 23 Valente** está indicada para população indígena e grupos-alvo específicos, como pessoas com 60 anos ou mais não vacinados que vivem acamados e/ou em instituições fechadas.

UNIDADE 4

ALGUMAS DOENÇAS DE IMPORTÂNCIA PARA A SAÚDE PÚBLICA

1- HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9). A pressão alta faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. A pressão alta é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, enfarte, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca.

Causas da pressão alta

Essa doença é herdada dos pais em 90% dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, entre eles:

- Fumo
- Consumo de bebidas alcoólicas
- Obesidade
- Estresse
- Elevado consumo de sal
- Níveis altos de colesterol
- Falta de atividade física;

Além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da pressão alta é maior na raça negra, em diabéticos, e aumenta com a idade.

Sintomas da pressão alta

Os sintomas da hipertensão costumam aparecer somente quando a pressão sobe muito: podem ocorrer dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal.

Tratamento

A pressão alta não tem cura, mas tem tratamento e pode ser controlada. Somente o médico poderá determinar o melhor método para cada paciente.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece gratuitamente medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelo programa Farmácia Popular. Para retirar os remédios, basta apresentar um documento de identidade com foto, CPF e receita médica dentro do prazo de

validade, que são 120 dias. A receita pode ser emitida tanto por um profissional do SUS quanto por um médico que atende em hospitais ou clínicas privadas.

Prevenção

Além dos medicamentos disponíveis atualmente, é imprescindível adotar um estilo de vida saudável:

- Manter o peso adequado, se necessário, mudando hábitos alimentares;
- Não abusar do sal, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos;
- Praticar atividade física regular;
- Aproveitar momentos de lazer;
- Abandonar o fumo;
- Moderar o consumo de álcool;
- Evitar alimentos gordurosos;
- Controlar o diabetes.

2 - DIABETES MELLITUS

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, existem atualmente, no Brasil, mais de 13 milhões de pessoas vivendo com a doença, o que representa 6,9% da população nacional.

Diabetes é uma doença causada pela produção insuficiente ou má absorção de insulina, hormônio que regula a glicose no sangue e garante energia para o organismo. A insulina é um hormônio que tem a função de quebrar as moléculas de glicose (açúcar) transformando-a em energia para manutenção das células do nosso organismo.

O diabetes pode causar o aumento da glicemia e as altas taxas podem levar a complicações no coração, nas artérias, nos olhos, nos rins e nos nervos. Em casos mais graves, o diabetes pode levar à morte.

Quais os tipos mais comuns de diabetes?

O diabetes mellitus pode se apresentar de diversas formas e possui diversos tipos diferentes. Independentemente do tipo de diabetes, com aparecimento de qualquer sintoma é fundamental que o paciente procure com urgência o atendimento médico especializado para dar início ao tratamento.

O que é diabetes tipo 1?

Sabe-se que, via de regra, é uma doença crônica não transmissível, hereditária, que concentra entre 5% e 10% do total de diabéticos no Brasil. Cerca de 90% dos pacientes diabéticos no Brasil têm esse tipo. Ele se manifesta mais frequentemente em adultos, mas crianças também podem apresentar. O diabetes tipo 1 aparece geralmente na infância ou adolescência, mas pode ser diagnosticado em adultos também. Pessoas com parentes próximos que têm ou tiveram a doença devem fazer exames regularmente para acompanhar a glicose no sangue.

O tratamento exige o uso diário de insulina e/ou outros medicamentos para controlar a glicose no sangue.

A causa do diabetes tipo 1 ainda é desconhecida e a melhor forma de preveni-la é com práticas de vida saudáveis (alimentação, atividades físicas e evitando álcool, tabaco e outras drogas).

O que é diabetes tipo 2?

O diabetes tipo 2 ocorre quando o corpo não aproveita adequadamente a insulina produzida. A causa do diabetes tipo 2 está diretamente relacionado ao sobrepeso, sedentarismo, triglicérides elevados, hipertensão. E hábitos alimentares inadequados.

Por isso, é essencial manter acompanhamento médico para tratar, também, dessas outras doenças, que podem aparecer junto com o diabetes.

Quais os sintomas do diabetes?

Os principais sintomas do diabetes são: fome e sede excessiva e vontade de urinar várias vezes ao dia.

Sintomas do diabetes tipo 1:

- Fome frequente;
- Sede constante;
- Vontade de urinar diversas vezes ao dia;
- Perda de peso;
- Fraqueza;
- Fadiga;
- Mudanças de humor;
- Náusea e vômito.

Sintomas do diabetes tipo 2:

- Fome frequente;
- Sede constante;
- Formigamento nos pés e mãos;
- Vontade de urinar diversas vezes;
- Infecções frequentes na bexiga, rins, pele e infecções de pele;
- Feridas que demoram para cicatrizar;
- Visão embaçada.

Como prevenir o diabetes?

A melhor forma de prevenir o diabetes e diversas outras doenças é a prática de hábitos saudáveis

- Comer diariamente verduras, legumes e, pelo menos, três porções de frutas.
- Reduzir o consumo de sal, açúcar e gorduras.
- Parar de fumar.
- Praticar exercícios físicos regularmente, (pelo menos 30 minutos todos os dias).
- Manter o peso controlado.

O cuidado integral às pessoas com diabetes é um desafio para a equipe de saúde, principalmente por envolver aspectos ligados ao cotidiano como, por exemplo, os modos como as pessoas vinculam-se com a sua alimentação e com a atividade física, bem como as experiências de vida que possuem e os sentidos que produzem sobre sua saúde e sua

doença. Isso precisa ser considerado durante a abordagem às famílias e no planejamento das ações de saúde pela equipe. Considerando a complexidade que envolve o cuidado à pessoa com diabetes, é importante que o manejo da doença seja realizado a partir da integração entre os diferentes profissionais da equipe. Ainda que cada profissional tenha seus modos próprios de contribuir, a equipe precisa dialogar entre si e compartilhar dificuldades e apostas relacionadas ao cuidado.

3 - FEBRE AMARELA

A febre amarela é uma doença infecciosa febril aguda, causada por um vírus transmitido por mosquitos vetores, e possui dois ciclos de transmissão: silvestre (quando há transmissão em área rural ou de floresta) e urbano. O vírus é transmitido pela picada dos mosquitos transmissores infectados e não há transmissão direta de pessoa a pessoa.

A febre amarela tem importância epidemiológica por sua gravidade clínica e potencial de disseminação em áreas urbanas infestadas pelo mosquito *Aedes aegypti*.

É uma doença de notificação compulsória imediata, ou seja, todo evento suspeito (tanto morte de primatas não humanos, quanto casos humanos com sintomatologia compatível) deve ser prontamente comunicado, em até 24 horas após a suspeita inicial, às autoridades locais competentes pela via mais rápida (telefone, fax, email, etc). Às autoridades estaduais de saúde cabe notificar os eventos de febre amarela suspeitos ao Ministério da Saúde.

Atualmente, a febre amarela silvestre (FA) é uma doença endêmica no Brasil (região amazônica). Na região extra-amazônica, períodos epidêmicos são registrados ocasionalmente, caracterizando a reemergência do vírus no País.

Quais são os sintomas da febre amarela?

- Início súbito de febre;
- Calafrios;
- Dor de cabeça intensa;
- Dores nas costas;
- Dores no corpo em geral;
- Náuseas e vômitos;
- Fadiga e fraqueza.

A maioria das pessoas melhora após estes sintomas iniciais. No entanto, cerca de 15% apresentam um breve período de horas a um dia sem sintomas e, então, desenvolvem uma forma mais grave da doença.

Depois de identificar alguns desses sintomas, procure um médico na unidade de saúde mais próxima e informe sobre qualquer viagem para áreas de risco nos 15 dias anteriores ao início dos sintomas, e se você observou mortandade de macacos próximo aos lugares que você visitou, assim como picadas de mosquito. Informe, ainda, se você tomou a vacina contra a febre amarela, e a data.

Se você identificar macacos mortos na região onde vive ou está, informe imediatamente as autoridades sanitárias do município ou estado, de preferência, diretamente para a vigilância ou controle de zoonoses.

Quais são as complicações da febre amarela?

Em casos graves, a pessoa infectada por febre amarela pode desenvolver algumas complicações, como:

- Febre alta;
- Icterícia (coloração amarelada da pele e do branco dos olhos);
- Hemorragia (especialmente a partir do trato gastrointestinal);
- Eventualmente, choque e insuficiência de múltiplos órgãos.

Como a febre amarela é transmitida?

O vírus da febre amarela é transmitido pela picada dos mosquitos transmissores infectados. A doença não é passada de pessoa a pessoa. A série histórica da doença no Brasil tem demonstrado maior frequência de ocorrência de casos humanos nos meses de dezembro e maio, como um padrão sazonal.

Esse fato ocorre principalmente no verão, quando a temperatura média aumenta na estação das chuvas, favorecendo a reprodução e proliferação de mosquitos (vetores) e, por consequência o potencial de circulação do vírus.

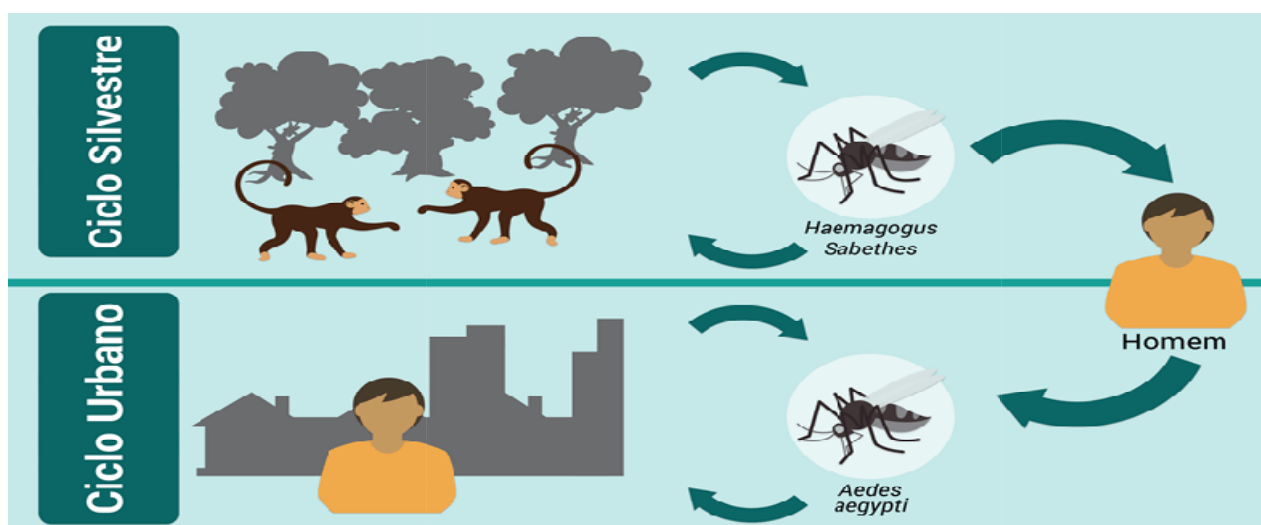
Os vetores silvestres têm hábito diurno, realizando o repasto sanguíneo durante as horas mais quentes do dia, sendo os vetores dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*, geralmente, mais ativos entre às 9h e 16h da tarde.

Há dois diferentes ciclos epidemiológicos de transmissão: Silvestre e Urbano.

Apesar desses ciclos diferentes, a febre amarela tem as mesmas características sob o ponto de vista etiológico, clínico, imunológico e fisiopatológico.

No ciclo silvestre da febre amarela, os primatas não humanos (macacos) são os principais hospedeiros e amplificadores do vírus e os vetores são mosquitos com hábitos estritamente silvestres, sendo os gêneros *Haemagogus* e *Sabethes* os mais importantes na América Latina. Nesse ciclo, o homem participa como um hospedeiro acidental ao adentrar áreas de mata.

No ciclo urbano, o homem é o único hospedeiro com importância epidemiológica e a transmissão ocorre a partir de vetores urbanos (*Aedes aegypti*) infectados.



Fonte:Unasus/ufma.

Como é feito o tratamento da febre amarela?

O tratamento da febre amarela é apenas sintomático, com cuidadosa assistência ao paciente que, sob hospitalização, deve permanecer em repouso, com reposição de líquidos e das perdas sanguíneas, quando indicado.

Nas formas graves, o paciente deve ser atendido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para reduzir as complicações e o risco de óbito. Medicamentos salicilatos devem ser evitados (AAS e Aspirina), já que o uso pode favorecer o aparecimento de manifestações hemorrágicas.

O médico deve estar alerta para quaisquer indicações de um agravamento do quadro clínico.

Como prevenir a febre amarela?

A vacina é a principal ferramenta de prevenção e controle da febre amarela. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferta vacina contra febre amarela para a população.

4 – DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

Nos últimos anos a tríplice epidemia – dengue, zika e chikungunya – vem preocupando a população brasileira e autoridades sanitárias responsáveis, pelo aumento do número de casos e pela gravidade que podem assumir. Assim como a febre amarela, tratam-se de arboviroses que têm como vetores transmissores mosquitos do gênero *Aedes*. O aparecimento de maior número de casos coincide com os períodos chuvosos e quentes, época em que os mosquitos se reproduzem com facilidade pelos criadouros. O número de casos também varia com a densidade populacional, ou seja, bairros onde existem casas muito próximas umas das outras e muitas pessoas produzindo criadouros diversos, favorecem a disseminação dos vírus entre elas. Esse tipo de situação é muito comum em localidades menos favorecidas social e economicamente. Os sintomas dessas doenças, apesar de serem muito parecidos, se diferenciam em alguns aspectos que abordaremos aqui neste capítulo. Podem variar desde sinais brandos até manifestações graves que podem evoluir ao óbito.

4.1 Dengue

Dengue é uma doença febril grave causada por um arbovírus. Arbovírus são vírus transmitidos por picadas de insetos, especialmente os mosquitos. Existem quatro tipos de vírus de dengue (sorotipos 1, 2, 3 e 4). Cada pessoa pode ter os 4 sorotipos da doença, mas a infecção por um sorotipo gera imunidade permanente para ele.

Todas as faixas etárias são igualmente suscetíveis, porém as pessoas mais velhas têm maior risco de desenvolver dengue grave e outras complicações que podem levar à morte. O risco de gravidade e morte aumenta quando a pessoa tem alguma doença crônica, como diabetes e hipertensão, mesmo tratada.

Quais são os sintomas da dengue?

Os principais sintomas da dengue são:

- Febre alta > 38.5°C.
- Dores musculares intensas.

- Dor ao movimentar os olhos.
- Mal estar.
- Falta de apetite.
- Dor de cabeça.
- Manchas vermelhas no corpo.

No entanto, a infecção por dengue pode ser assintomática (sem sintomas), leve ou grave. Neste último caso pode levar até a morte. Normalmente, a primeira manifestação da dengue é a febre alta (39° a 40°C), de início abrupto, que geralmente dura de 2 a 7 dias, acompanhada de dor de cabeça, dores no corpo e articulações, além de prostração, fraqueza, dor atrás dos olhos, erupção e coceira na pele. Perda de peso, náuseas e vômitos são comuns. Em alguns casos também apresenta manchas vermelhas na pele.

Na fase febril inicial da dengue, pode ser difícil diferenciá-la. A forma grave da doença inclui dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes e sangramento de mucosas. Ao apresentar os sintomas, é importante procurar um serviço de saúde para diagnóstico e tratamento adequados, todos oferecidos de forma integral e gratuita por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

São sinais de alarme da dengue os seguintes sintomas:

- Dor abdominal intensa e contínua, ou dor à palpação do abdome.
- Vômitos persistentes.
- Acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico).
- Sangramento de mucosa ou outra hemorragia.
- Aumento progressivo do hematócrito.
- Queda abrupta das plaquetas.

4.2- Zika

O vírus Zika é um arbovírus. Arbovírus são os vírus transmitidos por picadas de insetos, especialmente mosquitos. A doença pelo vírus Zika apresenta risco superior a outras arboviroses, como dengue, febre amarela e chikungunya, para o desenvolvimento de complicações neurológicas, como encefalites, Síndrome de Guillain Barré e outras doenças neurológicas. Uma das principais complicações é a microcefalia.

Os sintomas mais comuns associados ao vírus Zika são:

- “Vermelhão” em todo o corpo com muita “coceira” depois de alguns dias.
- Febre baixa, muitas vezes não sentida.
- Conjuntivite (olho vermelho) sem secreção.
- Mialgia e dor de cabeça.
- Dor nas juntas.

Todos os sintomas são de intensidade de leve a moderada.

4.3- Chikungunya

A Febre pelo vírus Chikungunya é um arbovírus. Arbovírus são aqueles vírus transmitidos por picadas de insetos, especialmente mosquitos, mas também pode ser um carrapatos ou outros.

Sintomas

Os principais sintomas da chikungunya são:

- Febre.
- Dores intensas nas juntas, em geral bilaterais (joelho esquerdo e direito, pulso direito e esquerdo, etc).
- Pele e olhos avermelhados.
- Dores pelo corpo.
- Dor de cabeça.
- Náuseas e vômitos.
-

Cerca de 30% dos casos não chegam a desenvolver sintomas. Normalmente, os sintomas aparecem de dois a 12 dias da picada do mosquito, período conhecido como incubação.

4.4- O Vetor

O *Aedes aegypti* é o nome científico de um mosquito ou pernilongo que transmite a dengue, febre amarela urbana, além da zika e da chikungunya, doenças chamadas de arboviroses. Possui uma característica que o diferencia dos demais mosquitos, que é a presença de listras brancas no tronco, cabeça e pernas.

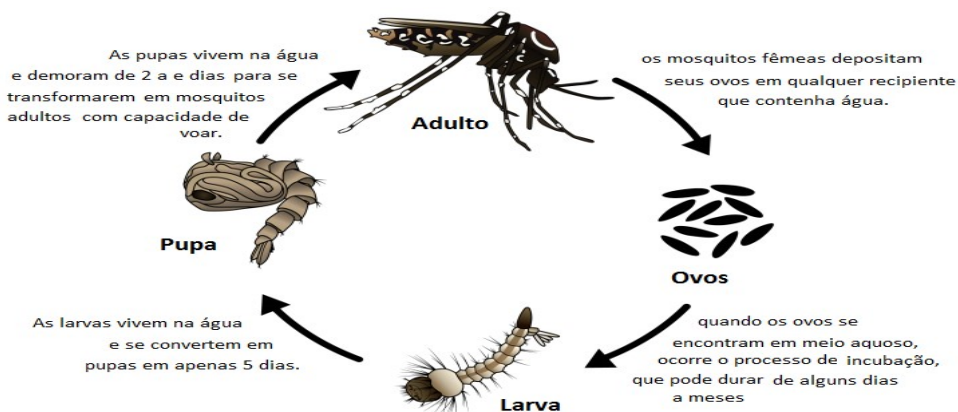
O *Aedes aegypti* não é um mosquito nativo. Originário da África, já foi eliminado do Brasil na história do controle da dengue em 1955, retornando em 1976 por falhas de cobertura de ações do controle. Provavelmente teve sua reintrodução por meio de fronteiras e portos e alcança altas infestações em domicílios localizados em regiões com altas temperaturas e umidades, principalmente na época chuvosa e quente (verão), típica de países tropicais como o Brasil.

O ciclo do mosquito *Aedes Aegypti*

O ciclo de vida do mosquito *Aedes aegypti* compreende quatro fases: ovo, larva, pupa e adulto. Os ovos são depositados em condições adequadas, ou seja, em lugares quentes e úmidos, preferencialmente depositados em lugares próximos a linha d'água, em recipientes como latas e garrafas vazias, pneus, calhas, caixas d'água descobertas, pratos sob vasos de plantas dentro ou nas proximidades das casas, apartamentos, hotéis, ou em qualquer local com água limpa parada. Apesar disso, alguns estudos apontam focos do mosquito em água suja também. O macho alimenta-se de seivas de plantas. A fêmea, no entanto, necessita de sangue humano para o amadurecimento dos ovos, que são depositados separadamente nas paredes internas dos objetos, próximos a superfícies de água, local que lhes oferece melhores condições de sobrevivência.

Aedes aegypti

Um ovo demora entre 7 e 10 dias para virar um mosquito adulto



Fonte: Fiocruz

Hábitos e características do *Aedes* que dificultam o controle da dengue, zika e chikungunya: O *Aedes* apresenta algumas características em sua biologia que promovem a circulação do vírus da dengue, zika e chikungunya no ambiente e consequente transmissão entre as pessoas, tornando difícil o controle dessa doença. Assim, as principais ações de controle dessas doenças devem ser voltadas ao vetor, pois sem ele não há transmissão dos vírus. Dessa forma é de grande importância conhecê-lo para então combatê-lo. Os principais hábitos e características desse mosquito que promovem a circulação dos vírus são:

- **Repasto interrompido:** é muito comum o *Aedes* realizar várias picadas para ingerir sangue em quantidade satisfatória. Isso acontece por ele interromper seu repasto sanguíneo ao mínimo movimento da pessoa. Assim duas coisas nesse caso podem acontecer: ou ele continua sua alimentação picando a mesma pessoa até se satisfazer, ou ele sai em busca de outras para completar seu repasto. Então, se algum desses indivíduos estiver contaminado pelos vírus ele será transmitido pelo *Aedes*.
- **Transmissão do vírus à prole:** estudos indicam que o vírus da dengue, da zika e da chikungunya podem ser transmitidos da fêmea para sua prole. Isso quer dizer que não necessariamente o mosquito tem de picar uma pessoa para se infectar, ele já pode nascer infectado pelos vírus. Essa descoberta é muito importante para que o controle seja voltado não só para o mosquito adulto, mas também para as larvas.
- **Transmissão via cópula:** estudos indicam que o vírus da dengue, da zika e da chikungunya podem ser transmitidos na ocasião da cópula, tanto pelo macho para a fêmea, quanto pela fêmea para o macho. Nesse caso também não é preciso o mosquito picar alguém para se infectar.
- **Ovoposição estratégica:** como já mencionado anteriormente, o *Aedes* não deposita todos os seus ovos de uma só vez em um mesmo criadouro. Ele coloca aos pouquinhos, de forma espalhada pelo ambiente. Se esses ovos já estiverem contaminados por algum desses vírus, estes entrarão em circulação, quando os mosquitos nascerem.

As principais medidas de prevenção e combate ao *Aedes Aegypti* são:

- Manter bem tampado tonéis, caixas e barris de água;
- Lavar semanalmente com água e sabão tanques utilizados para armazenar água;
- Manter caixas d'água bem fechadas;
- Remover galhos e folhas de calhas;
- Não deixar água acumulada sobre a laje;
- Encher pratinhos de vasos com areia até a borda ou lavá-los uma vez por semana;
- Trocar água dos vasos e plantas aquáticas uma vez por semana;
- Colocar lixos em sacos plásticos em lixeiras fechadas;
- Fechar bem os sacos de lixo e não deixar ao alcance de animais;
- Manter garrafas de vidro e latinhas de boca para baixo;
- Acondicionar pneus em locais cobertos;
- Fazer sempre manutenção de piscinas;
- Tampar ralos;
- Colocar areia nos cacos de vidro de muros ou cimento;
- Não deixar água acumulada em folhas secas e tampinhas de garrafas;
- Vasos sanitários externos devem ser tampados e verificados semanalmente;
- Limpar sempre a bandeja do ar condicionado;
- Lonas para cobrir materiais de construção devem estar sempre bem esticadas para não acumular água;
- Catar sacos plásticos e lixo do quintal.

Ao entrar em uma casa é importante que você tenha consciência de que o conhecimento deve ser compartilhado, não de forma impositiva, mas que se tenha uma escuta ao que o morador tem a dizer sobre o assunto. As experiências dele não devem ser ignoradas, pois fazem parte de sua vivência, de sua história de vida. Quando o morador é ouvido, ele ajuda a encontrar soluções para os problemas, se sentindo parte da situação, e acabando por se responsabilizar também na sua resolução. Dessa forma ele não recebe apenas informações que não fazem o menor sentido para ele. Do contrário, através do diálogo, ele amplia sua capacidade de entendimento acerca do assunto e por isso poderá tomar decisões de uma forma embasada num conhecimento que agora se tornou seu e não dos outros, que foi passado para ele. A educação em saúde feita assim, de maneira em que os conhecimentos de lá e de cá possam ser compartilhados e não impostos é muito mais eficaz e surtem melhores resultados.

5 - TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. A Tuberculose pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. Entretanto, do ponto de vista sanitário, a espécie mais importante é a *M. tuberculosis*.

Modo de transmissão

A tuberculose é uma doença de transmissão aérea: ocorre a partir da inalação de aerossóis oriundos das vias aéreas, expelidos pela tosse, espirro ou fala de doentes com tuberculose

pulmonar ou laríngea. Somente pessoas com essas formas de tuberculose ativa transmitem a doença. Os bacilos que se depositam em roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersam em aerossóis e, por isso, não desempenham papel importante na transmissão da doença.

Sintomas

Tosse seca ou produtiva (com catarro) com ou sem sangue, por 3 semanas ou mais, episódios de febre, geralmente no final da tarde, suor em excesso à noite, falta de apetite e emagrecimento (BRASIL, 2011). Uma importante característica da doença é possuir uma forte relação com questões sociais, como renda, aglomeração populacional, condições de moradia, infraestrutura sanitária e acesso a serviços públicos, indicando maior risco para a doença quando esses fatores não são bem atendidos (BRASIL, 2011; 2014). Além disso, alguns grupos da população também possuem maior risco de adoecer por tuberculose:

- Portadores de HIV - a elevada ocorrência de tuberculose nesse grupo está relacionada ao comprometimento do sistema imune pela infecção por HIV. A associação entre tuberculose e HIV apresenta repercussões negativas para as duas doenças e é a principal causa de morte por doenças infecciosas nesse grupo.
- Pessoas em situação de rua - a tuberculose apresenta uma elevada taxa de ocorrência entre pessoas em situação de rua devido à falta de infraestrutura a que essas pessoas estão expostas. Outra questão importante é a frequência no abandono do tratamento, demonstrando a necessidade de atenção em parceria com outros setores como, por exemplo, assistência social.
- Pessoas em privação de liberdade - a aglomeração no sistema carcerário facilita a transmissão da doença. Além disso, pessoas em privação de liberdade geralmente não possuem o mesmo acesso a serviços de saúde que o restante da população, refletindo na ausência de identificação da doença ou demora no diagnóstico e em dificuldades de acesso ao tratamento.
- Indígenas - geralmente, os domicílios costumam ser pouco ventilados e com pouca iluminação natural. Além disso, é grande o número de pessoas por domicílio e, em muitas etnias, observam-se também altos índices de desnutrição e outros problemas de saúde.
- Profissionais de saúde – além da exposição constante à doença, profissionais portadores de alguma condição que afete sua imunidade, têm risco mais elevado de desenvolver tuberculose. Além disso, as medidas de biossegurança referentes a transmissão da doença são muitas vezes negligenciadas, o que aumenta a possibilidade de transmissão

Diagnóstico

Para o diagnóstico da tuberculose são utilizados os seguintes exames:

Bacteriológicos

- Baciloscopia
- Teste rápido molecular para tuberculose
- Cultura para micobactéria

Por imagem (exame complementar)

- Radiografia de tórax

A busca ativa de sintomático respiratório é a principal estratégia de controle da tuberculose, com destaque para o trabalho da atenção básica, por meio do agente comunitário de saúde, na visita domiciliar.

A visita domiciliar objetiva:

- Identificar sintomáticos respiratórios;
- Agendar exame de contatos (toda pessoa com convívio constante e prolongado, seja em casa, no trabalho, instituições de longa permanência ou escola);
- Reforçar orientações;
- Verificar possíveis obstáculos na adesão ao tratamento, procurar soluções para superá-los e evitar o abandono (BRASIL, 2017).

Dessa forma, o serviço de saúde pode promover a adesão ao tratamento e estreitar os vínculos com o paciente e a família. O usuário deve ser avisado sobre a visita e assegurado sobre o sigilo quanto as suas informações. É importante garantir a visita domiciliar para todo caso de tuberculose diagnosticado e a todo caso que não compareça ao serviço de saúde quando agendado.

Atribuições básicas do ACS no controle da tuberculose

- Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade;
- Encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe;
- Orientar e encaminhar os contatos à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário;
- Orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios;
- Supervisionar a tomada da medicação, conforme planejamento da equipe;
- Fazer visita domiciliar de acordo com a programação da equipe;
- Verificar, no Cartão da Criança, a sua situação vacinal: se faltoso, encaminhar à UBS;
- Realizar busca ativa de faltosos e aqueles que abandonaram o tratamento;
- Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança. Caso não exista e não haja comprovante no Cartão, encaminhar a criança para vacinação;
- Realizar ações educativas junto à comunidade;
- Participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle da tuberculose na comunidade.

6- INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. Geralmente transmitidos por meio das atividades sexuais. A maioria das IST são infecções dos órgãos genitais, mas algumas delas como a Hepatite e a AIDS, manifestam-se de forma sistêmica ou seja, afetam mais de um órgão/ tecidos ou até mesmo o corpo todo. Algumas IST podem ser transmitidas também por outras vias, além da sexual.

- *Outra forma de infecção pode ocorrer pela transfusão de sangue contaminado ou pelo compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis.*
- *Também pode ocorrer a transmissão entre mãe e filho: a aids, a Sífilis e algumas formas de Hepatite podem ser transmitidas da mãe infectada, sem tratamento, para o*

bebê durante a gravidez e o parto. E, no caso da aids e Hepatite B e C também durante a amamentação.

Os sintomas das IST aparecem, principalmente, no órgão genital, mas podem surgir também em outra parte do corpo, como, por exemplo, na palma das mãos, nos olhos e na língua. Algumas podem não apresentar sintomas, tanto no homem quanto na mulher.

Você e os demais profissionais de saúde devem sempre orientar as pessoas que, ao perceberem algum sinal ou algum sintoma, elas devem procurar o serviço de saúde. E, sempre que possível, comunicar a parceira/parceiro sexual. Todas as pessoas são potencialmente vulneráveis às IST, mas algumas populações-chave são mais que outras, como, por exemplo, os indivíduos que fazem sexo sem preservativo e os que praticam sexo anal. O estigma e o preconceito também são fatores importantes de vulnerabilidade, pois criam barreiras de acesso aos serviços e às ações de promoção à saúde, fazendo com que as pessoas deixem de buscar os cuidados necessários.

Cancro mole

Causado pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, transmite-se pela relação sexual com uma pessoa infectada sem o uso da camisinha masculina ou feminina. Provoca feridas múltiplas e dolorosas de tamanho pequeno com presença de pus, que aparecem com frequência nos órgãos genitais. Podem aparecer nódulos (caroços ou ínguas) na virilha. Ao se observar qualquer sinal e sintoma de cancro mole, a recomendação é procurar um serviço de saúde. O tratamento deverá ser prescrito pelo profissional de saúde.

Gonorreia e infecção por Clamídia

São IST causadas por bactérias (*Neisseria gonorrhoeae* e *Clamídia trachomatis*, respectivamente). Na maioria das vezes estão associadas, causando a infecção que atinge os órgãos genitais, a garganta e os olhos. Quando não tratadas, podem causar infertilidade (dificuldade para ter filhos), dor durante as relações sexuais, gravidez nas trompas, entre outros danos à saúde. A transmissão é sexual e o uso da camisinha masculina ou feminina é a melhor forma de prevenção. Os sintomas são: dor ao urinar ou no baixo ventre (pé da barriga), corrimento amarelado ou claro, fora da época da menstruação, dor ou sangramento durante a relação sexual.

A maioria das mulheres infectadas não apresentam sinais e sintomas. Já os homens podem apresentar ardor e esquentamento ao urinar, podendo haver corrimento ou pus, além de dor nos testículos. Na presença de qualquer sinal ou sintoma dessas IST, recomenda-se procurar um serviço de saúde para o diagnóstico correto e indicação do tratamento com antibiótico adequado. As parcerias sexuais devem ser tratadas, ainda que não apresentem sinais e sintomas.

Doença Inflamatória Pélvica

É uma síndrome clínica, que ocorre quando a gonorreia e a infecção por clamídia não são tratadas, atingindo os órgãos sexuais internos da mulher, como útero, trompas e ovários, e causando inflamações. Essa infecção pode ocorrer por meio de contato com as bactérias após a relação sexual desprotegida. A maioria dos casos ocorre em mulheres que tem outra IST, principalmente gonorreia e infecção por clamídia não tratadas; entretanto também pode

ocorrer após algum procedimento médico local, como a inserção de Dispositivo Intra-Uterino (DIU), biópsia na parte interna do útero, e curetagem.

Os sinais e sintomas mais frequentes são dor na parte baixa do abdômen e durante a relação sexual; dor abdominal e nas costas, além de febre, fadiga e vômitos. O uso da camisinha masculina ou feminina é a melhor forma de prevenção. Na presença de qualquer sinal ou sintoma de DIP, recomenda-se procurar imediatamente um profissional de saúde para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado.

Herpes Genital

É causado por um vírus, transmitido pela relação sexual com uma pessoa infectada sem o uso da camisinha. É transmitido por meio de relação sexual (oral, anal ou vaginal) sem camisinha masculina ou feminina com uma pessoa infectada. Por ser muito contagiosa, a primeira orientação a quem tem herpes é uma maior atenção aos cuidados de higiene: lavar bem as mãos, não furar as bolhas, evitar contato direto das bolhas e feridas com outras pessoas, não aplicar pomadas no local sem recomendação profissional. Após o contágio, os sinais e sintomas podem aparecer em média após seis dias, e geralmente são pequenas bolhas agrupadas que se rompem e tornam-se feridas dolorosas no pênis, ânus, vulva, vagina ou colo do útero. Essas feridas podem durar, em média, de duas a três semanas e desaparecem. Formigamento, ardor, vermelhidão e coceira no local, além de febre, dores musculares, dor ao urinar e mal-estar, também podem surgir. Os sinais e sintomas podem reaparecer, dependendo de fatores como estresse, cansaço, esforço exagerado, febre, menstruação, exposição prolongada ao sol, traumatismo ou uso de antibióticos.

Na presença de qualquer sinal ou sintoma de herpes genital, recomenda-se procurar um profissional de saúde para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado. A infecção tem tratamento e os seus sinais e sintomas podem ser reduzidos, mesmo que não haja cura (a pessoa permanece com o vírus).

Tricomoníase

É uma infecção causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. A transmissão ocorre pelo sexo desprotegido com uma pessoa infectada. Por isso, é preciso sempre usar camisinha masculina ou feminina e cuidar da higiene íntima após a relação sexual. Pode atingir o colo do útero, a vagina, a uretra e o pênis. Os sinais e sintomas são: dor durante a relação sexual, ardência e dificuldade para urinar, coceira nos órgãos sexuais, corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso. Na presença de qualquer sinal ou sintoma de tricomoníase, recomenda-se procurar um profissional de saúde para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado. As parcerias sexuais devem ser tratadas, ainda que não apresentem sinais e sintomas.

Sífilis

É causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios. A sífilis pode ser transmitida por relação sexual sem camisinha com uma pessoa infectada ou da mãe infectada para a criança durante a gestação ou o parto. O uso correto e regular da camisinha masculina ou feminina é uma medida importante de prevenção da sífilis. O acompanhamento da gestante e a realização dos exames pela gestante durante o pré-natal contribui para o controle da sífilis congênita.

Sinais e sintomas?

Os sinais e sintomas da sífilis variam de acordo com cada estágio da doença, que divide-se em:

Primária - sintomas

- Ferida, geralmente única, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele), que aparece entre 10 a 90 dias após o contágio. Essa lesão é rica em bactérias.
- Normalmente não dói, não coça, não arde e não tem pus, podendo estar acompanhada de ínguas (caroços) na virilha.

Secundária - sintomas

- Os sinais e sintomas aparecem entre seis semanas e seis meses do aparecimento e cicatrização da ferida inicial.
- Pode ocorrer manchas no corpo, que geralmente não coçam, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés. Essas lesões são ricas em bactérias.
- Pode ocorrer febre, mal-estar, dor de cabeça e ínguas pelo corpo.

Latente – fase assintomática - sintomas

- Não aparecem sinais ou sintomas.
- É dividida em sífilis latente recente (menos de dois anos de infecção) e sífilis latente tardia (mais de dois anos de infecção).
- A duração é variável, podendo ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

Terciária - sintomas

- Pode surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção.
- Costuma apresentar sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte.

Uma pessoa pode ter sífilis e não saber, isso porque a doença pode aparecer e desaparecer, mas continuar latente no organismo. Por isso é importante se proteger, fazer o teste e, se a infecção for detectada, tratar da maneira correta. O não tratamento da sífilis pode levar a várias outras doenças e complicações, inclusive à morte.

Hepatites virais

Grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, a hepatite é a inflamação do fígado. Pode ser causada por vírus ou pelo uso de alguns remédios, álcool e outras drogas, assim como por doenças autoimunes, metabólicas e genéticas. São doenças silenciosas que nem sempre apresentam sintomas, mas, quando estes aparecem, podem ser cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

No Brasil, as hepatites virais mais comuns são as causadas pelos vírus A, B e C. Existem, ainda, os vírus D e E, esse último mais frequente na África e na Ásia. Milhões de pessoas no Brasil são portadoras do vírus B ou C e não sabem. Elas correm o risco de as doenças

evoluírem (tornarem-se crônicas) e causarem danos mais graves ao fígado, como cirrose e câncer. Por isso, é importante ir ao médico regularmente e fazer os exames de rotina que detectam a hepatite.

Quanto às formas de contágio, as hepatites virais podem ser classificadas em dois grupos: - A principal via de contágio vírus da hepatite (vírus A e E) fecal-oral e a contaminação depende de condições de saneamento básico e água, além de higiene pessoal e dos alimentos. No caso da Hepatite A, a prática de sexo oro-anal pode ser responsáveis por alguns casos. Causam infecções agudas benignas, que evoluem para a cura sem necessidade de tratamento específico, porém, qualquer pessoa com suspeita de hepatite tem que procurar o serviço de saúde para realizar o diagnóstico e o tratamento adequado. - Sanguínea (vírus B, C e D): assim como o HIV, a transmissão pode ocorrer pelo sexo desprotegido, pelo compartilhamento de seringas, agulhas, lâminas de barbear, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam ou pela transmissão sanguínea de mãe para filho durante a gravidez, o parto e a amamentação. As hepatites B, C e D podem evoluir para a hepatite crônica, que tem como principais complicações a cirrose e o câncer de fígado.

Sinais e sintomas: em grande parte dos casos, as hepatites virais são doenças silenciosas, o que reforça a necessidade de ir ao médico regularmente e fazer os exames de rotina que detectam os vários tipos de hepatites. Geralmente, quando os sintomas aparecem a doença já está em estágio mais avançado. E os mais comuns são: febre, fraqueza, mal-estar, dor abdominal, enjojo/náuseas, vômitos, perda de apetite, urina escura (cor de café), icterícia (olhos e pele amarelados), fezes esbranquiçadas (como massa de vidraceiro).

Síndrome da imunodeficiência Adquirida (AIDS)

É uma IST causada por um vírus chamado HIV. Ele age destruindo as células que fazem a defesa do corpo contra as doenças – os glóbulos brancos. Ao se contaminar, a pessoa pode não apresentar, nenhum sinal ou sintoma, pelo menos por algum tempo. Nesse caso ela é chamada de portadora do HIV ou soropositiva para HIV. Quando a pessoa soropositiva para HIV começa a apresentar sintomas, então se diz que ela tem Aids. É difícil saber quando alguém que é portador do HIV vai começar a desenvolver a doença, mas é importante lembrar que qualquer pessoa, uma vez contaminada, pode passar o vírus para outra pessoa, independentemente de estar ou não desenvolvendo sintomas. Qualquer pessoa pode pegar o HIV: homem ou mulher (homo, bi ou heterossexual); gente casada ou solteira; criança, moço ou idoso; rico ou pobre. E tanto faz se a pessoa mora na cidade ou no campo. Quando infectada pelo HIV, o indivíduo começa a perder a resistência orgânica, isto é, fica imunodeprimido, e seu organismo pode ser atacado por doenças oportunistas. No Brasil, as principais doenças oportunistas são as candidíases, a pneumonia, o herpes e a tuberculose.

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito a partir da coleta de sangue, através de exames laboratoriais e os testes rápidos, que detectam os anticorpos contra o HIV colhendo uma gota de sangue da ponta do dedo. Esses testes são realizados nas unidades de saúde e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Modo de transmissão O HIV pode ser transmitido por via sexual (esperma e secreção vaginal), pelo sangue (gestação/ parto para criança e via parenteral) e pelo leite materno. A transmissão vertical para criança pode ocorrer durante a gestação, o parto e a amamentação. A partir do momento em que a pessoa é infectada, ela tem a capacidade de transmitir o HIV. A transmissão pode ocorrer mediante: relações sexuais desprotegidas; utilização de sangue ou seus derivados não testados adequadamente; recepção de órgãos ou sêmen de doadores não testados; reutilização e compartilhamento de seringas e agulhas;

acidente ocupacional durante a manipulação de instrumentos perfurocortantes contaminados com sangue e secreções das pessoas. Na infecção muito recente (“infecção aguda”) ou na avançada a maior concentração do HIV no sangue (carga viral alta) e nas secreções sexuais, aumentando a transmissibilidade do vírus. Outros processos infecciosos e inflamatórios favorecem a transmissão do HIV, especialmente a presença das infecções sexualmente transmissíveis (IST).

O uso da terapia antirretroviral (TARV) tem diminuído significativamente a morbidade e a mortalidade das pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), propiciando, em consequência, o aumento da expectativa de vida desses sujeitos. Esta realidade tem demandado para os serviços de saúde o desenvolvimento de ações de saúde que propiciem uma atenção qualificada e que repercutam na qualidade de vida dos indivíduos portadores do HIV. Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deverá realizar uma escuta qualificada, tratando com respeito e dignidade seus comunitários portadores do HIV, buscando identificar as principais necessidades em saúde por meio da avaliação das condições individuais e sociais que determinam sua vulnerabilidade. Para tanto, o ACS juntamente com a sua equipe têm como desafio acolher estes indivíduos, direcionando um cuidado humanizado e livre de preconceitos e discriminação. Uma atitude fundamental é a realização do acolhimento qualificado e com respeito à vida, pois como qualquer outro cidadão e cidadã, os indivíduos com HIV têm o direito ao acesso à saúde de forma integral, acolhedora e resolutiva. As práticas em saúde devem ser desenvolvidas contemplando ações de promoção da saúde e qualidade de vida, acompanhamento na adesão ao TARV, acesso facilitado à unidade de saúde da família, referência e contra referência da atenção básica com a rede especializada. Por questões éticas e legais, uma vez sabedor da situação o ACS não deve revelar a outras pessoas, garantindo assim a confidencialidade e o direito de privacidade desse indivíduo. O ACS deve orientar e articular juntamente com a sua Equipe de Saúde da Família (ESF) os cuidados em saúde direcionados aos indivíduos portadores do HIV, como o acompanhamento sistemático pela ESF. É importante estimular e acolher o discurso dessa pessoa, ouvindo e valorizando o seu relato, sem colocar juízo de valor e discriminação. Assim, condutas como essas devem ser exercidas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, permitindo o diálogo entre a equipe de saúde e o usuário do serviço e fortalecendo o respeito mútuo entre esses atores.

Como prevenir as ISTs e o HIV?

- Ter relações seguras, ou seja, usar sempre e corretamente a camisinha, em qualquer tipo de relação sexual, entre pessoas de sexo diferente ou do mesmo sexo;
- Não compartilhar agulhas e seringas;
- Ter cuidado com os materiais e instrumentos contaminados que furam ou cortam, e não foram esterilizados. (Alicate de unha, lâminas de barbear e depilar, material para confecção de tatuagem e colocação de piercing etc.);
- Ao manipular secreção ou sangue usar luvas descartáveis; • Procurar um serviço de saúde, o mais rapidamente, em caso de suspeita de IST;
- Estar em dia com a vacina de Hepatite B;
- Realizar as consultas de pré-natal e fazer todos os exames solicitados pelos profissionais de saúde. E também levar o cartão de pré-natal na hora do parto;
- Orientar as mulheres com suspeita ou diagnóstico de HIV e Hepatite para não oferecer o leite materno aos recém nascidos;
- Não compartilhar vibradores ou similares na relação sexual ou usar preservativo;

- Orientar não compartilhar os equipamentos para o uso de drogas (seringas, cachimbos, piteiras, escovas de dente, etc.);
- Realizar o tratamento adequado para não correr o risco de contaminar outras pessoas.

UNIDADE 5

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A integração das ações da vigilância em saúde (VS) com a atenção básica (AB) pode ser considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em todas as esferas de gestão. Embora diversas normativas e estratégias tenham sido elaboradas no sentido de estimular essa integração nas últimas décadas, e esforços institucionais tenham sido empreendidos para viabilizar os recursos financeiros e organizar estruturas técnico administrativas locais, a integração dessas duas áreas de conhecimento ainda não se efetivou como esperado, especialmente no âmbito das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A vigilância em saúde, a partir de suas cinco áreas, tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Especificidades dos diferentes campos das vigilâncias:

Vigilância sanitária: Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde.

Vigilância epidemiológica: Ações voltadas para conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Vigilância ambiental: Visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interfiram na saúde humana; recomendando e adotando medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente: vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho.

Vigilância da saúde do trabalhador: Conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS - 2ª Edição disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf
- LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Ministério Da Saúde Secretaria De Atenção À Saúde Departamento De Ações Programáticas Estratégicas: Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Do Homem, Brasília, novembro de 2008.
- Cadastramento e visita Domiciliar disponível em: https://www.Ladario.Ms.Gov.Br/Uploads/Asset/File/2645/Conteudo_CADASTRAMENTO_E_VISITA_DOMICILIAR.Pdf
- A saúde bate a porta- disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/timeline.php>
- Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cad. Saúde Pública vol.20 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2004. Flávia Mauad Levy; Patrícia Elizabeth de Souza Matos; Nilce Emy Tomita.
- Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.
- MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia; SOUZA, Carolina Duarte de; BAGGIO, Lissandra and WACHS, Felipe. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5, pp.1637-1646. ISSN 1413-8123. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005 - Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas - Maurício Monken 1 Christovam Barcellos 2
- MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: . Acesso em: 30 out. 2015.
- AS CAUSAS SOCIAIS DAS INIQUIDADES EM SAÚDE NO BRASIL Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) Abril 2008
- Manual para Preenchimento das Fichas - Brasília - DF 2013 – E-SUS Atenção Básica - Manual do Sistema com Coleta de dados Simplificada –CDS(versão 2.0)
- FORTES, Paulo Antônio de Carvalho e MARTINS, Cleide de Lavieri. A ética, a humanização e a saúde da família. Rev. bras. enferm. [online]. 2000, vol.53, n.spe [citado 2020-02-27], pp.31-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700005&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0034-7167. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700005>.
- Brasil . Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde . Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

- Russo ICP. Intervenção audiológica no idoso. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004. p. 585-96.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 740 p. : il.
- Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. Curso de qualificação de agentes comunitários de saúde – ACS: caderno 2. / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - 1. ed. rev. e ampl. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.
- Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais M663g Qualificação profissional: agente comunitário de saúde: unidade 1: o agente comunitário de saúde e o SUS: guia do docente / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2012.
- Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. Curso de qualificação de agentes comunitários de saúde – ACS: caderno 1. / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2017.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil - Abril 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Sistema Único de Saúde: SUS: texto de Apoio nº IA. In: _____. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília, DF, 2000. 119p. p. 24 – 28.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de vacinação. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 22 set. 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
- Brasil. Biblioteca Virtual em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Telessaúde Brasil Redes. NUTES Pernambuco. Segunda Opção Formativa (SOF). ID: sof-35883, 08 fev 2017. Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/qual-o-papel-do-agente-comunitario-de-saude-no-acompanhamento-de-pacientes-portadores-do-hiv/>>.