



Prefeitura Municipal de Parauapebas
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento das Ações e Serviços de Saúde

Curso Introdutório para
Agentes Comunitários de Saúde
Processo Seletivo





Prefeitura Municipal de Parauapebas
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento das Ações e Serviços de Saúde

Curso Introdutório para
Agentes Comunitários de Saúde
Processo seletivo

Parauapebas - PA
Junho - 2012

Prefeito Municipal de Parauapebas

Darci José Lermen

Vice Prefeito Municipal de Parauapebas

Afonso Araújo Andrade

Secretário Municipal de Saúde

Alex Pamplona Ohana

Secretário Municipal de Saúde Adjunto

Afonso Mata Vidinha

Supervisão e coordenação geral

Francisco Saraiva Pereira

Diretor das Ações e Serviços de Saúde

Coordenação e elaboração técnica

Marcelo Cláudio Monteiro da Silva

Diretor da Vigilância em Saúde

Neyva Nara Brito Souza

Coordenadora da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família

Cleice Rosani Azevedo dos Reis

Coordenadora Saúde da Mulher

Dhatilane M. Alves Mergulhão

Coordenadora Saúde da Criança

Lígia Mendonça Coura

Coordenadora de Hipertensão, Diabetes e Tabagismo

Diellin Michele dos Santos Ferreira

Coordenadora de Tuberculose e Hanseníase

Ana Lúcia de Sousa Silva

Coordenadora de Epidemiologia

Projeto gráfico e diagramação

Tiago Cristo da Silva e Silva

Colaboradores

Katiúscia Karla Ferreira

Diretora das Distritais de Saúde

Alyne Leal Trindade
Coordenadora de Saúde do Idoso e Pessoa com deficiência

Silvana C. V. Manito
Coordenadora Saúde do Adolescente

Natália de Deus Queiroz
Coordenadora Saúde Alimentar e Nutricional

Sumário

| | |
|--|----|
| Apresentação | 8 |
| 1 - DE ONDE VEM O SUS? | 9 |
| 1.1 - Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)..... | 11 |
| 2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)..... | 14 |
| 3 - APS/SAÚDE DA FAMÍLIA..... | 17 |
| 4 - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: VOCÊ É “UM AGENTE DE MUDANÇAS”!..... | 19 |
| 4.1 - Detalhando um pouco mais as ações do ACS | 20 |
| 5 - O PROCESSO DE TRABALHO DO ACS E DESAFIO DE TRABALHO EM EQUIPE..... | 25 |
| 5.1 - Cadastramento das famílias..... | 31 |
| 5.1.1 - Dando um exemplo..... | 32 |
| 5.2 - Mapeamento da área de atuação..... | 33 |
| 5.3 - Visita domiciliar..... | 36 |
| 5.4 - Trabalhando educação em saúde na comunidade | 39 |
| 5.4.1 - Como trabalhar educação em saúde na comunidade | 39 |
| 5.4.2 - Recomendações gerais para atividades educativas..... | 40 |
| 5.5 - Participação da comunidade..... | 44 |
| 5.6 - Atuação intersetorial..... | 44 |
| 6 - PLANEJAMENTO DAS AÇÕES..... | 47 |
| 6.1 - Etapas do planejamento | 48 |
| 6.1.1 - Diagnóstico..... | 48 |
| 6.1.2 - Plano de ação | 49 |
| 6.1.2.1 - Meta..... | 49 |
| 6.1.2.2 - Estratégia | 49 |
| 6.1.2.3 - Recursos..... | 49 |
| 6.1.2.4 - Cronograma | 49 |
| 6.1.3 - Execução | 50 |
| 6.1.4 - Acompanhamento e Avaliação | 50 |

| | |
|--|----|
| 7 - FERRAMENTAS DE TRABALHO | 51 |
| 7.1 - Orientações para preenchimento da ficha de cadastramento – Ficha A..... | 51 |
| 7.2 - Cadastramento e acompanhamento da Ficha B..... | 58 |
| 7.3 - Orientações para preenchimento da Ficha C – cópia das informações pertinentes da Caderneta da Criança | 61 |
| 7.4 - Orientações para preenchimento da Ficha D – registro de atividades, procedimentos e notificações | 62 |
| 8 - SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA | 65 |
| 8.1 - Saúde da criança | 66 |
| 8.1.1 - Triagem neonatal | 66 |
| 8.1.1.1 - Teste do pezinho | 66 |
| 8.1.1.2 - Teste da orelhinha | 67 |
| 8.1.1.3 - Teste do olhinho | 67 |
| 8.1.2 - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança | 67 |
| 8.2 - Caderneta de saúde da criança | 68 |
| 8.3 - Orientações alimentares para a criança | 72 |
| 9 - SAÚDE DO ADOLESCENTE | 72 |
| 10 - SAÚDE DO ADULTO..... | 73 |
| 10.1 - Saúde do homem | 73 |
| 10.2 - Saúde da mulher | 75 |
| 10.2.1 - Planejamento familiar | 75 |
| 10.2.2 - Pré-natal..... | 76 |
| 10.2.3 - Prevenção do câncer de mama e de colo de útero | 76 |
| 10.3 - Hanseníase | 77 |
| 10.3.1 - Conceito | 77 |
| 10.3.2 - Prevenção..... | 78 |
| 10.3.3 - Modo de Transmissão (como se pega) | 78 |
| 10.4 - Tuberculose..... | 78 |

| | |
|--|----|
| 10.4.1 - Conceito | 78 |
| 10.4.2 - Transmissão (como se pega) | 79 |
| 10.4.3 - Prevenção..... | 79 |
| 10.4.3.1 - Vacinação BCG | 80 |
| 10.5 - Diabetes mellitus..... | 80 |
| 10.5.1 - Conceito | 80 |
| 10.5.2 - Classificação do diabetes | 80 |
| 10.5.2.1 - Tipos de diabetes | 80 |
| 10.5.3 - Prevenção..... | 80 |
| 10.6 - Hipertensão arterial | 81 |
| 10.6.1 - Conceito | 81 |
| 10.6.2 - Fatores de risco que podem levar a pessoa a se tornar hipertensa: | 81 |
| 10.6.3 - Forma de prevenção: | 82 |
| 10.7 - Saúde do idoso | 82 |
| 11 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 83 |
| 11.1 - Vigilância epidemiológica..... | 83 |
| 11.2 - Vigilância sanitária | 84 |
| 11.3 - Vigilância ambiental em saúde..... | 84 |
| 11.4 - Vigilância da saúde do trabalhador..... | 85 |
| 11.5 - Integração das ações na atenção primária e da vigilância em saúde. | 85 |
| 11.6 - Sistema de informação em saúde..... | 86 |
| 11.7 - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) | 87 |
| 11.8 - Zoonoses | 90 |
| 11.8.1 - Dengue | 90 |
| 11.8.1.1 - Conceito | 90 |
| 11.8.1.2 - Como se pega | 90 |
| 11.8.1.3 - Prevenção | 91 |

| | |
|--|----|
| 11.8.2 - Malária..... | 91 |
| 11.8.2.1 - Conceito..... | 91 |
| 11.8.2.2 - Como se pega | 91 |
| 11.8.2.3 - Como suspeitar da doença..... | 92 |
| 11.8.2.4 - Prevenção | 92 |
| 11.8.3 - Leptospirose..... | 93 |
| 11.8.3.1 - Conceito..... | 93 |
| 11.8.3.2 - Como se pega | 93 |
| 11.8.3.3 - Como se previne | 93 |
| 11.8.4 - Leishmaniose..... | 94 |
| 11.8.4.1 - Conceito..... | 94 |
| 11.8.4.2 - Como se pega | 94 |
| 11.8.4.3 - Prevenção | 94 |
| 11.8.5 - Febre amarela..... | 95 |
| 11.8.5.1 - Conceito..... | 95 |
| 11.8.5.2 - Como se pega | 95 |
| 11.8.5.3 - Prevenção | 95 |
| 11.8.6 - Doença de chagas | 95 |
| 11.8.6.1 - Conceito..... | 95 |
| 11.8.6.2 - Como se pega | 96 |
| 11.8.6.3 - Prevenção | 96 |
| 12 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 97 |

Apresentação



O agente comunitário de saúde – ACS é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade.

No Brasil, atualmente, mais de 200 mil agentes comunitários de saúde estão em atuação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde.

O Ministério da Saúde reconhece que o processo de qualificação dos agentes deve ser permanente. Nesse sentido, esta apostila apresenta as informações gerais sobre o trabalho do agente, que irá ajudá-lo no melhor desenvolvimento de suas ações.

1 - DE ONDE VEM O SUS?

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 Federal é a lei maior de um país, superior a todas as outras leis. Em 1988, o Brasil promulgou a sua 7ª Constituição, também chamada de Constituição Cidadã, pois na sua elaboração houve ampla participação popular e, especialmente, porque ela é voltada para a plena realização da cidadania. É a lei que tem por finalidade máxima construir as condições políticas, econômicas, sociais e culturais que assegurem a concretização ou efetividade dos direitos humanos, num regime de justiça social.

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 196¹ 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.

¹ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 2005.

Políticas sociais e econômicas são aquelas que vão contribuir para que o cidadão possa ter com dignidade: moradia, alimentação, habitação, educação, lazer, cultura, serviços de saúde e meio ambiente saudável.

Conforme está expresso na Constituição, a saúde não está unicamente relacionada à ausência de doença. Ela é determinada pelo modo que vivemos, pelo acesso a bens e consumo, à informação, à educação, ao saneamento, pelo estilo de vida, nossos hábitos, a nossa maneira de viver, nossas escolhas. Isso significa dizer que a saúde é determinada socialmente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”.

O artigo 198 da Constituição define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e devem constituir um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

1. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
2. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. Participação da comunidade.

Em dezembro de 1990, o artigo 198 da Constituição Federal foi regulamentado pela Lei nº 8.080, que é conhecida como Lei Orgânica de Saúde ou Lei do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei estabelece como deve funcionar o sistema de saúde em todo o território nacional e define quem é o gestor em cada esfera de governo. No âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no estadual, o Secretário Estadual de Saúde; no Distrito Federal/DF, o Secretário de Saúde do DF; e, no município, o Secretário Municipal de Saúde. As competências e responsabilidades de cada gestor também foram definidas.

Outra condição expressa no artigo 198 é a participação popular, que foi detalhada posteriormente pela Lei nº 8.142, de dezembro de 1990.

Portanto, para se falar em saúde temos que pensar:

- Na moradia;
- Nas condições de trabalho;
- Na educação;
- No modo como nos divertimos;
- Na alimentação;
- Na organização dos serviços de saúde;
- Na preservação dos recursos naturais e do meio ambiente – mares, rios, lagos, florestas etc.;
- Na valorização das culturas locais;
- Na participação popular;
- No dever do governo de melhorar as condições de vida do povo.

Apesar de ser um sistema de serviços de saúde em construção, com problemas a serem resolvidos e desafios a serem enfrentados para a concretização dos seus princípios e diretrizes, o SUS é uma realidade.

Faz parte do processo de construção a organização e a reorganização do modelo de atenção à saúde, isto é, a forma de organizar a prestação de serviços e as ações de saúde para atender às necessidades e demandas da população, contribuindo, assim, para a solução dos seus problemas de saúde.

Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, como direito de todos e dever do Estado, garantindo atenção contínua e com qualidade aos indivíduos e às coletividades, de acordo com as diferentes necessidades.

1.1 - 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:

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 é princípio fundamental das mudanças previstas pelo SUS, pois garante a todos os brasileiros o direito à saúde.

Integralidade – pelo princípio da integralidade, o SUS deve se organizar de forma que garanta a oferta necessária aos indivíduos e à coletividade, independentemente das condições econômicas, da idade, do local de moradia e outros, com ações e serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A integralidade não ocorre apenas em um único local, mas no sistema como um todo e só será alcançada como resultado do trabalho integrado e solidário dos gestores e trabalhadores da saúde, com seus múltiplos saberes e práticas, assim como da articulação entre os diversos serviços de saúde.

Equidade – o SUS deve disponibilizar serviços que promovam a justiça social, que canalizem maior atenção aos que mais necessitam, diferenciando as necessidades de cada um.

Na organização da atenção à saúde no SUS, a equidade traduz - se no tratamento desigual aos desiguais, devendo o sistema investir mais onde e para quem as necessidades forem maiores. A equidade é, portanto, um princípio de justiça social, cujo objetivo é diminuir desigualdades.

Participação da comunidade – é o princípio que prevê a organização e a participação da comunidade na gestão do SUS.

Essa participação ocorre de maneira oficial por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, na esfera nacional, estadual e municipal. O Conselho de Saúde é um colegiado permanente e deve estar representado de forma paritária, ou seja, com uma maioria dos representantes dos usuários (50%), mas também com os trabalhadores (25%), gestores e prestadores de serviços (25%). Sua função é formular estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde, controlar a execução das políticas de saúde e observar os aspectos financeiros e econômicos do setor, possuindo, portanto, caráter deliberativo.

A Conferência de Saúde se reúne 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. É convocada pelo Poder Executivo (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde) ou, extraordinariamente, pela própria Conferência ou pelo Conselho de Saúde.

Descentralização – esse princípio define que o sistema de saúde se organize tendo uma única direção, com um único gestor em cada esfera de governo. No âmbito nacional, o gestor do SUS é o Ministro da Saúde; no estadual, o Secretário Estadual de Saúde; no Distrito Federal/DF, o Secretário de Saúde do DF; e, no município, o Secretário Municipal de Saúde. Cada gestor, em cada esfera de governo, tem atribuições comuns e competências específicas.

O município tem papel de destaque, pois é lá onde as pessoas moram e onde as coisas acontecem. Em um primeiro momento, a descentralização resultou na responsabilização dos municípios pela organização da

A participação da comunidade, por meio dos Conselhos e Conferências, permite sua intervenção na gestão da saúde. Os cidadãos podem discutir e direcionar os serviços públicos para atender aos seus interesses. Isso é o controle social.

oferta de todas as ações e serviços de saúde. Com o passar do tempo, após experiências de implantação, percebeu-se que nem todo município, dadas suas características sociais, demográficas e geográficas, comportariam assumir a oferta de todas as ações de saúde, e que há situações que devem ser tratadas no nível estadual ou nacional, como é o caso da política de transplantes.

Com o fim de atender às necessárias redefinições de papéis e atribuições das três esferas de gestão (municípios, estados e união) resultantes da implementação do SUS, houve um processo evolutivo de adaptação a esses novos papéis, traduzidos nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/01 e NOAS 01/02). Mais recentemente as referidas Normas foram substituídas por uma nova lógica de pactuação onde cada esfera tem seu papel a ser desempenhado, definido no chamado “Pacto pela Saúde”.

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.

Esses diferentes serviços devem possuir canais de comunicação e se relacionar de maneira que seja garantido o acesso a todos conforme a necessidade do caso, regulado por um eficiente sistema de regulação.

Todas as pessoas têm direito à saúde, mas é importante lembrar que elas possuem necessidades diferentes. Para que se faça justiça social, é necessário um olhar diferenciado, por meio da organização da oferta e acesso aos serviços e ações

de saúde aos mais necessitados, para que sejam minimizados os efeitos das desigualdades sociais.

O SUS determina que a saúde é um direito humano fundamental e é uma conquista do povo brasileiro.

2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é peça fundamental, caracteriza-se pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Essas ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território.

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.

Ações de promoção à saúde são aquelas que vão contribuir para proporcionar autonomia ao indivíduo e à família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos que vão favorecer a sua saúde, relacionadas ao modo de viver, condições de trabalho, educação, lazer e cultura. Reabilitação – ações que contribuem para a redução de incapacidades e deficiências com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Além dos princípios e diretrizes do SUS, a APS orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde, o que chamamos de atenção longitudinal. O

foco da atenção é a pessoa, e não a doença.

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 facilitadoras ou dificultadoras. Um bom exemplo disso pode ser o horário e dias de atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS), a sua localização, ter ou não acesso facilitado para pessoas com deficiência física, entre outras coisas.

As ações e serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização, o que significa dizer que as 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.

O acolhimento é uma das formas de concretizar esse princípio e se caracteriza como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito.

O acolhimento não está restrito a um espaço ou local. É uma postura ética. Não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas.

O ACS tem um papel importante no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe.

A APS tem a capacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da população, mas em algumas situações haverá a necessidade de referenciar o usuário a outros serviços de saúde. Mesmo nesses momentos, a APS tem um importante papel ao desempenhar a função de

O agente deverá identificar o que pode estar dificultando ou facilitando o acesso do usuário na unidade de saúde em que trabalha.

coordenação do cuidado, que é entendido como a capacidade de responsabilizar-se pelo usuário (saber o que está acontecendo com ele) e apoiá-lo, mesmo quando este está sendo acompanhado em outros serviços de saúde.

É na APS em que acontece o trabalho do agente comunitário de saúde (ACS).

Para refletir: Como o ACS pode tornar o trabalho mais humanizado?



3 - APS/SAÚDE DA FAMÍLIA

A rotina de trabalho das equipes inclui o conhecimento do território e da população, da dinâmica familiar e social, que são ferramentas valiosas para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas.

O Ministério da Saúde definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS no País.

Por meio dessa estratégia, 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.

Cada equipe é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS, cujo total não deve ultrapassar 12 ACS. Essa equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais de Odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal. Cabe ao gestor municipal à decisão de incluir ou não outros profissionais às equipes.

Além disso, com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da APS, bem como sua capacidade de resolução dos problemas de saúde, foram criados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Eles podem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento (nutricionista, psicólogo, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico ginecologista, médico homeopata, médico pediatra e médico psiquiatra) que devem atuar em parceria com os profissionais das ESF. Logo, é importante que o agente, saiba se a sua equipe está vinculada a algum Nasf e, em caso positivo, como se dá a articulação entre a ESF e este Nasf.

É necessário que exista entre a comunidade e os profissionais de saúde relação de confiança, atenção e respeito. Essa relação é uma das principais características

da reorganização do processo de trabalho por meio da Saúde da Família e se dá na medida em que os usuários têm suas necessidades de saúde atendidas.

A população sob responsabilidade da equipe deve ser cadastrada e acompanhada, entendendo-se suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive.

Equipe e famílias devem compartilhar responsabilidades pela saúde. Isso é particularmente importante na adequação das ações de saúde às necessidades da população e é uma forma de controle social e participação popular.

A participação popular e o controle social devem ser estimulados na ação cotidiana dos profissionais que atuam na APS.

Muito mais do que apenas o cumprimento da lei, a Estratégia Saúde da Família tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população.



4 – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: VOCÊ É “UM AGENTE DE MUDANÇAS”!

O trabalho do ACS é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que ele é um membro da comunidade e possui um envolvimento pessoal.

É um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce.

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”.

“Ser ACS é, antes de tudo, ser alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem e costumes. Precisa gostar do trabalho. Gostar principalmente de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com o destino de morrer ainda criança...”
Teresa Ramos – ACS, Recife.



Para realizar um bom trabalho, é necessário:

- Conhecer o território;
- Conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de crescer e se desenvolver social e economicamente;
- Ser ativo e ter iniciativa;
- Gostar de aprender coisas novas;
- Observar as pessoas, as coisas, os ambientes;
- Agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais.

Todas as famílias e pessoas do território de cada ACS devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde. Entretanto, a atuação não está restrita ao domicílio, ocorrendo também nos diversos espaços comunitários.

Todas essas ações que estão voltadas para a qualidade de vida das famílias necessitam de posturas empreendedoras por parte da população e, na maioria das vezes, é o ACS que exerce a função de estimular e organizar as reivindicações da comunidade.

A atuação do ACS valoriza questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o conhecimento técnico.

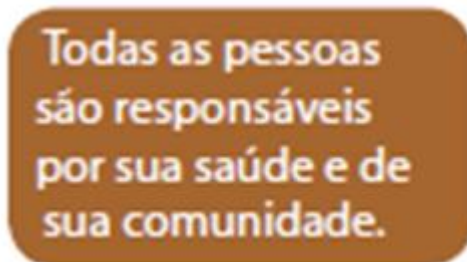
4.1 Detalhando um pouco mais as ações do ACS

O ACS deve estar sempre atento ao que acontece com as famílias do território, identificando com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde. Ao identificar ou tomar conhecimento da situação-problema, precisa conversar com a pessoa e/ou familiares e depois encaminhá-la (los) à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada. Caso a situação-problema seja difícil de ser abordada ou não encontre abertura das pessoas para falar sobre o assunto, deve-se relatar a situação para a equipe.

Os diferentes aspectos de um problema deverão ser examinados cuidadosamente com as pessoas, para que sejam encontradas as melhores soluções. Orientações de prevenção de doenças, promoção à saúde, entre outras estabelecidas pelo planejamento da equipe. Todas as pessoas da comunidade deverão ser acompanhadas, principalmente aquelas em situação de risco.

Há situações em que será necessária a atuação de outros profissionais da equipe, sendo indicado o encaminhamento para a unidade de saúde. O ACS deverá comunicar à equipe quanto à situação encontrada, pois, caso não ocorra o comparecimento à unidade de saúde, deverá ser realizada busca-ativa ou visita domiciliar.

Todas as ações são importantes e a soma delas qualifica o trabalho. No entanto é fundamental compreender a importância da participação popular na construção da saúde, estimulando assim as pessoas da comunidade a participarem das discussões sobre sua saúde e o meio ambiente em que vivem, ajudando a promover a saúde e a construir ambientes saudáveis.



Todas as pessoas
são responsáveis
por sua saúde e de
sua comunidade.

Situações de risco são aquelas em que uma pessoa ou grupo de pessoas “corre perigo”, isto é, tem maior possibilidade ou chance de adoecer ou até mesmo de morrer.

Podemos dizer que o ACS deve:

- Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo;
- Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário;
- Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
- Acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados.

Alguns exemplos de situação de risco:

- Bebês que nascem com menos de dois quilos e meio;
- Crianças que estão desnutridas;
- Filhos de mães que fumam, bebem bebidas alcoólicas e usam drogas na gravidez;
- Gestantes que não fazem o pré-natal;
- Gestantes que fumam;
- Gestantes com diabetes e/ou pressão alta;
- Acamados;
- Pessoas que precisam de cuidadores, mas não possuem alguém que exerça essa função;
- Pessoas com deficiência que não têm acesso às ações e serviços de saúde, sejam estes de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação;
- Pessoas em situação de violência;
- Pessoas que estão com peso acima da média e vida sedentária com ou sem uso do tabaco ou do álcool.

Nesses casos, as pessoas têm mais chance de adoecer e morrer se não forem tomadas as providências necessárias.

É necessário considerar ainda condições que aumentam o risco de as pessoas adoecerem, por exemplo:

- Baixa renda;
- Desemprego;
- Acesso precário a bens e serviços: água, luz elétrica, transporte etc.);
- Falta de água tratada;
- Lixo armazenado em locais inadequados;
- Uso incorreto de venenos na lavoura;
- Poluição do ar ou da água;
- Esgoto a céu aberto;
- Falta de alimentação ou alimentação inadequada;
- Uso inadequado de medicamentos prescritos;
- Automedicação;
- Descontinuidade de tratamento.

A situação de risco pode ser agravada por obstáculos ou fatores que dificultam ou impedem as pessoas de terem acesso às unidades de saúde, como:

- Localização do serviço com barreiras geográficas ou distante da comunidade;
- Ausência de condições para acesso das pessoas com deficiência física: falta de espaço para cadeira de rodas, banheiros não adequados;
- Serviços de transporte urbano insuficientes;
- Horários e dias de atendimento restritos ou em desacordo com a disponibilidade da população;
- Capacidade de atendimento insuficiente;
- Burocratização no atendimento;
- Preconceitos raciais, religiosos, culturais, sociais, entre outros.

Haverá acessibilidade quando esse conjunto de fatores contribuir para o acesso do usuário aos serviços de saúde.

Existem situações de risco que afetam a pessoa individualmente e, portanto, têm soluções individuais. Outras atingem um número maior de pessoas em uma mesma

comunidade, o que irá exigir uma mobilização coletiva, por meio da participação da comunidade integrada às autoridades e serviços públicos. Os Conselhos de Saúde (locais, municipais, estaduais e nacional) e as Conferências são espaços que permitem a participação democrática e organizada da comunidade na busca de soluções.

É importante ressaltar que essa participação não deve restringir apenas aos Conselhos e Conferências, podendo se dar de outras formas – reunião das equipes de saúde com a comunidade e associação de moradores, caixas de sugestões, ouvidoria, disque-denúncia, entre outras.



Risco é qualquer tipo de "perigo" para a saúde das pessoas.

5 O PROCESSO DE TRABALHO DO ACS E DESAFIO DE TRABALHO EM EQUIPE

O processo de trabalho, respondendo aos seguintes objetivos:

- Compreender o processo de trabalho na sua totalidade e a inter-relação dos seus elementos;
- Identificar as especificidades de cada elemento do processo de trabalho e suas implicações práticas;
- Perceber o funcionamento do processo de trabalho numa perspectiva dinâmica e reiterativa;
- Compreender a importância da avaliação constante no processo de trabalho.

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Dito de outra forma, pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto, é fundamental que os profissionais das Estratégias de saúde da família e Unidades Básicas de saúde aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho.

Todo processo de trabalho é realizado para se atingir alguma(s) finalidade(s) determinada(s) previamente. O objetivo do processo de trabalho é a produção de um dado objeto ou condição que determina o produto específico de cada processo de trabalho. Com esse produto, por sua vez, pretende-se responder a alguma necessidade ou expectativa humanas, as quais são determinadas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades.

Trabalhar na área da saúde é atuar em um mundo onde um conjunto de trabalhadores diversos se encontram para produzir cuidado à saúde da população. Se pensarmos no conjunto de trabalhadores de uma unidade de saúde, poderemos observar que cada trabalhador atua em um certo lugar, tem determinadas responsabilidades e produz um conjunto de ações para que esse objetivo seja alcançado. Além disso, para cada ação e responsabilidade, o trabalhador precisa contar com uma série de conhecimentos, saberes e habilidades para conseguir executar da melhor forma possível a sua função.

É muito comum na área da saúde utilizar instrumentos e equipamentos para apoiar a realização das ações de cuidado.

Exemplo: o médico da unidade de saúde tem como uma de suas ações a realização de consultas. O que ele precisa ter para realizar bem essa ação? Para fazer uma boa anamnese (entrevista que busca levantar todos os fatos referentes à pessoa e à doença que ela apresenta) e um bom exame físico, ele precisa contar com conhecimentos técnicos que adquiriu durante a sua formação e durante a sua vida. Nessa atividade, ele provavelmente vai utilizar também alguns instrumentos, como um roteiro/questionário, um estetoscópio (aparelho para escutar o coração, pulmões e abdome), aparelho para medir a pressão, entre outros. Além disso, ele vai precisar ter outra habilidade, que é a das relações, que se mostra no modo como ele consegue interagir com as pessoas atendidas.



Vamos ver então dois exemplos diferentes de como esse médico poderia realizar essa consulta:

1ª situação – **mobilizando mais os conhecimentos técnicos e os instrumentos:** nesta situação o médico cumprimenta o usuário já olhando para a sua ficha/prontuário e começa a fazer perguntas seguindo o roteiro/questionário, anotando as respostas e agindo de modo formal e objetivo. Realiza o exame físico enquanto termina as perguntas do questionário e faz a prescrição e/ou encaminhamento. A consulta termina rapidamente.

2ª situação – **mobilizando os conhecimentos, os instrumentos e a habilidade das relações:** nesta outra situação o médico cumprimenta o usuário, utiliza o roteiro/questionário como guia, mas incentiva e abre espaço para a fala e a escuta do usuário sobre aspectos que não estão no roteiro. Nesse caso, ocorre uma conversa com o usuário para deixá-lo mais à vontade, a fala não se restringe às perguntas do questionário, existe troca de olhares e discussão dos problemas percebidos. O exame físico é realizado e, após todos os esclarecimentos de dúvidas

que o profissional e o usuário julgaram necessários, a prescrição e/ ou encaminhamento é realizado e a consulta é finalizada.

O que vimos acima foram dois exemplos de processo de trabalho diferenciados: um que privilegia os conhecimentos técnicos e os instrumentos, sem dar muita atenção para a relação de cuidado com o usuário (situação 1), e outro em que o profissional utilizou seus conhecimentos técnicos em uma interação que valorizou o aspecto relacional e o cuidado com o usuário (situação 2). Verificamos também, nessa segunda situação, que o instrumento roteiro/questionário serviu como apoio ao processo, e não como elemento central.

Comprovadamente, o atendimento realizado de maneira mais humanizada – situação 2 – traz melhores resultados para a saúde do usuário, pois favorece o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e usuário, aumentando o vínculo e a adesão ao tratamento.

Agora pense no processo de trabalho. Qual é o papel do ACS na unidade e na equipe de saúde? O ACS é um membro da equipe e essencial para o desenvolvimento das ações da Atenção Primária à Saúde.

É de fundamental importância lembrar que o trabalho em saúde tem uma dimensão de cuidado humanizado insubstituível, que ocorre no momento da interação com o usuário nesse encontro programado para produzir cuidado.

O trabalho em equipe

A equipe de saúde é formada por pessoas com histórias, formações, saberes e práticas diferentes. É um conjunto de pessoas que se encontram para produzir o cuidado de uma população. Nessa equipe há sempre movimentos permanentes de articulação/ desarticulação, ânimo/desânimo, invenção/resistência à mudança, crença/descrença no seu trabalho, pois a equipe é viva, está sempre em processo de mudança.

No entanto, somente o fato de as pessoas trabalharem juntas não constitui uma equipe: as pessoas precisam aprender a “ser equipe”. Ou seja: a equipe precisa ser construída.

Para essa construção acontecer, os trabalhadores precisam aprender um “modo-equipe” de trabalhar, reorganizando-se em torno de projetos terapêuticos para assistir os usuários em sua integralidade. É importante que toda a equipe assuma a tarefa de cuidar do usuário, reconhecendo que, para abordar a complexidade do trabalho em saúde, são necessários diferentes olhares, saberes e fazeres.

O seu lugar na equipe de saúde

Para cuidar da saúde da população de um determinado território, a unidade de saúde deve estar organizada de um modo que seus trabalhadores estejam divididos em funções e assumam responsabilidades diferentes e complementares.

Vamos pensar no caso de uma enfermeira da unidade de saúde. Uma de suas atribuições é realizar consultas de enfermagem, no entanto, ela compartilha com o ACS e com os demais membros da equipe uma série de outras responsabilidades e objetivos.

Veja a seguir o quadro com algumas ações que são específicas e outras que são comuns aos profissionais da equipe da unidade de saúde.

Observando o quadro, percebemos que há muitas atividades que são comuns a todos da equipe, afinal, todos atuam no mesmo campo da saúde. Um exercício importante ao olhar para esse quadro é avaliar se aquelas atividades comuns aos diversos trabalhadores estão acontecendo de forma articulada. Isso é um bom indicador de trabalho em equipe, pois quando realizadas em conjunto trazem benefícios para todos.

Como podemos observar no quadro, as atividades de planejamento e avaliação são comuns a todos os trabalhadores e, se realizadas em conjunto, trarão benefícios tanto aos trabalhadores quanto ao trabalho da equipe como um todo.

| Profissionais Ações | ACS | Auxiliar/ Técnico de enfermagem | Enfermeiro | Médico | Agente de controle de endemias | Cirurgião - dentista | Técnico em Saúde Bucal | Auxiliar em Saúde Bucal |
|--|-----|---------------------------------------|------------|--------|--------------------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Realizar planejamento | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Prescrever medicamentos | | | X* | X | | X** | | |
| Realizar visita domiciliar | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Orientação sobre higiene bucal | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Escutar/escolher o usuário | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Realizar cadastramento das famílias*** | X | | | | | | | |
| Realizar avaliação | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Realizar consulta médica | | | | X | | | | |
| Realizar consulta de enfermagem | | | X | | | | | |
| Realizar consulta odontológica | | | | | | X | | |
| Aplicação de larvicida | | | | | X | | | |
| Realizar ações de educação em saúde | X | X | X | X | X | X | X | X |

* Enfermeiro – pode prescrever observando a legislação vigente.

** Cirurgião-dentista – pode prescrever observando a legislação vigente.

*** Realizar cadastramento das famílias é uma atribuição do ACS, mas pode ser desenvolvida pelos demais membros da equipe de saúde.

Semelhantes aos agentes comunitários de saúde (ACS) há os agentes indígenas de saúde (AIS) e os agentes indígenas de saneamento (AISAN), que atuam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) compondo as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), cuidando da saúde indígena nas aldeias no âmbito da APS.

A coleta de dados é uma das etapas do diagnóstico da comunidade, assim como a análise e interpretação dos dados coletados, identificação dos problemas, necessidades, recursos e grupos de risco. Com base nas informações coletadas e analisadas, o próximo passo é o planejamento e programação das ações prioritizadas.

A equipe de saúde precisa conhecer a realidade da comunidade e para tal deverá reunir informações identificando suas principais necessidades em saúde. Com essas informações, será realizado o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento e a execução das ações.

Há diversos instrumentos que podem ser utilizados para a coleta dos dados e cada um deles tem um objetivo. A soma de todos ajuda na construção do diagnóstico.

- Cadastro das famílias;
- Mapa da comunidade;
- Visita domiciliar/ entrevista;
- Reuniões são alguns exemplos.

A saúde indígena é regida por um conjunto de normas que têm como objetivo o estabelecimento de mecanismos específicos para a atenção à saúde dessa população, conformando um subsistema no interior do Sistema Único de Saúde e está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria MS nº 254/2002, integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) com as da Constituição Federal (art. 231), que reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais, bem como estabelece seus direitos sociais.

Etnias são os tipos de povos indígenas, cada povo falando a sua própria língua e vivendo de acordo com as suas crenças e costumes.



5.1 Cadastramento das famílias

A etapa inicial do trabalho do ACS é o cadastramento das famílias do seu território de atuação (micro área) com, no máximo, 750 pessoas. Para realizar o cadastramento, é necessário o preenchimento de fichas específicas.

Conhecer o número de pessoas da comunidade por faixa etária e sexo é importante, pois há doenças que acometem mais crianças do que adultos ou mais mulheres que homens, o que influenciará no planejamento da equipe.

O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso ao saneamento básico, o número de pessoas por sexo e idade, as condições da habitação, o desemprego, as doenças referidas etc.

É importante identificar os diversos estabelecimentos e instituições existentes no território, como escolas, creches, comércio, praças, instituições de longa permanência (ILP), igrejas, templos, cemitério, depósitos de lixo/aterros sanitários etc.

Ao identificar a população indígena, o ACS deve levar em consideração que, mesmo residindo no espaço urbano ou rural, longe de sua aldeia de origem ou em aldeamento não reconhecido oficialmente, o indígena possui o direito de ser acompanhado, respeitando-se as diferenças culturais.

É necessário considerar que o indígena nem sempre tem domínio da língua portuguesa, podendo entender algumas palavras em português, sem compreender a informação, a explicação dada ou mesmo a pergunta realizada. É importante observar e tentar perceber se estão entendendo e o que estão entendendo, cuidando para não constrangê-los. O esforço de comunicação deve ser mútuo de modo a promover o diálogo.

Ainda como informações importantes para o diagnóstico da comunidade, vale destacar a necessidade de identificar outros locais onde os moradores costumam ir para resolver seus problemas de saúde, como casa de benzedeiros ou rezadores,

raizeiros ou pessoas que são conhecidas por saberem orientar sobre nomes de remédio para algumas doenças, bem como saber se procuram serviços (pronto-socorro, hospitais etc.) situados fora de sua área de moradia ou fora do seu município. Também é importante o ACS saber se as pessoas costumam usar remédios caseiros, chás, plantas medicinais, fitoterapia e/ou se utilizam práticas complementares como a homeopatia e acupuntura, e saber se existe disponível na região algum tipo de serviço de saúde que utilize essas práticas.

Ao realizar o cadastramento e identificar os principais problemas de saúde, o trabalho do ACS contribui para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade.

Os dados desse cadastramento devem ser de conhecimento de toda a equipe de saúde.

Os profissionais devem atuar de forma integrada, discutindo e analisando em conjunto as situações identificadas. Tão importante quanto fazer o cadastramento da população é mantê-lo atualizado.

5.1.1 Dando um exemplo

Em uma comunidade, muitos casos de diarreia começaram a acontecer. As pessoas procuravam o posto de saúde ou iam direto ao hospital para se tratar. Eram medicadas, mas pouco tempo depois estavam doentes de novo. Essa situação alertou a equipe de que algo não estava bem.

O ACS, por meio das visitas domiciliares, observou a existência de esgoto a céu aberto próximo a tubulações de água. Além disso, as pessoas daquela comunidade costumavam não proteger adequadamente suas caixas d'água.

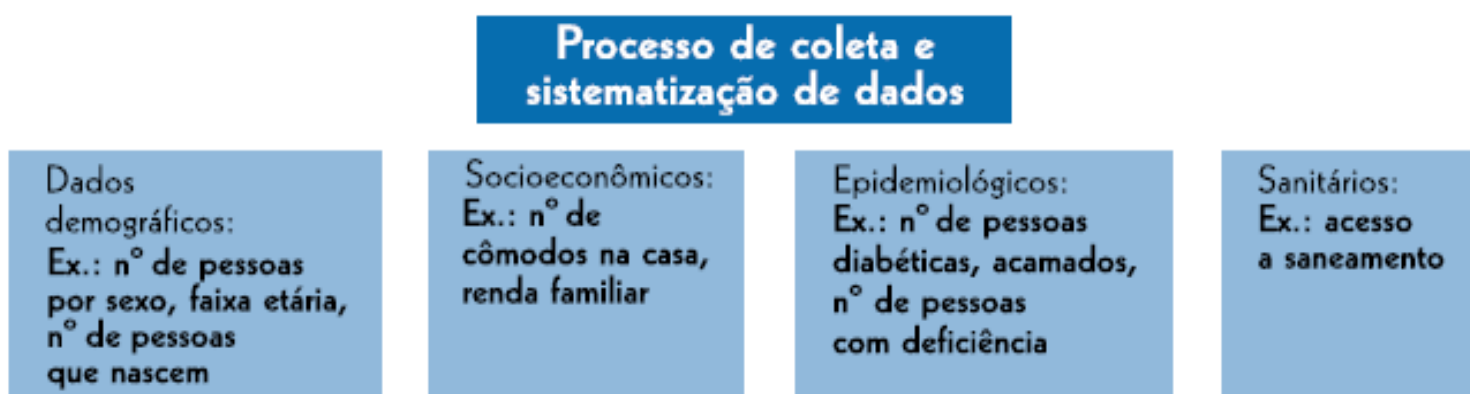
A equipe identificou os fatores de risco e constatou que os casos de diarreia estavam relacionados aos hábitos de vida daquelas pessoas.

Observa-se que um mesmo problema de saúde pode estar relacionado a diferentes causas e que o olhar dos diversos membros da equipe pode contribuir para a resolução do problema.

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, políticoculturais, epidemiológicos e sanitários, identificados por meio do cadastramento, que devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe.

É importante a elaboração de mapa que retrate esse território com a identificação de seus limites, população, número de famílias e outras características.



5.2 Mapeamento da área de atuação

Trabalhar com mapas é uma forma de retratar e aumentar conhecimentos sobre a comunidade. O mapa é um desenho que representa no papel o que existe naquela localidade: ruas, casas, escolas, serviços de saúde, pontes, córregos e outras coisas importantes. O mapa deve ser uma ferramenta indispensável para o trabalho. É o desenho de toda a área/território de atuação.

O mapa pode ajudar a organizar melhor o trabalho.

O conjunto dos mapas produzido pelos ACS formará um grande mapa da área de atuação da equipe de Saúde da Família (eSF).

Esse mapa mais abrangente, feito com todas as informações sobre a área, pode dar origem a outros mais específicos. Como exemplos:

Podemos ter mapas de territórios feitos manualmente com auxílio da comunidade e fotos de territórios utilizando recursos de informática ou internet.

Podem-se destacar as informações das ruas, caminhos e as linhas de ônibus de uma comunidade, desenhando um mapa específico. Em uma região que chove muito, é importante conhecer bem os rios, açudes, lagos, lagoas da região e locais propensos à inundação.

É necessário identificar no território da equipe quais os riscos da micro área.

Como já foi dito anteriormente, o mapa retrata o território onde acontecem mudanças, portanto, **ele é dinâmico e deve ser constantemente atualizado**. O ACS deve sempre ter a cópia do mapa da micro área para facilitar o acompanhamento das mudanças na comunidade.



Figura 1 - Foto ilustrativa de um mapa, construído com o auxílio da comunidade.

Com o mapa o ACS pode:

- Conhecer o caminho mais fácil para chegar aos locais de visitas;
- Marcar as barreiras geográficas que dificultam o caminho das pessoas até os serviços de saúde (rios, morros, mata cerrada, etc.);
- Conhecer a realidade da comunidade e planejar como resolver os problemas de saúde com mais eficácia;
- Planejar as visitas de cada dia sem perder tempo;
- Marcar as micro áreas de risco;
- Identificar com símbolos as situações de risco;
- Identificar com símbolos os grupos prioritários: gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, pessoas acamadas, crianças menores de cinco anos, pessoas com deficiência, usuário de drogas, pessoas com hanseníase, pessoas com tuberculose, etc.



O mapa, juntamente com as informações coletadas no cadastramento das famílias, vai ajudar toda a equipe no diagnóstico de saúde da área.

Entende-se por microáreas de risco aqueles espaços dentro de um território que apresentam condições mais favoráveis ao aparecimento de doenças e acidentes. Por exemplo: área mais propensa à inundação, áreas próximas de barreiras ou encostas, áreas com esgoto a céu aberto e sem água tratada, áreas com maior incidência de crimes e acidentes.

5.3 Visita domiciliar

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. Ao entrar na casa de uma família, o ACS entra não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história.

A sensibilidade/capacidade de compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança é uma das habilidades mais importantes do ACS. Isso ajudará a construir o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação.

Muitas vezes o ACS pode ser a melhor companhia de um idoso ou de uma pessoa deprimida sem extrapolar os limites de suas atribuições. O ACS pode orientar como trocar a fralda de um bebê e pode ser o amigo e conselheiro da pessoa ou da família. Nem sempre é fácil separar o lado pessoal do profissional e os limites da relação ACS/família. Isso pode determinar ou reorganizar seu processo de trabalho e a forma como se vincula à família. Recomenda-se que o ACS estabeleça um bom vínculo com a família, mas saiba dissociar a sua relação pessoal do seu papel como agente comunitário de saúde.

A permissão de entrada em uma casa representa algo muito significativo, que envolve confiança no ACS e merece todo o respeito. É o que poderia ser chamado de "procedimento de alta complexidade" ou pelo menos de "alta delicadeza".

Cada família tem uma dinâmica de vida própria e, com as modificações na estrutura familiar que vêm ocorrendo nos últimos tempos, fica cada vez mais difícil

Visando um maior vínculo, é interessante combinar com a família o melhor horário para realização da visita para não atrapalhar os afazeres da casa.

classificá-la num modelo único. Essas particularidades – ou características próprias – fazem com que determinada conduta ou ação por parte dos agentes e equipe de saúde tenha efeitos diferentes ou atinjam de modo distinto, com maior ou menor intensidade, as diversas famílias assistidas.

O ACS, na função de orientar, monitorar, esclarecer e ouvir, passa a exercer também o papel de educador. Assim, é fundamental que sejam compreendidas as implicações que isso representa.

Para ser bem feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se também o tempo das pessoas visitadas.

Para auxiliar no dia a dia do trabalho, é importante que o ACS tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho. Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada à realidade do momento.

A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita. Chamá-las sempre pelo nome demonstra respeito e interesse por elas.

Na primeira visita, é indispensável que você diga seu nome, fale do seu trabalho, o motivo da visita e sempre pergunte se pode ser recebido naquele momento.

Para o desenvolvimento de um bom trabalho em equipe, é fundamental que tanto o ACS quanto os demais profissionais aprendam a interagir com a comunidade, sem fazer julgamentos quanto à cultura, crenças religiosas, situação socioeconômica, etnia, orientação sexual, deficiência física etc.

Todos os membros da equipe devem respeitar as diferenças entre as pessoas, adotando uma postura de escuta, tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores que não sejam os seus próprios, além de atitudes imparciais.

Após a realização da visita, é importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Enfim, deve-se avaliar e corrigir possíveis falhas. Esse é um passo muito importante que possibilitará planejar as próximas visitas.

Da mesma forma, é necessário partilhar com o restante da equipe essa avaliação, expondo as eventuais dúvidas, os anseios, as dificuldades sentidas e os êxitos.

Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência.

Por meio da visita domiciliar, é possível:

- Identificar os moradores, por faixa etária, sexo e raça, ressaltando situações como gravidez, desnutrição, pessoas com deficiência etc.;
- Conhecer as condições de moradia e de seu entorno, de trabalho, os hábitos, as crenças e os costumes;
- Conhecer os principais problemas de saúde dos moradores da comunidade;
- Perceber quais as orientações que as pessoas mais precisam ter para cuidar melhor da sua saúde e melhorar sua qualidade de vida;
- Ajudar as pessoas a refletir sobre os hábitos prejudiciais à saúde;
- Identificar as famílias que necessitam de acompanhamento mais frequente ou especial;
- Divulgar e explicar o funcionamento do serviço de saúde e quais as atividades disponíveis;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população do território de abrangência da unidade de saúde;

É por meio da visita domiciliar e da sua inserção na comunidade que o agente vai compreendendo a forma de viver, os códigos, as crenças, enfim, a dinâmica de vida das famílias por ele acompanhadas. A visita domiciliar requer, contudo, um saber-fazer que se aprende no cotidiano, mas pode e deve se basear em algumas condutas que demonstrem respeito, atenção, valorização, compromisso e ética.

- Ensinar medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde, como os cuidados de higiene com o corpo, no preparo dos alimentos, com a água de beber e com a casa, incluindo o seu entorno;
- Orientar a população quanto ao uso correto dos medicamentos e a verificação da validade deles;
- Alertar quanto aos cuidados especiais com puérperas, recém-nascidos, idosos, acamados e pessoas portadoras de deficiências;
- Registrar adequadamente as atividades realizadas, assim como outros dados relevantes, para os sistemas nacionais de informação disponíveis para o âmbito da Atenção Primária à Saúde.

5.4 Trabalhando educação em saúde na comunidade

5.4.1 Como trabalhar educação em saúde na comunidade

As ações educativas fazem parte do 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.

Segundo o educador Paulo Freire (1996)¹, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.

O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde.

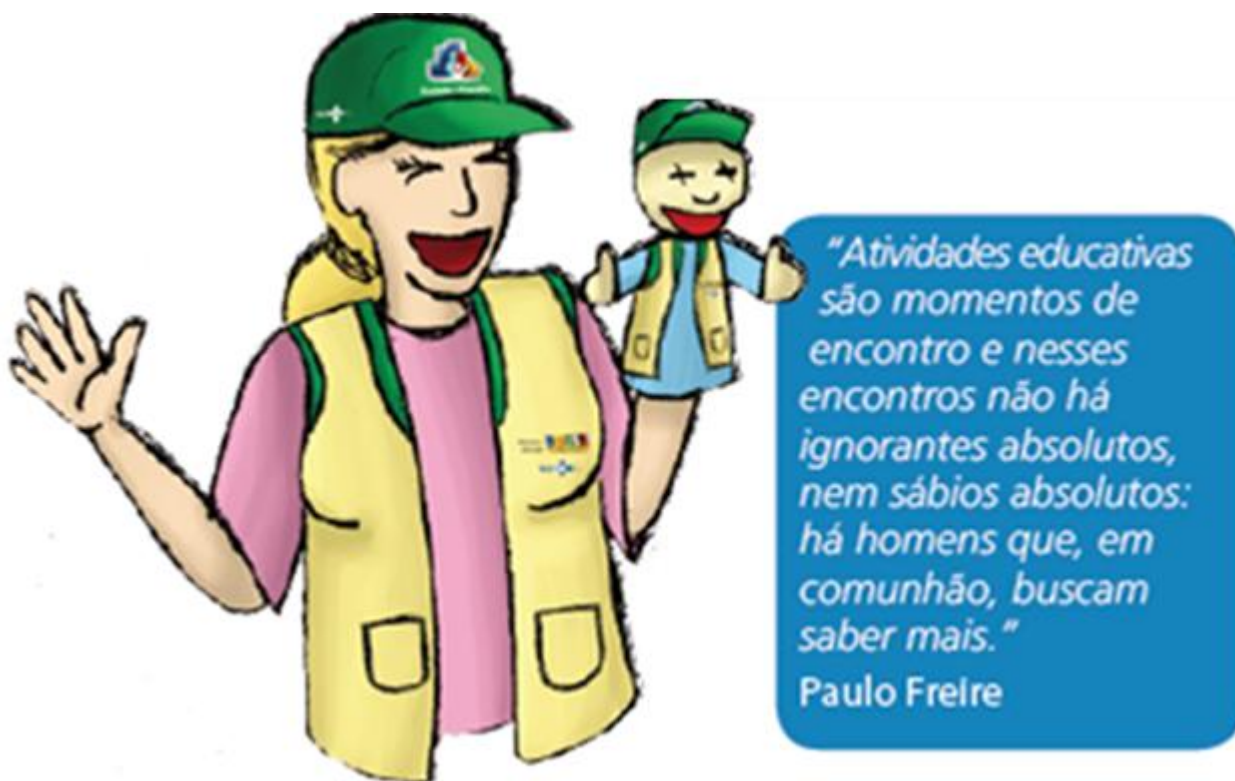
Educar é um processo de construção permanente.

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.

¹ FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.

Existem diferentes metodologias para se trabalhar com grupos. O ACS e a 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.

É importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes permitindo a troca de ideias. Isso estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses.

As ações educativas devem estimular o conhecimento e o cuidado de si mesmo, fortalecendo a autoestima, a autonomia e também os vínculos de solidariedade comunitária, contribuindo para o pleno exercício de poder decidir o melhor para a sua saúde.

5.4.2 Recomendações gerais para atividades educativas

Não há fórmula pronta, mas há passos que podem facilitar o trabalho do ACS com grupos. Inicialmente, deve-se planejar a reunião definindo objetivos, local, dia e horário que facilitem a acomodação e a presença de todos. É importante garantir as

Saber ouvir e acolher o discurso do outro, interagindo sem colocar juízo de valor e reconhecer as características pessoais, emocionais e culturais das pessoas ou grupo, é fundamental para o êxito do trabalho.

condições de acessibilidade no caso de existir pessoas com deficiência física na comunidade e pensar estratégias que facilitem a comunicação no caso de deficiente visual ou auditivo. Não deve esquecer-se de providenciar o material que será utilizado durante a atividade e, se necessário, convidar com antecedência alguém para falar sobre algum assunto específico de interesse da comunidade.

No grupo, ao compartilhar dúvidas, sentimentos e conhecimentos, as pessoas têm a oportunidade de ter um olhar diferente das suas dificuldades. A forma de trabalhar com o grupo (também conhecida como dinâmica de grupo) contribui para o indivíduo perceber suas necessidades, reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação ativa nos atendimentos individuais subsequentes.

Desenvolver atividades educativas faz parte do processo de trabalho de todos os membros da equipe.

Para o desenvolvimento de atividades educativas, recomenda-se:

- 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.

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.

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

- Ter boa capacidade de comunicação;
- Usar linguagem acessível, simples e precisa;
- Ser gentil, favorecendo o vínculo e uma relação de confiança;
- Acolher o saber e o sentir de todos;
- Ter tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores que não sejam os seus próprios;
- Sentir-se confortável para falar sobre o assunto a ser debatido;
- Ter conhecimentos técnicos;

Nas atividades em grupo, é possível que:

- As pessoas que compõem o grupo se conheçam, troquem experiências e informações;
- As pessoas sejam estimuladas a participar mais ativamente, expondo suas experiências e proporcionando a discussão sobre temas que geralmente são comuns a todos;
- O coordenador do grupo trabalhe as informações, ajudando cada um dos participantes a expor suas ideias, estimulando o respeito entre os participantes;
- As pessoas reflitam e tomem consciência de seu papel na resolução dos problemas comuns e da necessidade de buscar apoio.

- 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.

Quem fica parado, esperando que as coisas aconteçam, que os problemas sejam resolvidos, não muda a situação em que vive, não está mobilizado! Não está organizado!



5.5 Participação da comunidade

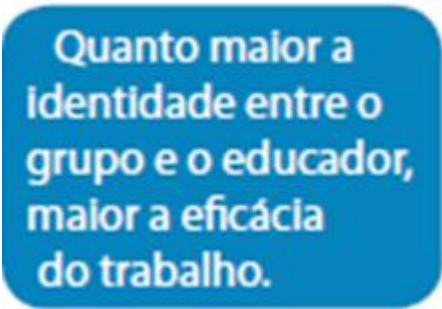
Participação quer dizer tomar parte, partilhar, trocar, ter influência nas decisões e ações. Isso significa que você não trabalha sozinho, nem a equipe de saúde é a única responsável pelas ações de saúde.

É importante participar e auxiliar na organização dos Conselhos Locais de Saúde e estimular as pessoas da comunidade a participarem de todos os Conselhos de Saúde. Também é possível recomendar aos representantes da comunidade a conversarem

com os conselheiros sobre as ações de saúde que já estão sendo desenvolvidas e estratégias para enfrentamento dos problemas que ainda existem.

Cada pessoa da comunidade sabe alguma coisa, sabe fazer alguma coisa e sabe dizer alguma coisa diferente. São os saberes, os fazeres e os dizeres da comunidade. A comunidade funciona quando existe troca de conhecimentos entre todos. Cada um tem um jeito de contribuir, e toda contribuição deve ser considerada e valorizada. Deve se estar muito atento a tudo isso.

A troca de conhecimentos entre as pessoas de uma comunidade faz parte de um processo de educação para a participação em saúde.

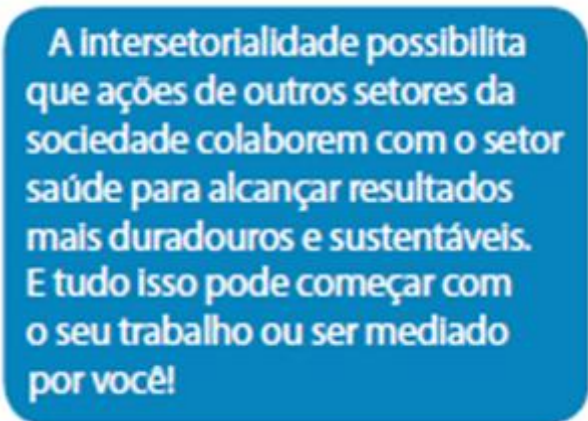


Quanto maior a identidade entre o grupo e o educador, maior a eficácia do trabalho.

5.6 Atuação intersetorial

Muitas vezes a resolução de problemas de saúde requer não só empenho por parte de profissionais e gestores de saúde, mas também o empenho e contribuição de outros setores. Quando se trabalha articuladamente com outros setores da sociedade, aumenta-se a capacidade de oferecer uma resposta mais adequada às necessidades de saúde da comunidade.

Por exemplo, o ACS pode suspeitar de um caso de maus-tratos com uma criança após verificar que há marcas e



A intersetorialidade possibilita que ações de outros setores da sociedade colaborem com o setor saúde para alcançar resultados mais duradouros e sustentáveis. E tudo isso pode começar com o seu trabalho ou ser mediado por você!

hematomas na pele dela. Partilhando esse caso com a equipe, um dos profissionais de saúde verifica no prontuário que a criança é agressiva quando comparece às consultas na unidade e há relato de problemas com o desenvolvimento dela. Sente-se a necessidade de uma visita à casa daquela família e o auxílio de outros profissionais (psicólogo, serviço social etc.). Se constatado algum indício de maus tratos, será necessária uma abordagem que extrapole o campo de atuação da saúde com o envolvimento de órgãos de outras áreas, como o Conselho Tutelar e/ou Juizado da Infância.



O Ministério do Desenvolvimento Social coordena o Programa Bolsa-Família, que visa combater a fome, a pobreza, as desigualdades, promovendo a inclusão social das famílias beneficiárias. Por meio do Bolsa-Família, o governo federal concede mensalmente benefícios em dinheiro para famílias mais necessitadas.

Faz parte do ACS o acompanhamento de todas as gestantes e crianças menores de sete anos de idade contempladas com o benefício do programa.

Os compromissos dos beneficiários são:

Gestante:

- Fazer inscrição do pré-natal e comparecer às consultas, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Participar de atividades educativas sobre aleitamento materno, orientação para uma alimentação saudável da gestante e preparo para o parto.

Mãe ou responsável pelas crianças menores de sete anos:

- Levar a criança à unidade de saúde para a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança;
- Cumprir o calendário de vacinação da criança, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

As ações de saúde que fazem parte das condicionalidades do Programa Bolsa-Família, descritas acima, são universais, ou seja, devem ser ofertadas a todas as pessoas que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS).

6 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

Já falamos muito sobre planejamento, e o que é isso?

Planejar não é improvisar. É preparar e organizar bem o que se irá fazer, acompanhar sua execução, reformular as decisões já tomadas, redirecionar sua execução, se necessário, e avaliar o resultado ao seu término.

No acompanhamento da execução das ações, verifica-se se os objetivos pretendidos estão sendo alcançados ou não, para poder intervir a tempo de modificar o resultado final, alcançando assim seu objetivo.

Quanto mais complexo for o problema, maior é a necessidade de planejar as ações para garantir melhores resultados.

Existem várias formas de fazer planejamento. O centralizado é aquele que não garante a participação social e normalmente não reflete as reais necessidades da população. Já no planejamento participativo, garante-se a participação da população junto à equipe de saúde discutindo seus problemas e encontrando soluções. A população participa na tomada de decisão, assumindo as responsabilidades que lhe cabem. As respostas aos problemas identificados devem ser explicitadas a partir da análise e reflexão entre técnicos e população sobre a realidade concreta, seus problemas, suas necessidades e interesses na área de saúde.

De modo geral, o planejamento é um instrumento de gestão que visa promover o desenvolvimento institucional, objetivando melhorar a qualidade e efetividade do trabalho desenvolvido.

No que se refere às ações de saúde, o planejamento participativo é o mais adequado, na medida em que envolve diversos atores/participantes, permitindo realizar um diagnóstico mais fidedigno da realidade local. A partir daí, torna-se mais fácil uma atuação mais adequada voltada para a melhoria das condições de saúde com o comprometimento de todos com o trabalho.

Planejar bem, portanto, é condição necessária, porém não é suficiente para que as ações de saúde sejam implementadas de forma qualificada, gerando benefícios efetivos para a população em geral.

O ACS de forma sintonizada com a equipe pode planejar o seu trabalho, dando prioridade para aquelas famílias que necessitam ser acompanhadas com maior frequência.

Portanto, as famílias em risco e as que pertencem aos grupos prioritários precisam ser acompanhadas mais de perto. Esse diagnóstico é um ponto de partida para o ACS e equipe organizarem o calendário de visitas domiciliares e demais atividades.

Um dos princípios do planejamento participativo é a flexibilidade, que permite a reformulação das ações planejadas durante sua execução.

Planejar, executar, acompanhar/monitorar e avaliar são igualmente etapas essenciais para um bom resultado.

6.1 Etapas do planejamento

O planejamento pressupõe passos, momentos ou etapas básicas estabelecidos em uma ordem lógica. De forma geral, seguem-se as seguintes etapas:

6.1.1 Diagnóstico

É a primeira etapa do planejamento para quem busca conhecer as características socioeconômicas, culturais e epidemiológicas, entre outras.

As fontes de dados podem ser fichas, bem como anotações próprias, relatórios, livros de atas, aplicação de questionário, entrevistas, dramatização e outras fontes à disposição.

O diagnóstico se compõe de três momentos específicos: levantamento, análise e reflexão dos dados, e priorização das necessidades.

O diagnóstico da comunidade nada mais é do que uma leitura da realidade local. É o momento da identificação dos problemas, suas causas e consequências e principais características da comunidade. É o momento em que também se buscam explicações para os problemas identificados.

6.1.2 Plano de ação

Nesse momento a equipe de saúde, grupos e população interessada definem, entre outros problemas identificados, aqueles que são passíveis de intervenção e que contribuem para a melhoria da saúde da comunidade. Deve-se sempre conhecer a capacidade de realização do trabalho pela equipe e as condições da unidade de saúde. Assim, evitam-se definir objetivos que não têm a execução viável.

O diagnóstico vai mostrar a importância do trabalho do ACS, porque ele vai descrever como estava a situação de saúde antes e como ficou depois de algum tempo de trabalho desenvolvido na comunidade.

O plano de ação que viermos a estabelecer deve ser bem claro e preciso, pois é ele que irá apontar a direção do nosso trabalho.

6.1.2.1 Meta

A meta tem como foco o alcance do trabalho. A meta estabelece concretamente o que se pretende atingir.

6.1.2.2 Estratégia

Na estratégia, são definidos os passos a serem seguidos, os métodos e as técnicas a serem utilizadas nas atividades e as responsabilidades de cada um.

6.1.2.3 Recursos

É o levantamento de tudo que é necessário para realizar a atividade. Recursos humanos, recursos físicos, recursos materiais e recursos financeiros.

6.1.2.4 Cronograma

Cronograma e estratégia estão intimamente ligados. O cronograma organiza a estratégia no tempo.

6.1.3 Execução

Implica operacionalização do plano de ação, ou seja, colocar em prática o que foi planejado.

6.1.4 Acompanhamento e Avaliação

A avaliação deve acompanhar todas as fases do planejamento. Quando realizada após a execução, identifica os resultados alcançados e fornece auxílio para a reprogramação das ações, além de indicar a necessidade de novo diagnóstico ou reformulação do já existente.



7 FERRAMENTAS DE TRABALHO

Todas as informações que o ACS, conseguir sobre a comunidade ajudará na organização do seu trabalho. Algumas dessas informações o agente anota em fichas próprias para compor o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

O agente comunitário de saúde utiliza quatro fichas: Ficha A – cadastramento das famílias; Ficha B – acompanhamento de gestantes; Ficha C – Cartão da Criança; e Ficha D – registro das atividades diárias do ACS.

7.1 Orientações para preenchimento da ficha de cadastramento – Ficha A

As anotações na ficha devem ser feitas de preferência a lápis, pois, se o agente errar ou necessitar atualizar, é só apagar.

No alto, à esquerda, está identificada a **Ficha A**. Depois vem a referência à Secretaria Municipal de Saúde e ao Siab, sistema de informação nacional que constitui ferramenta importante para monitoramento da Estratégia Saúde da Família, para juntar todas as informações de saúde das micro áreas dos municípios brasileiros onde atuam os agentes comunitários de saúde. Assim, as informações registradas na Ficha A vão para a Secretaria de Saúde do município, desta, para a Secretaria de Saúde do Estado e, posteriormente, para o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. É uma forma de o governo federal saber a realidade da saúde das pessoas nos municípios brasileiros e ter mais subsídios para fortalecer a Política Nacional de Atenção Básica.

No canto direito da ficha, ao lado das letras UF (Unidade da Federação), há dois quadrinhos que devem ser preenchidos com as duas letras referentes à sigla do Estado. Por exemplo: PB para Paraíba; MG para Minas Gerais; PE para Pernambuco; GO para Goiás; RS para Rio Grande do Sul; BA para Bahia, e assim por diante.

Logo abaixo, encontra-se o espaço para escrever o endereço da família, com o nome da rua (ou avenida, praça, beco, estrada, fazenda, ou qualquer que seja a denominação), o número da casa, o bairro e o CEP, que é a sigla para Código de Endereçamento Postal.

Na linha de baixo, estão os espaços que devem ser preenchidos com números fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – o código do

município; pela Secretaria Municipal de Saúde – segmento e área; ou pela equipe de saúde – micro área. A equipe de saúde fornece esses números e explica o que eles significam.

Depois estão os três quadrinhos para o próprio agente comunitário de saúde registrar o número da família na ficha. A primeira família será a de número 001, a décima será 010, a décima terceira será 013, a centésima será 100, e assim por diante. Por fim, o espaço para a data, onde o ACS deve colocar o dia, o mês e o ano em que está sendo feito o cadastramento daquela família.

Vamos, agora, continuar a orientação para preencher o cadastro da família:

Abaixo da palavra “nome”, há uma linha reservada para cada pessoa da casa (inclusive os empregados que moram ali) que tenha 15 anos ou mais. À direita, na continuação de cada linha, estão os espaços (campos) para dizer o dia, mês e ano do nascimento, a idade e o sexo de cada pessoa (M para masculino, F para feminino). Caso não tenha informação sobre a data do nascimento, anotar a idade que a pessoa diz ter.

O quadro alfabetizado é para informar se a pessoa sabe ler e escrever, ou não. Não é alfabetizada a pessoa que só sabe escrever o nome. Se é alfabetizada, um X na coluna “sim”. Se não é alfabetizada, um X na coluna “não”. Para ser considerada alfabetizada ela deve saber escrever um bilhete simples.

Depois vem o espaço para informar a ocupação de cada um. É muito importante que se registre com cuidado essa informação. Ocupação é o tipo de trabalho que a pessoa faz. Se a pessoa estiver de férias, licença ou afastada temporariamente do trabalho, o ACS deve anotar a ocupação mesmo assim. O trabalho doméstico é uma ocupação, mesmo que não seja remunerado. Se a pessoa tiver mais de uma ocupação, registre aquela a que ela dedica mais horas de trabalho.

Será considerada desempregada a pessoa que foi desligada do emprego e não está fazendo qualquer atividade, como prestação de serviços a terceiros, “bicos” etc.

Por fim, vem o quadro para registrar o tipo de doença ou condições em que se encontra a pessoa. Não se deve solicitar comprovação de diagnóstico e não se deve registrar os casos que foram tratados e já alcançaram cura.

ATENÇÃO: a família, além de referir doenças, pode e deve referir condições em que as pessoas se encontram, como alcoolismo, deficiência física ou mental, dependência física, idosos acamados, dependência de drogas etc. Nesses casos é muito importante que você anote com cuidado a condição referida. É interessante que você saiba o que se considera deficiência, para saber melhor como anotar essa condição das pessoas. Deficiência é o defeito ou condição física ou mental de duração longa ou permanente que, de alguma forma, dificulta ou impede uma pessoa de realizar determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer. Isso inclui desde situações em que o indivíduo consegue realizar sozinho todas as atividades de que necessita, porém com dificuldade, ou por meio de adaptações, até aquelas em que o indivíduo sempre precisa de ajuda nos cuidados pessoais e outras atividades.

Os campos para “nome, data de nascimento, idade e sexo” devem ser preenchidos como no primeiro quadro de pessoas com 15 anos e mais. No campo destinado a informar se frequenta a escola, marcar com um X se ela está indo ou não à escola. Se ela estiver de férias, mas for continuar os estudos no período seguinte, marcar o X para “sim”.

Anotar a ocupação de crianças e adolescentes é importante no cadastramento, pois irá ajudar a equipe de saúde a procurar as autoridades competentes sobre os direitos da criança e do adolescente, para medidas que possam protegê-los contra violência e exploração.

Veja a situação descrita que serve de exemplo:

A família cadastrada na Ficha A é a família do sr. Nelson, que é composta de sete pessoas: ele, a esposa, três filhos, D. Umbelina (sua mãe) e Ana Rosa (empregada doméstica que mora com eles).

O ACS registrou na ficha os dados de idade, sexo, escolaridade, ocupação e ocorrência de doenças ou condições referidas de todas as pessoas da família.

A data de nascimento de D. Umbelina não foi anotada, porque ela não sabia informar. Mas sabia que tinha mais ou menos 63 anos. Então o ACS anotou no campo “idade”, o número 63.

Cristina tem sete meses, menos de um ano de idade. Assim, o ACS registrou 0 (zero).

Ficha A - frente - modelo

| | | | | | | |
|---------------|--------------|--|---------------|-------------|----------------------|----|
| FICHA A | | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA | | | | UF |
| ENDEREÇO | | | NÚMERO | BAIRRO | CEP - | |
| MUNICÍPIO | SEGMENTO | ÁREA | MICROÁREA | FAMÍLIA | DATA | |

PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS

| NOME | DATA NASC. | IDADE | SEXO | ALFABETIZADO | | OCUPAÇÃO | DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA) |
|------|------------|-------|------|--------------|-----|----------|-------------------------------------|
| | | | | SIM | NÃO | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Os campos do verso da Ficha A servem para caracterizar a situação de moradia e saneamento e outras informações importantes acerca da família.

Repare que há um quadrado para o tipo de casa, com quadradinhos para assinalar com X o material usado na construção. Se o material não é nenhum dos referidos, você tem um espaço para explicar o que foi usado na construção da moradia. É ali onde está escrito “outro – especificar”.

Ficha A, verso - modelo

| SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO | |
|---|--------------------------|
| TIPO DE CASA | |
| Tijolo/Adobe | <input type="checkbox"/> |
| Taipa revestida | <input type="checkbox"/> |
| Taipa não revestida | <input type="checkbox"/> |
| Madeira | <input type="checkbox"/> |
| Material aproveitado | <input type="checkbox"/> |
| Outro - Especificar: | |
| Número de cômodos / peças | <input type="checkbox"/> |
| Energia elétrica | <input type="checkbox"/> |
| DESTINO DO LIXO | |
| Coletado | <input type="checkbox"/> |
| Queimado / Enterrado | <input type="checkbox"/> |
| Céu aberto | <input type="checkbox"/> |
| TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO | |
| Filtração | <input type="checkbox"/> |
| Fervura | <input type="checkbox"/> |
| Cloração | <input type="checkbox"/> |
| Sem tratamento | <input type="checkbox"/> |
| ABASTECIMENTO DE ÁGUA | |
| Rede geral | <input type="checkbox"/> |
| Poço ou nascente | <input type="checkbox"/> |
| Outros | <input type="checkbox"/> |
| DESTINO DE FEZES E URINA | |
| Sistema de esgoto (rede geral) | <input type="checkbox"/> |
| Fossa | <input type="checkbox"/> |
| Céu aberto | <input type="checkbox"/> |

Logo abaixo, contem o lugar onde se informa o número de cômodos. Uma casa com quarto, sala, banheiro e cozinha tem quatro cômodos. Se só há um quarto e uma cozinha, são dois cômodos. Atenção para o que não é considerado cômodo: corredor, alpendre, varanda aberta e outros espaços que pertencem a casa, mas que são utilizados mais como área de circulação.

Abaixo, deve ser informado se a casa tem energia elétrica, mesmo que a instalação não seja regularizada. Em seguida, o destino do lixo.

No lado direito da ficha, estão os quadros para informar sobre o tratamento da água na casa, a origem do abastecimento da água utilizada e qual o destino das fezes e urina.

Na metade de baixo da ficha, estão os quadros para outras informações. Primeiro, há um quadrinho (sim ou não) para dizer se alguém da família possui plano de saúde e outro para informar quantas pessoas são cobertas pelo plano. Logo abaixo, existem quadrinhos para cada letra do nome do plano.

Depois, o ACS deve anotar que tipo de socorro aquela família está acostumada a procurar em caso de doença e quais os meios de comunicação mais utilizados na casa.

À direita, estão os quadros para anotar se aquela família participa de grupos comunitários e para informar que meios de transporte mais utiliza.

Para completar, vem o espaço para registro das observações que considerar importantes a respeito da saúde daquela família.

| OUTRAS INFORMAÇÕES | |
|---|---|
| Alguém da família possui Plano de Saúde? | Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde |
| Nome do Plano de Saúde | |
| EM CASO DE DOENÇA PROCURA | PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS |
| Hospital | Cooperativa |
| Unidade de Saúde | Grupo religioso |
| Benedeira | Associações |
| Farmácia | Outros - Especificar: |
| Outros - Especificar: | MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA |
| MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA | Ônibus |
| Rádio | Caminhão |
| Televisão | Carro |
| Outros - Especificar: | Carroça |
| | Outros - Especificar: |
| OBSERVAÇÕES | |

7.2 Cadastramento e acompanhamento da Ficha B

Na **Ficha B-GES** o ACS cadastra e acompanha mensalmente o estado de saúde das gestantes. A cada visita, os dados da gestante devem ser atualizados nessa ficha, que deve ficar de posse do ACS, sendo discutida mensalmente com o enfermeiro instrutor/supervisor.

| FICHA B - GES | | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE DA FAMÍLIA | | | | | | | | | | | | | | ANO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="6"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|--|----------------|---|---------|---|---|---|---|--|---|---|--|-------------|---|---|---|----------|----------------|--------------|---|---|--|--|------------------|-----------------------|----|----|-------------------------------|---|--|--|---------------------|---------------------|----|--|--|----------------|--|--|
| MUNICÍPIO | | | | | UNIDADE | | | | | ÁREA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> | | | MICROÁREA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> | | | NOME DO ACS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificação da gestante | Data da última regra | Data provável do parto | Data da Vacina | | | | Estado Nutricional: D - Desnutrida N - Nutrida | | | | | | | | | Data da consulta de pré-natal | | | | | | | | | Fatores de risco | Resultado da gestação | | | Data da consulta de puerpério | | | | | | | | | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | R | Mês de gestação | | | | | | | | | Mês de gestação | | | | | | | | | | NV | NM | AB | 1 | 2 | | | | | | | | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: <i>Conceição da Silva</i> | 02/ 12/ 95 | 09/ 09/ 96 | 3/ 5/ 96 | | | | N | N | | | | | | | | | | X | 8/ 3/ 96 | | X | X | | | | | | | | | | | 2/ 8/ 96 | 6 ou mais gestações | 1/ | | | 9/ 9/ 96 | | |
| Endereço: Praça do Rosário, 14 Centro | OBS: | | | | | | | | | | | | | Sangramento | | Edema | | Diabetes | | Pressão alta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: <i>Maria de Fátima</i> | 30/ 05/ 96 | 06/ 02/ 97 | | | | | | D | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 6 ou mais gestações | | | | | | | |
| Endereço: Praça do Rosário, 14 Centro | OBS: | | | | | | | | | | | | | Sangramento | | Edema | | Diabetes | | Pressão alta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 ou mais gestações | | | | | | |
| Endereço: | OBS: | | | | | | | | | | | | | Sangramento | | Edema | | Diabetes | | Pressão alta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A **Ficha B-HA** serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos hipertensos.

Atenção: só devem ser cadastradas as pessoas com diagnóstico médico estabelecido.

Os casos suspeitos (referência de hipertensão ou pressão arterial acima dos padrões de normalidade) devem ser encaminhados imediatamente à Unidade Básica de Saúde para realização de consulta médica. Só após esse procedimento, com o diagnóstico médico estabelecido, é que o ACS cadastra e acompanha o hipertenso.

| FICHA B - HA | | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE DA FAMÍLIA | | | | | | | | | | | | ANO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> | | | | |
|--|------|--|---------|---|-------------------------|--------|--------|--|--------|--------|---|--------|--------------|---|-----|-----|-----|-------------|
| MUNICÍPIO <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> | | | | UNIDADE <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> | | | | ÁREA <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> | | | MICROÁREA <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> | | NOME DO ACS: | | | | | |
| ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificação | Sexo | Idade | Fumante | | | Meses | | | | | | | | | | | | Observações |
| | | | sim | não | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | |
| Nome: <i>Umbelina Lima Souza</i> Endereço: <i>Praça do Rosário, 14 - Centro</i> | F | 63 | | X | Faz dieta | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | |
| | | | | | Toma a medicação | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| | | | | | Faz exercícios físicos | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Pressão arterial | 130x90 | 130x90 | 120x90 | 130x90 | 130x90 | 120x90 | 140x90 | 140x90 | 120x90 | | | | |
| | | | | | Data da última consulta | 25 | 10 | 2 | 8 | 9 | 2 | 1 | 8 | 10 | | | | |
| Nome: Endereço: | | | | | Faz dieta | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Toma a medicação | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Faz exercícios físicos | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Pressão arterial | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: Endereço: | | | | | Faz dieta | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Toma a medicação | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Faz exercícios físicos | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Pressão arterial | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | |

A **Ficha B-DIA** serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos diabéticos.

Atenção: só devem ser cadastradas as pessoas com diagnóstico médico estabelecido.

Os casos suspeitos (referência de diabetes) devem ser encaminhados à Unidade Básica de Saúde para realização de consulta médica. Só após esse procedimento é que o ACS cadastra e acompanha o diabético. Os casos de diabetes gestacional não devem ser cadastrados nessa ficha.

| FICHA B - DIA | | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE DA FAMÍLIA | | | | | | | | | | | ANO | | | | | |
|---|------|--|---------------------------|-------|----------------------------|-----|-----|------------------------|-----|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|--|--|
| MUNICÍPIO [][][]4[][2][][0][][6] | | UNIDADE [][][][][0][][0][][2] | | | ÁREA [][][0][][0][][1] | | | MICROÁREA [0][][1] | | NOME DO ACS: | | | | | | | | |
| ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificação | Sexo | Idade | | Meses | | | | | | | | | | | | Observações | | |
| | | | | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | | | |
| Nome: <i>Umbelina Lima Souza</i> Endereço: <i>Praça do Rosário, 14 - Centro</i> | F | 63 | Faz dieta | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| | | | Faz exercícios físicos | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Usa insulina | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Toma hipoglicemiante oral | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| | | | Data da última consulta | 25 | 10 | 2 | 8 | 9 | 2 | 1 | 8 | 10 | | | | | | |
| Nome: Endereço: | | | Faz dieta | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Faz exercícios físicos | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Usa insulina | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Toma hipoglicemiante oral | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: Endereço: | | | Faz dieta | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Faz exercícios físicos | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Usa insulina | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Toma hipoglicemiante oral | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Data da última consulta | | | | | | | | | | | | | | | |

A **Ficha B-TB** serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com tuberculose. A cada visita os dados dessa ficha devem ser atualizados. Ela fica de posse do ACS e deve ser revisada periodicamente pelo enfermeiro instrutor/supervisor.

A **Ficha B-HAN** serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com hanseníase.

Assim como na ficha B da gestante, o ACS deve atualizar os dados específicos de cada ficha a cada visita realizada por ele. Esta ficha permanece com o ACS, pois é de sua responsabilidade, e deve ser revisada periodicamente pelo enfermeiro instrutor/supervisor.

Deve-se lembrar que sempre ao se cadastrar um caso novo, seja de gestante, hipertenso, diabético, seja de pacientes com tuberculose ou hanseníase, o agente comunitário de saúde deve discutir com o enfermeiro instrutor/supervisor, solicitando auxílio para o preenchimento e acompanhamento deles.

7.3 Orientações para preenchimento da Ficha C – cópia das informações pertinentes da Caderneta da Criança

Ficha C – é o instrumento utilizado para o acompanhamento da criança. A Ficha C é uma cópia das informações pertinentes da Caderneta da Criança, padronizada pelo Ministério da Saúde e utilizada pelos diversos serviços de saúde. Essa Caderneta é produzida em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e outro para a criança de sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos deve possuir essa caderneta, que servirá como fonte de dados que serão coletados pelos ACS.

O ACS deverá transcrever para o seu cartão sombra/cartão espelho os dados registrados na Caderneta da Criança.

Caso a família não a tenha, o ACS deverá preencher o cartão sombra com base nas informações referidas e orientar a família a procurar à unidade de saúde em que realizou as vacinas para providenciar a 2ª via.

No Guia Prático do ACS, contem as informações sobre esquema vacinal da criança e sobre o correto preenchimento das curvas de crescimento.

7.4 Orientações para preenchimento da Ficha D – registro de atividades, procedimentos e notificações

A **Ficha D** é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde. Cada profissional entrega uma Ficha D preenchida ao final do mês. O preenchimento desse instrumento deve ser diário, considerando-se os dias efetivos de trabalho em cada mês.

Mês - número do mês correspondente.

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------|--|---------------------|----------------------|---|----------------|---------------------|--|
| FICHA D | | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA | | | | | ANO 1 9 9 7 | |
| MUNICÍPIO 3 5 7 8 9 4 | SEGMENTO 0 1 | UNIDADE 0 3 5 5 6 6 | ÁREA 0 0 1 | MICROÁREA 0 1 | PROFISSIONAL 7 7 • 0 1 1 | MÊS 0 1 | | |

| REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES | | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|
| DIAS ⇨ | 01 | 02 | 03 | 04 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 14 | ... | Total |

O primeiro quadro da ficha, onde estão os espaços para município, segmento, unidade etc., será preenchida pelo ACS com a ajuda do enfermeiro de sua unidade de saúde, que é o responsável pelo seu trabalho e que realizará a orientação e a supervisão.

Como a ficha é única para todos os profissionais, o ACS só irá anotar o que é específico do seu trabalho, que está no verso da Ficha D.

| | DIAS ⇨ | 01 | | | | | | | Total |
|---|--|----|--|--|--|--|--|--|-------|
| P R O C E D I M E N T O S | Atendimento específico para AT | 01 | | | | | | | |
| | Visita de Inspeção Sanitária | | | | | | | | |
| | Atend. Individual prof. nível superior | 17 | | | | | | | |
| | Curativos | 2 | | | | | | | |
| | Inalações | | | | | | | | |
| | Injeções | | | | | | | | |
| | Retirada de pontos | 01 | | | | | | | |
| | Terapia de Reidratação Oral | | | | | | | | |
| | Sutura | | | | | | | | |
| | Atend. Grupo - Educ. em Saúde | 1 | | | | | | | |
| | Procedimentos Coletivos I (PCI) | | | | | | | | 25 |
| | Reuniões | | | | | | | | |
| | Visita domiciliar | 02 | | | | | | | |

No quadro destinado a informar sobre os “Procedimentos”, você vai registrar nas duas últimas linhas: “Reuniões e Visita Domiciliar”.

Reuniões – o ACS vai registrar o número de reuniões realizadas por ele, que contaram com a participação de 10 ou mais pessoas, com duração mínima de 30 minutos e com o objetivo de disseminar informações, discutir estratégias de superação de problemas de saúde ou de contribuir para a organização comunitária.

Visita domiciliar – o ACS vai registrar todas as visitas domiciliares realizadas, por qualquer que seja a finalidade.

Logo no início do quadro “Notificações”, há três linhas onde o ACS deve anotar as notificações feitas por ele sobre as crianças menores de dois anos que tiveram diarreia e infecções respiratórias agudas.

| | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| N O T I F I C A Ç Õ E S | A C S | < 2 anos que tiveram diarreia | 12 | | | | | | | |
| | | < 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO | 10 | | | | | | | |
| | | < 2 anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda | 8 | | | | | | | |
| | M E D I C I N A | E | < 5 anos que tiveram pneumonia | | | | | | | |
| | | | Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos | | | | | | | |
| | | | Acidente Vascular Cerebral | | | | | | | |
| | | | Infarto Agudo do Miocárdio | | | | | | | |
| | | | DHEG (forma grave) | | | | | | | |
| | | | Doença Hemolítica Perinatal | | | | | | | |
| | | | Fratura de colo de fêmur em > 50 | | | | | | | |
| | | | Meningite Tuberculosa em < 5 | | | | | | | |
| | | | Hanseníase Incapacidade II e III | | | | | | | |
| | | | Citologia Oncótica NIC III/Carcinoma <i>in situ</i> | | | | | | | |

< 2a – Menores de dois anos que tiveram diarreia – registrar o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram um ou mais episódios de diarreia, nos 15 dias anteriores à visita domiciliar.

< 2a – Menores de dois anos que tiveram diarreia e usaram terapia de reidratação oral (TRO) – registrar o número de crianças com idade de até 23 meses e 29 dias que tiveram diarreia nos 15 dias anteriores à visita domiciliar e usaram solução de reidratação oral (soro caseiro ou soro de reidratação oral – SRO – distribuído pela Unidade de Saúde ou comprados na farmácia). Não anotar as crianças que utilizaram somente chás, sucos ou outros líquidos.

< 2a – Menores de dois anos que tiveram infecção respiratória aguda – registrar o número de crianças com idade até 23 meses e 29 dias que tiveram infecção respiratória aguda nos 15 dias anteriores à visita domiciliar.

Hospitalizações – o ACS deve preencher esse quadro cada vez que tomar conhecimento de qualquer caso de hospitalização de pessoas da comunidade onde ele atua, no mês de referência ou no mês anterior:

Data – registre dia e mês da hospitalização.

Nome – anote o nome completo da pessoa que foi hospitalizada.

Endereço – anote o endereço completo da pessoa que foi hospitalizada.

Sexo – marque F para feminino e M para masculino.

Idade – anote a idade em anos completos. Se a pessoa for menor de um ano, registrar a idade em meses.

Causa – registre a causa da hospitalização informada pela família ou obtida por meio de laudos médicos.

Nome do hospital – anote o nome do hospital onde a pessoa foi internada.

| HOSPITALIZAÇÕES | | | | | | |
|-----------------|---------------------|--|------|-------|----------------------------------|-----------------------------|
| DATA | NOME | ENDEREÇO | SEXO | IDADE | CAUSA | NOME DO HOSPITAL |
| 20/09 | Marta P. de Alencar | Rua Martins Fontes, 49 Fone: 574-2749 | F | 36 | Alcoolismo | Hospital Piniel |
| 14/10 | Tales Machiori | Rua das Palmeiras, 77 | M | 21 | Traumatismo Crânio-Encefálico | Santa Casa de Alta Vista |
| 21/10 | Pedro Padilha | Rua Projetada, s/n | M | 68 | Acidente Vascular Cerebral | Santa Casa de Alta Vista |

Veja uma situação que serve de exemplo:

Valéria, agente comunitária de saúde, ao realizar as visitas domiciliares no mês de outubro, soube da ocorrência de três internações na sua micro área. A primeira, de dona Marta Pereira de Alencar, ocorreu no mês de setembro, em data posterior à visita que a ACS realizou à família de dona Marta, devendo ser então registrada na ficha de outubro. Os outros dois casos ocorreram ainda no mês de outubro. Observe como o exemplo foi registrado na ficha.

Óbitos – o ACS deve anotar todo óbito ocorrido no mês de referência e no anterior:

Data – registrar dia e mês da ocorrência do óbito.

Nome – anote o nome completo da pessoa que faleceu.

Endereço – anote o endereço completo da pessoa que faleceu.

Sexo – marque F para feminino e marque M para masculino.

Idade – anote a idade em anos completos. Se a pessoa for menor de um ano, registre a sua idade em meses.

Causa – registre a causa do óbito, segundo as informações da família ou obtida por meio de atestado de óbito.

| | DATA | NOME | ENDEREÇO | SEXO | IDADE | CAUSA |
|----------------------------|-------|---------------------|--|------|-------|----------------------|
| Ó B I T O S | 27/09 | Marco Antônio Souto | Rua Vicente Prado, 121 Fone: 667877 | M | 9 m | diarreia |
| | 15/10 | Antônia da Silva | Rua das Tabocas, 412 | F | 61 | hipertensão arterial |

8 SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA

A Estratégia de Saúde da Família busca o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo e para promover a operacionalização das ações definiu-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas foram definidas ao longo do tempo de acordo com prioridades e pactuações.

É comum dividir o ciclo da vida em fases que o indivíduo experimenta entre o nascimento e a morte. Elas estão dispostas em uma sequência que acompanha a idade da pessoa e apresenta algum grau de previsibilidade quanto ao seu início e/ou encerramento e, conseqüentemente, quanto a sua duração..

A ideia em se dividir a atuação da atenção primária por ciclos de vida se remete ao princípio da integralidade, visto que em uma família pode ter adultos, adolescentes, idosos e crianças. Não se tem dúvida de que a divisão do ciclo de vida em fase é de grande utilidade metodológica.

Segue os principais ciclos de vida:

8.1 Saúde da criança

Para o Agente Comunitário de Saúde o acompanhamento de crianças é uma etapa fundamental e prioritária de seu trabalho, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção à saúde.

Entre as ações de prevenção das doenças e promoção à saúde, está 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.

Dentre essas, destacamos:



8.1.1 Triagem neonatal

O teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho fazem parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal (recém-nascido), criado em 2001 pelo Ministério da Saúde, com objetivo de diagnosticar diversas doenças a tempo de fazer o tratamento precocemente, reduzindo ou eliminando sequelas, como o retardo mental, surdez e cegueira.

8.1.1.1 Teste do pezinho

O teste do pezinho deve ser realizado imediatamente entre o terceiro e o sétimo dia de vida do bebê. A partir desse prazo, oriente para fazer o exame o mais cedo possível, preferencialmente dentro de 30 dias após o nascimento.

O exame revela doenças que podem causar graves problemas ao desenvolvimento e crescimento do bebê, que são irreversíveis se não diagnosticadas e logo tratadas. Por isso a importância da sua realização o mais cedo possível.



8.1.1.2 Teste da orelhinha

É um exame que pode detectar precocemente se o bebê tem algum problema de audição. Ele é realizado no próprio berçário, quando o bebê está quieto dormindo, de preferência nas primeiras 48 horas de vida, mas pode ser feito após alguns meses de vida, em outro serviço de saúde conveniado, se a maternidade não tiver fonoaudiólogos para realizar o exame.

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.

8.1.1.3 Teste do olhinho

Também conhecido como exame do reflexo vermelho, ele 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/USF pelo médico treinado, nos três primeiros anos de vida.

8.1.2 Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança

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).

Na rede de atenção primária, existe o cronograma de acompanhamento periódico com equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista) desde o nascimento até 10 anos de idade. A avaliação do CD (Crescimento e Desenvolvimento) é realizada em todas as consultas realizadas pela equipe.

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.

8.2 Caderneta de saúde da criança

A Caderneta de Saúde da Criança existe para acompanhar e avaliar o crescimento e desenvolvimento até os 10 anos. Existe uma caderneta para meninas e outra para meninos porque o seu crescimento é diferente.

A unidade de saúde e o agente comunitário de saúde devem ter uma cópia da ficha vacinal e do gráfico de crescimento de cada criança, essa cópia é conhecida como cartão sombra ou cartão espelho. Isso ajudará no acompanhamento sobre a saúde e o crescimento e desenvolvimento da criança.



Calendário Vacinal

O calendário vacinal contém as vacinas obrigatórias na infância. Doses que devem ser obedecidas e seguidas. O cumprimento deste previne doenças graves na infância.

Segue esquema em quadro para melhor visualização:

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

| Idade | vacina | dose | Indicação (prevenção) |
|--------------|---|-------------|---|
| Ao nascer | BCG - ID | dose única | Formas graves de tuberculose |
| | Vacina contra hepatite B (1) | 1ª dose | Hepatite B |
| 1 mês | Vacina contra hepatite B | 2ª dose | Hepatite B |
| 2 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2) | 1ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenza e tipo b |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 1ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | <i>VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3)</i> | 1ª dose | Diarréia por Rotavírus |
| | <i>Vacina Pneumocócica 10 (conjugada)</i> | 1ª dose | Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo |
| 3 meses | <i>Vacina meningocócica C (conjugada)</i> | 1ª dose | Doença invasiva causada por Neisseria Meningitidis do Sorogrupo C |

| | | | |
|----------------|--|---------|---|
| 4 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 2ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> e tipo b |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 2ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4) | 2ª dose | Diarréia por Rotavírus |
| | <i>Vacina Pneumocócica 10</i> | 2ª dose | Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo |
| 5 meses | Vacina Meningocócica C | 2ª dose | Doença invasiva causada por <i>Neisseria Meningitidis</i> do Sorogrupo C |
| 6 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 3ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> e tipo b |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 3ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | Vacina contra hepatite B | 3ª dose | Hepatite B |
| | <i>Vacina Pneumocócica 10</i> | 3ª dose | Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo |

| | | | |
|-------------------|--|------------------------|--|
| 9 meses | Vacina contra febre amarela (5) | dose inicial | Febre amarela |
| 12 meses | SRC (tríplice viral) | dose única | Sarampo, rubéola e caxumba |
| | <i>Vacina Pneumocócica 10</i> | reforço | Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo |
| 15 meses | VOP (vacina oral contra pólio) | reforço | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | DTP (tríplice bacteriana) | 1º reforço | Difteria, tétano e coqueluche |
| | Vacina Meningocócica C | reforço | Doença invasiva causada por <i>Neisseria Meningitidis</i> do Sorogrupo C |
| 4 - 6 anos | DTP (tríplice bacteriana) | 2º reforço | Difteria, tétano e coqueluche |
| | SRC (tríplice viral) | reforço | Sarampo, rubéola e caxumba |
| 10 anos | Vacina contra febre amarela | Reforço a cada 10 anos | Febre amarela |

8.3 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 e quantas vezes julgar necessário.

Nas visitas domiciliares, o ACS reforça as orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, alimentação, a manter o esquema de vacinação sempre atualizado, medidas para higiene e cuidado com a criança, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sinais de violência e maus tratos.

Assim estará contribuindo para a manutenção e promoção à saúde das crianças das famílias que moram na área de atuação.

9 SAÚDE DO ADOLESCENTE

A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de **12 a 18** anos como adolescência, os direitos desse grupo são assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 13/7/1990. Porém, os serviços de saúde consideram adolescência a fase entre 10 e 19 anos, pois considera a adolescência 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.



Atualmente existe um programa voltado para escolares, chamado Programa Saúde nas Escolas (PSE). O profissional que trabalha com adolescentes deve entendê-los, 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.

10 SAÚDE DO ADULTO

Atualmente, a ciência tem avançado através de descobertas que vem proporcionando ao homem oportunidades de prolongar, consideravelmente, seu tempo vital, refletindo-se na sua expectativa de vida. O homem vem perseguindo essa intenção desde a era primitiva, buscando entender as questões de vida e morte como inquietações fundamentais. Diante disto, a investigação sobre doenças passa a ser necessidade essencial para a sobrevivência dos homens.

Muitas investigações em torno da saúde do adulto (entende-se por adulto idade entre 20 e 59 anos) tem como objetivo compreender o processos saúde-doença, sendo que alguns contemplam a situações crônicas de saúde, especificamente; dentro desse esforço de ampliar a discussão sobre o processo saúde-doença, busca-se compreender a condição crônica de saúde do adulto numa perspectiva de viver com saúde, uma vez que as pessoas nessa condição buscam promover adaptações, de modo a equilibrar os danos e limitações causados pelas doenças, ou situações de vida ou com medidas de promoção de saúde.

Os programas que envolvem a saúde do adulto são: Saúde do Homem, Saúde da Mulher e doenças mais incidentes neste grupo (hanseníase, tuberculose, diabetes mellitus, hipertensão arterial).

10.1 Saúde do homem

Diferentemente das mulheres, os homens não costumam procurar os serviços de saúde. A baixa procura tem o fator cultural como uma das explicações: o homem é criado para ser provedor, ser forte, não chorar, não adoecer. Para muitos, doença é sinal de fragilidade, de fraqueza. Isso faz com que não busquem antecipadamente

ajuda nos serviços de saúde, levando-os à morte por doenças que, se diagnosticadas mais cedo, poderiam ser evitadas.

Os homens estão mais expostos aos riscos de adoecerem por problemas relacionados à falta de exercícios físicos, alimentação com excesso de gordura, aumento de peso e à violência por causas externas (brigas, acidentes no trânsito, assassinatos, homicídios etc.).

É importante reverter o preconceito e sensibilizar os homens para a mudança dessa forma de pensar e agir, por isto, é necessário que seja dado um direcionamento para que o homem procure a unidade básica de saúde buscando a prevenção e o tratamento das doenças.

Os problemas mais comuns que afetam a saúde dos homens são: disfunção erétil, câncer de próstata e de pênis.

Disfunção erétil

A disfunção erétil é popularmente conhecida como impotência sexual, pode ser de grande importância, pois esta repercute na vida familiar e no convívio social do indivíduo, muitas vezes sendo causa de sofrimento psíquico para ele. A disfunção erétil afeta principalmente homens de faixa etária mais elevada, mas pode também estar presente em indivíduos mais jovens.

A disfunção erétil pode estar relacionada a causas orgânicas e psicológicas dentro destas destacamos:

- Psicológicas: ansiedade, depressão, culpa.
- Orgânicas: hipertensão, diabetes, alterações hormonais, uso de drogas (fumo, álcool, antidepressivos, maconha, heroína, cocaína e outros).

Câncer de próstata

O câncer de próstata surge quando, por razões ainda não conhecidas pela ciência, as células da próstata (glândula que se localiza na parte baixa do abdômen no homem) passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada, levando à formação de um tumor. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos do corpo e podendo levar à morte. Uma grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta que não chega a dar sintomas durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem. A prevalência de câncer de próstata se dá em homens com idade superior a 50 anos e naqueles com história de pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos.

Sabe-se que a adoção de hábitos saudáveis de vida é capaz de evitar o desenvolvimento de certas doenças, entre elas o câncer, no entanto, não são conhecidas formas específicas de prevenção do câncer de próstata.

Câncer de pênis

O câncer de pênis é um tumor raro, com maior incidência em indivíduos a partir de 50 anos de idade, muito embora tumores malignos do pênis podem ser encontrados em indivíduos jovens. Este câncer atinge o pênis (órgão sexual masculino) e está muito ligado às condições de higiene íntima do indivíduo e as baixas condições socioeconômicas e de instrução, e à má higiene íntima de indivíduos não circuncidados (fimose).

Outros problemas comuns que afetam a saúde dos homens, mais que não são exclusivamente relacionados a ele, são:

- Alcoolismo
- Tabagismo
- Drogas ilícitas
- Violência
- Hipertensão arterial e
- Diabetes mellitus

10.2 Saúde da mulher

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher envolve ações que abrangem a assistência em todas as fases da vida, clínico ginecológico, no campo da reprodução (planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas (câncer de colo de útero e mama). O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres.

10.2.1 Planejamento familiar

O planejamento familiar no Brasil é regulamentado pela lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, baseia-se no respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Consiste em refletir sobre o desejo de ter ou não ter filhos, decidir e escolher a forma de realizá-lo. Pode



ser feito pelo homem, pela mulher ou pelo casal – adolescente, jovem ou adulto –, independentemente de terem ou não uma união estável ou de constituírem uma família convencional.

10.2.2 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.

10.2.3 Prevenção do câncer de mama e de colo de útero

As alterações na mama podem ser detectadas precocemente na unidade de saúde por meio da realização do exame clínico das mamas pelo médico e/ou enfermeiro. O Agente Comunitário de Saúde pode orientar a mulher a realização do autoexame das mamas. O autoexame das mamas deve ser realizado uma vez por mês, a melhor época é uma semana após a menstruação. Para as mulheres que não menstruam (menopausadas ou que fazem uso de anticoncepcionais sem interrupção), o autoexame deve ser feito em um mesmo dia de cada mês à sua livre escolha, por exemplo, todo dia 15.

O câncer de colo de útero pode ser detectado precocemente por meio do exame preventivo do câncer cérvico uterino (PCCU), também conhecido como exame citopatológico de colo uterino ou Papanicolau. O exame é realizado nas unidades de saúde.

Quem deve fazer o Papanicolau?

- Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade;
- Mulheres grávidas podem fazer tranquilamente o preventivo sem prejuízo para si ou para o bebê.

Inicialmente, o exame deve ser feito uma vez por ano. Se em dois anos seguidos, o exame apresentar resultado normal poderá ser repetido a cada três anos.

Para realização do exame, são necessários alguns cuidados:

- Não ter relações sexuais com penetração vaginal, nem mesmo com camisinha, 48 horas antes do exame;
- Não usar duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais 48 horas antes do exame;
- Não deve ser feito quando estiver menstruada, pois a presença de sangue pode alterar o resultado.

10.3 Hanseníase

10.3.1 Conceito

A hanseníase, conhecida também como Lepra, doença de Hansen, é uma doença infecciosa crônica, causada pela bactéria denominada de *Mycobacterium leprae* e afeta predominantemente a pele (com aparecimento de manchas com alteração de sensibilidade), nervos periféricos e membranas mucosas.

É uma doença bastante antiga, sua existência data de 600 a.C. e atinge vários países, sendo considerada uma das endemias de prioridade pela Organização Mundial da Saúde



(OMS), pois se não for descoberta e tratada precocemente causa incapacidades no homem, levando-o a marginalização e interrupção de sua capacidade produtiva.

A hanseníase é fácil de diagnosticar, tratar e tem cura, no entanto, quando diagnosticada e tratada tardiamente pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares, pelas lesões que os incapacitam fisicamente.

10.3.2 Prevenção

As incapacidades físicas nos olhos, nas mãos e nos pés podem ser evitadas ou reduzidas, se os portadores de hanseníase forem identificados e diagnosticados o mais rápido possível, tratados com técnicas simplificadas e acompanhados nos serviços de saúde do SUS.

10.3.3 Modo de Transmissão (como se pega)

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. O contágio se dá através de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior, contagiando pessoas com baixa imunidade, passando de uma pessoa para outra por meio das secreções das vias respiratórias e pelas gotículas de saliva. O contato direto e prolongado com o doente em ambiente fechado, com pouca ventilação e pouca luz solar, aumenta as chances de a pessoa se infectar com bacilo de hanseníase. A maioria das pessoas é resistente ao bacilo e não adoece. A doença progride lentamente. Entre o contato com a pessoa doente e o aparecimento dos primeiros sinais, pode levar de 2 a 5 anos.

Quando a pessoa doente inicia o tratamento para hanseníase, ela deixa de ser transmissora da doença, pois as primeiras doses da medicação matam os bacilos, torna-os incapazes de infectar outras pessoas.

10.4 Tuberculose

10.4.1 Conceito

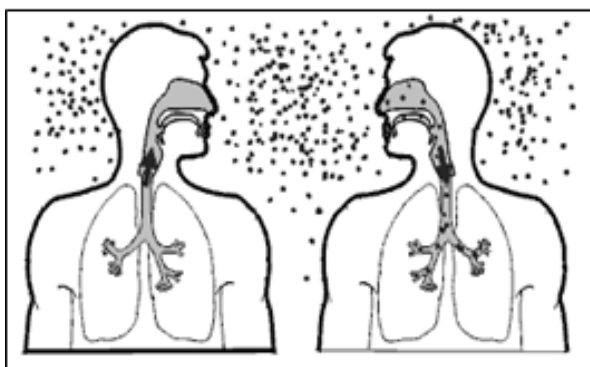
A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria. O termo tuberculose se origina do fato de a doença causar lesões chamadas tubérculos. Ela atinge os pulmões, podendo também se localizar em

outros órgãos. Nos pulmões se denomina tuberculose pulmonar e, nos outros órgãos tuberculose extra pulmonar.

10.4.2 Transmissão (como se pega)

É facilmente transmitida de pessoa para pessoa. Quando uma pessoa com tuberculose tosse ou espirra, a bactéria é expelida no ar, podendo assim, contaminar outras pessoas. Por essa razão a transmissão da tuberculose para outros membros da família, vizinhos e para colegas de trabalho é muito fácil se o ambiente não tiver boa ventilação. A ventilação constante e a luz solar direta removem as partículas e matam rapidamente os bacilos.

A tuberculose pode acometer qualquer um, sendo favorecida por fatores como precárias condições de vida, desnutrição, alcoolismo, tabagismo e doenças como Aids, diabetes, doenças renais crônicas, câncer e pelo enfraquecimento do sistema imunológico.



10.4.3 Prevenção

O doente com tuberculose deve ter o cuidado ao tossir ou espirrar, de cobrir a boca e o nariz e nunca escarrar no chão. Deve manter o ambiente limpo e arejado.

A investigação e acompanhamento dos contatos.

Todos os contatos dos doentes de tuberculose, especialmente os que moram dentro do mesmo domicílio, devem comparecer a unidade de saúde para exame:

- os sintomáticos respiratórios (apresentam algum sintoma ex.: tosse há mais de três semanas com presença de secreção purulenta) deverão submeter-se à exame de escarro para o diagnóstico de tuberculose;
- os assintomáticos (sem sintomas) deverão realizar radiografia de tórax.

10.4.3.1 Vacinação BCG

A vacina BCG confere poder protetor às formas graves. No Brasil, a vacina BCG é prioritariamente indicada para as crianças de 0 a 4 anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano.

10.5 Diabetes mellitus

10.5.1 Conceito

É uma disfunção causada pela deficiência total ou parcial da produção de insulina, hormônio produzido pelo pâncreas. Como consequência, a glicose (açúcar do sangue) não é aproveitada adequadamente pelas células provocando sua elevação no sangue, ultrapassando as taxas normais (70 a 110 mg/dl). A diabetes pode ter como complicações: mau funcionamento e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

10.5.2 Classificação do diabetes

10.5.2.1 Tipos de diabetes

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, compreende cerca de 90% do total de casos.

Diabetes tipo 1

Pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes, ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos. Necessita de uso diário de insulina para se manter controlado.

Diabetes tipo 2

O termo tipo 2, normalmente ocorre após os 40 anos e, usualmente se controla apenas com dieta, atividade física e/ou medicamento oral.

10.5.3 Prevenção

Alguns fatores contribuem para a redução dos casos novos de diabetes como:

- Manter peso ideal;

- Alimentação adequada (aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas);
- Atividade física regular;
- Pessoas com histórico familiar de diabetes e mulheres que tiveram diabetes gestacional devem fazer exames laboratoriais periodicamente e ficar atento aos fatores de prevenção.

10.6 Hipertensão arterial

10.6.1 Conceito

É quando a pressão que o sangue exerce na parede das artérias para se movimentar é muito forte, ficando acima dos valores considerados normais.

A pessoa é considerada hipertensa quando a sua pressão arterial estiver maior ou igual a 140mmHg x 90mmHg, popularmente conhecida por 14 por 9.

É uma doença crônica que, se não controlada, pode ser causa de várias doenças, principalmente o acidente vascular cerebral (derrame) e o infarto. Pode também afetar os rins, a visão, o cérebro, os membros inferiores, ter complicações graves e até levar à morte.

Para detectar se uma pessoa está com hipertensão arterial, é importante que a verificação seja feita várias vezes, de forma correta, com aparelhos calibrados e profissionais capacitados.

Geralmente a hipertensão não tem causa conhecida ou definida, no entanto, existem fatores considerados de risco que podem favorecer o seu aparecimento.

10.6.2 Fatores de risco que podem levar a pessoa a se tornar hipertensa:

- Excesso de peso;
- Alimentação inadequada (rica em gorduras, excesso de sal, baixo consumo de frutas, verduras e legumes);
- Ingestão de bebidas alcoólicas em excesso;
- Uso do cigarro;
- Falta de atividade física;
- Diabetes;

- Familiares hipertensos.

10.6.3 Forma de prevenção:

- Controle de peso;
- Adoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Redução do consumo de bebidas alcoólicas;
- Abandono do tabagismo;
- Prática de atividade física regular.

10.7 Saúde do idoso

Sabe-se que as pessoas estão vivendo mais e o fenômeno do envelhecimento populacional, entre outros aspectos está diretamente relacionado aos avanços da saúde pública. As vacinas, a melhoria de condições de saneamento ambiental, o maior acesso da população aos serviços de saúde, a maior cobertura da atenção primária à saúde em estados e municípios são algumas das conquistas alcançadas ao longo dos últimos anos.

O Programa Saúde do Idoso tem por alvo, todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais de idade e, tem por objetivo recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando ações coletivas e individuais de saúde para esse fim. Esse programa visa estimular a prevenção de doenças comuns ao envelhecimento, prevenção de quedas, e ao mesmo tempo o diagnóstico precoce de determinadas limitações próprias desse processo natural do indivíduo.

As principais ações que envolvem a saúde do idoso concentram-se em:

- Caderneta do Idoso;
- Vacinação;
- Promoção de hábitos saudáveis;
- Orientações quanto ao ambiente seguro e prevenção de quedas;
- Uso correto de medicamentos;
- Saúde Bucal e,
- Política de Assistência Social.

11 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde remete inicialmente a palavra “VIGIAR”, que de acordo com o Dicionário Aurélio significa observar atentamente. No campo da saúde a Vigilância tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes.

É composta pelas ações de:

- Vigilância;
- Promoção;
- Prevenção;
- Controle de doenças e agravos à saúde.

A articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde tornou-se um referencial para o processo de mudança no modelo de atenção e se expressou na utilização do termo Vigilância em Saúde. É uma proposta de reorganização das práticas de saúde que leva em conta por um lado a busca da integralidade do cuidado a saúde e, por outro, a necessidade de adequar as ações e serviços à situação concreta da população de cada área territorial definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias de um município.

ÁREAS QUE COMPÕEM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde inclui:

- Vigilância epidemiológica;
- Vigilância sanitária;
- Vigilância ambiental em saúde;
- Vigilância da saúde do trabalhador.

11.1 Vigilância epidemiológica

Vigilância Epidemiológica é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

11.2 Vigilância sanitária

A Vigilância Sanitária é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. (BRASIL, 1990)

A vigilância sanitária busca garantir a qualidade de serviços, meio ambiente de trabalho e produtos (alimentos, medicamentos, cosméticos, saneamento dos domicílios, agrotóxicos e outros), mediante a identificação o controle ou a eliminação de fatores de risco á saúde, neles eventualmente presentes. São exemplo de serviços sujeitos á vigilância sanitária: unidade de saúde, restaurantes, academias de ginásticas, instituto de belezas, piscinas públicas, etc.

No meio ambiente, a vigilância sanitária procura evitar ou controlar a poluição do ar, do solo, da água, a contaminação por agrotóxicos, o uso do mercúrio nos garimpos, etc. Nos locais de trabalho, a vigilância sanitária preocupa-se, por exemplo em assegurar condições ambientais satisfatórias (iluminação, temperatura, umidade, ventilação, nível sonoro) adequação ergométrica de máquinas, equipamentos e móveis e eliminação de substâncias e produtos que podem provocar doenças ocupacionais.

11.3 Vigilância ambiental em saúde

As ações de vigilância ambiental tomam como ponto de partida o entendimento do ambiente físico, psicológico e social como espaço de produção da saúde-doença no plano individual e coletivo. Especificamente em nosso meio, estas ações tem privilegiado o controle da água de consumo humano (VIGIAGUA), o controle de resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores, promoção à saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e outros agravos à saúde decorrentes da contaminação por substâncias químicas no solo (VIGISOLO) e; promover a saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos - provenientes de fontes fixas, de fontes móveis, de atividades relativas à extração mineral, da queima de biomassa ou de incêndios florestais - contemplando estratégias de ações intersetoriais (VIGIAR).

11.4 Vigilância da saúde do trabalhador

É o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo entre outros: assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional.

11.5 Integração das ações na atenção primária e da vigilância em saúde.

As equipes Saúde da Família, a partir das ferramentas da vigilância, desenvolvem habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção a demanda espontânea, que garantam o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde e, desta maneira, gradativamente impacta sobre os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida daquela comunidade.

Os diferentes profissionais das equipes de Saúde da Atenção Primária/Saúde da Família tem um papel importante no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, com algumas funções comuns e outras específicas a cada um.

Para melhor compreensão podemos citar o trabalho desenvolvido pelos agentes comunitário de saúde (ACS) e o controle de endemias (ACE), estes profissionais desempenham papéis fundamentais, pois são a ligação entre a comunidade e o serviço de saúde.

Devem atuar de maneira integrada de forma a potencializar o resultado do trabalho, evitando duplicidade de ações. Juntos, enfrentam os principais problemas de saúde-doença da comunidade.

Durante uma visita domiciliar, o ACS ao identificar uma caixa d'água de difícil acesso ou um criadouro que não consiga destruir e que precisa da utilização do larvicida, deverá contatar o agente de controle de endemias (ACE) para planejamento das ações. Para o sucesso do trabalho, é fundamental a integração desses profissionais.

A integração das ações é importante e devem estar inseridas cotidianamente na prática das equipes de saúde de Atenção Primária dando um direcionamento para mudanças no modelo de atenção. Os diferentes profissionais das equipes de Saúde da Atenção Primária/Saúde da Família têm um papel importante no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, com algumas funções comuns e outras específicas a cada um.

11.6 Sistema de informação em saúde

O Sistema de Informação é instrumento essencial para a tomada de decisões, tornando-se uma ferramenta imprescindível à Vigilância em Saúde, por ser o fator desencadeador do processo “informação-decisão-ação”.

| Principais Sistemas de Informação em Saúde de Base Nacional | USOS (ALGUNS) |
|--|---|
| SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade. | Estudos de mortalidade, Vigilância de óbitos (infantil, materno, etc.) |
| SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. | Notificação de nascimentos por características da mãe e condição do nascimento. |
| SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. | Acompanhamento dos agravos sob notificação, surtos, epidemias, suspeitos ou confirmados. |
| SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. | Acompanha as condições de nutrição e alimentação de toda população inclusive dos beneficiários do Bolsa Família. |
| SIS API – Sistema de Avaliação de Doses Aplicadas de Vacinas. | Registra por faixa etária as doses de imunobiológicos aplicadas por unidade básica/município e regional. |
| SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. | Para coletar dados de produção, realizado pela equipe das Unidades de Saúde, e sistematizar dados coletados nas visitas às comunidades, realizadas pelos agentes comunitários de saúde. |

11.7 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido no início da década de 90, com objetivo de padronizar a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação obrigatória em todo território nacional.

Este sistema é um dos principais sistemas de informação da Vigilância em Saúde, deve ser atualmente alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória em todo Território Nacional - LDNC, conforme Portaria SVS/MS nº. 05, de 21/02/2006, podendo os estados e municípios incluir outros problemas de saúde pública, que considerem importantes para a sua região.

Segue abaixo a:

Lista das doenças de notificação compulsória:

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;

20. Hepatites Virais;
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana-HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola;
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Lista de Notificação Compulsória Imediata – LNCI

Caso suspeito ou confirmado de:

1. Botulismo;

2. Carbúnculo ou Antraz;
3. Cólera;
4. Dengue nas seguintes situações:
 - Dengue com complicações (DCC);
 - Síndrome do Choque da Dengue (SCD);
 - Febre Hemorrágica da Dengue (FHD);
 - Óbito por Dengue;
 - Dengue pelo sorotipo DENV4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo;
5. Doença de Chagas Aguda.

Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas LNCS

1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
2. Acidente de trabalho com mutilações;
3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes;
4. Acidente de trabalho fatal;
5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
6. Dermatoses ocupacionais;
7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)
8. Influenza humana;
9. Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho;
10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
11. Pneumonias;
12. Rotavírus;
13. Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita;
14. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

11.8 Zoonoses

Zoonoses são doenças de animais transmissíveis ao homem, bem como aquelas transmitidas do homem para os animais. Os agentes que desencadeiam essas afecções podem ser microorganismos diversos, como bactérias, fungos, vírus, helmintos e protozoários.

11.8.1 Dengue

11.8.1.1 Conceito

É uma doença infecciosa, febril aguda causada pelo mosquito *Aedes aegypti*.

No seu ciclo de vida, o mosquito apresenta quatro fases: ovo, larva, pupa e adulto. O mosquito adulto vive em média de 30 a 35 dias. A sua fêmea põe ovos de quatro a seis vezes durante sua vida e, em cada vez, cerca de 100 ovos, em locais com água limpa e parada.

Um ovo de *Aedes aegypti* pode sobreviver por até 450 dias (aproximadamente um ano e dois meses), mesmo que o local onde ele foi depositado fique seco. Se esse recipiente receber água novamente, o ovo volta a ficar ativo (vivo), podendo se transformar em larva e atingir a fase adulta depois de, aproximadamente, dois ou três dias. Quando não encontra recipientes apropriados (criadouros), a fêmea do *Aedes aegypti*, em casos raros, pode voar a grandes distâncias em busca de outros locais para depositar seus ovos.

11.8.1.2 Como se pega

Nas casas, o *Aedes aegypti* é encontrado normalmente em paredes, móveis, peças de roupas penduradas e mosquiteiros. A fêmea do *Aedes aegypti* costuma picar as pessoas durante o dia. Não se pega dengue no contato de pessoa a pessoa e nem por meio do consumo de água e de alimentos.

Alguns sintomas:

Pessoas com febre até sete dias acompanhadas de pelo menos dois dos seguintes sintomas: dor de cabeça, dor por trás dos olhos, dores musculares e articulações, prostração ou manchas pequenas e vermelhas pelo corpo com ou sem hemorragia.

11.8.1.3 Prevenção

- Escorrer a água dos pratinhos dos vasos de plantas, lavar com uma escova e colocar areia grossa até a borda;
- Manter sempre limpos e vedados as caixas d'águas e poços;
- Verificar se calhas de água de chuva não estão entupidas, remover folhas que possam impedir o escoamento da água;
- Guardar pneus velhos e abandonados em local coberto e abrigado da chuva;
- Guardar garrafas de plástico e de vidro em local protegido da chuva, tampadas ou com a boca para baixo;
- Retirar sempre a água acumulada das lajes e;
- Manter os locais de lixo sempre limpos, evitando que se acumulem.

11.8.2 Malária

11.8.2.1 Conceito

É uma doença infecciosa causada por protozoário (Plasmodium). Também é conhecida como paludismo, impaludismo, febre palustre, febre intermitente, febre terçã benigna, febre terçã maligna, além dos nomes populares: maleita, sezão, tremedeira, batedeira ou febre.

Alguns sintomas:

- mal-estar;
- dor de cabeça;
- cansaço;
- dor muscular;
- náuseas e
- vômitos, que acontecem antes da febre da malária – febre alta podendo atingir 41° C.

11.8.2.2 Como se pega

Por meio da picada da fêmea do mosquito infectada com o Plasmodium. Como o mosquito tem hábito alimentar ao entardecer e ao amanhecer e em algumas regiões

da Amazônia tem hábitos noturnos, pica as pessoas durante todas as horas desde o entardecer até o amanhecer. A doença não passa de pessoa para pessoa.

11.8.2.3 Como suspeitar da doença

Suspeita-se em área onde é comum acontecer muitos casos (mais comum na região Amazônica), toda pessoa que apresentar febre, que seja residente ou que tenha se deslocado por lugares onde têm malária. O indivíduo pode apresentar os sintomas no período de 8 a 30 dias anteriores a ter os primeiros sintomas.

Em áreas onde não é comum acontecer casos, toda pessoa que apresentar febre com os sintomas: calafrios, tremores, cansaço, dor muscular e que tenha vindo de um lugar onde tem malária no período de 8 a 30 dias anteriores ao aparecimento dos primeiros sintomas.

11.8.2.4 Prevenção

Em **zona urbana** – na cidade:

- Promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento, reforçando a importância de concluí-lo;
- Investigar a existência de casos na comunidade, a partir das pessoas que apresentem algum sintoma da doença;
- Preencher e encaminhar para a Unidade Básica de Saúde a ficha de notificação dos casos ocorridos.

Em **zona rural** – no campo:

Além das ações citadas anteriormente:

- Proceder à aplicação de imunotestes, conforme orientação da Coordenação Municipal da Atenção Básica;
- Receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde e do Programa Nacional de Malária.

Prevenção individual

- Uso de mosquiteiros impregnados ou não com inseticidas;
- Roupas que protejam pernas e braços;
- Telas em portas e janelas;

- Uso de repelentes e;
- Evitar locais de transmissão ao anoitecer.

Coletar lâmina:

- De pessoas que apresentem sinais e sintomas e enviá-la ao profissional responsável para leitura (microscopista). Quando não for possível essa coleta, encaminhar as pessoas para a UBS ou para o microscopista;
- Para verificação de cura (L VC) após o término do tratamento e encaminhá-la para leitura de acordo com estratégia local.

11.8.3 Leptospirose

11.8.3.1 Conceito

A doença é causada por uma bactéria presente na urina de ratos, ratazanas e camundongos, presente na água das enchentes, lama e esgoto.

11.8.3.2 Como se pega

A transmissão acontece pelo contato da urina com a pele ou mucosas (boca, olhos, nariz e etc.). Contato direto ou indireto com a urina de animais infectados, penetração do microrganismo ocorre através da pele com presença de lesões, longos períodos em água contaminada, contato com sangue, tecidos e órgãos de animais infectados, transmissão acidental em laboratórios e ingestão de água ou alimentos contaminados. A transmissão entre humanos é muito rara e de pouca importância epidemiológica, podendo ocorrer pelo contato com urina, sangue, secreção e tecidos de pessoas infectadas.

11.8.3.3 Como se previne

- Evitar o contato com a água e a lama das enchentes ou esgoto. Impedir que crianças nadem ou brinquem nesses locais que podem estar contaminados com a urina de roedores;
- Após as águas baixarem, retire a lama e desinfete o local. Devem-se lavar pisos, paredes e bancadas, desinfetando com água sanitária. Use duas xícaras de

chá (400 ml) do produto em um balde de 20 litros de água, e deixe agir por 15 minutos. Só depois disso, faça a limpeza;

- Pessoas que trabalham na limpeza de lama, entulho e esgoto devem usar botas e luvas de borracha para evitar o contato da pele com a água e lama contaminados (se isto não for possível, usar plásticos duplos amarrados nas mãos e nos pés);

- Para evitar a presença de roedores, deve-se manter os alimentos guardados em recipientes bem fechados, resistentes e distantes do chão; manter a cozinha limpa e sem restos de alimentos; retirar as sobras de alimento ou ração dos animais domésticos antes de anoitecer; evitar o acúmulo de entulhos e objetos sem uso no quintal e dentro da cozinha; manter os terrenos baldios e margens dos rios limpos e capinados; guardar o lixo em sacos plásticos bem fechados e em locais altos até ocorrer.

11.8.4 Leishmaniose

11.8.4.1 Conceito

A Leishmaniose é uma doença causada por um parasita (protozoário Leishmania), é uma doença que pode se manifestar de duas formas: tegumentar (também conhecida como cutânea - sobre a pele) e visceral (também conhecida como calazar - fígado, baço e medula óssea).

11.8.4.2 Como se pega

Sua transmissão se dá através de pequenos mosquitos que se alimentam de sangue. São mais comumente encontrados em locais úmidos, escuros e com muitas plantas.

11.8.4.3 Prevenção

A melhor forma de se prevenir contra esta doença é evitar residir ou permanecer em áreas muito próximas à mata, evitar banhos em rio próximo a mata, sempre utilizar repelentes quando estiver em matas, etc.

11.8.5 Febre amarela

11.8.5.1 Conceito

É uma doença provocada por um tipo de vírus (flavivírus). Este vírus pode ser transmitido aos seres humanos de duas formas:

- pela picada da fêmea do mosquito conhecido por “Aedes Aegypti”, desde que o inseto esteja contaminado (após picar um ser humano com a doença). Esta é conhecida como Febre Amarela Urbana (FAU);
- através da picada do mosquito Haemagogus, o que denomina Febre Amarela Silvestre (FAS).

11.8.5.2 Como se pega

Após ser picado pelo mosquito, a pessoa contaminada começa a apresentar uma série de sintomas: febre alta (podendo chegar a 40°C ou 41°C), fortes dores de cabeça, vômitos, problemas no fígado e hemorragias.

11.8.5.3 Prevenção

A vacina é a mais importante medida de controle. Não existe tratamento antiviral específico. A vacina deve ser realizada aos nove meses de idade com reforço a cada 10 anos.

11.8.6 Doença de chagas

11.8.6.1 Conceito

A doença de chagas é uma doença transmitida pelo inseto conhecido como barbeiro. O barbeiro é de hábitos noturnos, se alimenta exclusivamente do sangue de animais vertebrados e vive dentro de casas, principalmente as de barro nas rachaduras das casas, embaixo de colchões, depósitos, ninhos de aves, trocos de árvores e mesmo casas de pau-a-pique.

11.8.6.2 Como se pega

A transmissão ocorre noite. O inseto sai e pica as pessoas passando-lhe a doença. Não se dá pela picada e sim pelas fezes deixadas pelo barbeiro na pele da vítima, e vai atacar o aparelho digestivo como o fígado e principalmente o coração.

Ao picar o homem o barbeiro suga o sangue cheio de tripanossomos que vão causar a doença.

11.8.6.3 Prevenção

Construir casas de tijolos e rebocar, cobrir com telhas ou lajes, pulverizar a casa limpar atrás dos móveis, evitar lugar esburacados para não abrigar o barbeiro.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Ações de Controle de Endemias: malária: Manual para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de controle de Endemias. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. à Saúde. Programa Nacional de Triagem Neonatal: Oficinas Regionais. Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2005.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada; Ministério da Saúde; Editora MS; Brasília, 2006.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- INCA. Câncer do Colo do Útero Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao. Acessado em 17/05/2012.
- Ministério da Saúde- Cadernos de atenção Básica nº13- Controle dos Cânceres do Colo do Útero e Mama, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias- Guia de Bolso, 8ªed. Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.