



**Portal Educação e  
Sites Associados**

## **Programa de Educação Continuada a Distância**

# **Enfermagem e o PSF**

**Aluno:**

**EAD - EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA  
PARCERIA ENTRE PORTAL EDUCAÇÃO E SITES ASSOCIADOS**

# Enfermagem e o PSF

## MÓDULO I

**Atenção:** O material deste módulo está disponível apenas como parâmetro de estudos para este Programa de Educação Continuada, é proibida qualquer forma de comercialização do mesmo. Os créditos do conteúdo aqui contido são dados aos seus respectivos autores descritos na Referência Consultada.

## SUMÁRIO

### MÓDULO I

#### CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

\*Principais Definições Legais do SUS

\* A Constituição Federal de 1988

\* A Lei 8080, de 19 de setembro 1990

\* A Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990

\* O Processo de Implantação do SUS: As Normas Operacionais

\* A Norma Operacional Básica 01/91

\* A Norma Operacional Básica 01/93

\* A Norma Operacional Básica 01/96

A Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS

Princípios e Diretrizes do SUS

Demanda por Serviços de Saúde

MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE DA FAMÍLIA

OBJETIVOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

E SAÚDE BUCAL

ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

### MÓDULO II

DEFININDO O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ÁREA ADSCRITA À UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

IDENTIFICANDO SITUAÇÕES E FATORES DE RISCO

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB

A FAMÍLIA E O PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA

VISITAS DOMICILIARES  
A FAMÍLIA E SUA CONDIÇÃO DOMICILIAR  
QUESTÕES ÉTICAS

### **MÓDULO III**

SAÚDE DA MULHER  
ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL  
Diagnóstico de gravidez  
Consulta de pré-natal  
Exames laboratoriais na assistência do pré-natal e condutas  
Vacinação  
Atividades físicas  
Alimentação e ganho de peso durante a gestação  
Algumas dicas para garantir uma gestação tranqüila  
Queixas mais freqüentes na gravidez e condutas  
Níveis de execução da assistência pré-natal  
PUERPÉRIO  
PREVENINDO O CÂNCER DE MAMA  
Prevenção primária e fatores de risco  
Detecção precoce  
PREVENINDO O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO  
Resultados dos preventivos e condutas  
SAÚDE DA CRIANÇA  
Exame físico  
Cuidados com o recém-nascido  
Alimentação  
Crescimento e desenvolvimento

Vacinação

## **MÓDULO IV**

SAÚDE DO ADULTO

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Estratificação de risco

Atribuições e competências da equipe de saúde

DIABETES MELLITUS

Classificação do diabetes mellitus

Fatores indicativos de maior risco

Considerações importantes do tratamento do diabetes mellitus e da hipertensão arterial

Prevenção de doenças e complicações cardiovasculares decorrentes da hipertensão e do diabetes

Atribuições e competências da equipe de saúde da família na hipertensão arterial e no diabetes mellitus

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

SAÚDE DO IDOSO

Conseqüências do envelhecimento

Orientações práticas para administração de fármacos ao idoso

CUIDADOS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES

SAÚDE MENTAL

VIOLÊNCIA

ALCOOLISMO E DROGAS

TUBERCULOSE

A definição de caso de Tuberculose (TB)

Tratamento

Reações Adversas produzidas pelos medicamentos utilizados no  
Tratamento da TB

A organização da busca de casos na comunidade

Atividades realizadas pelas de saúde

Atribuições do enfermeiro do Programa de Tuberculose

**HANSENÍASE**

Modo de transmissão

Formas da doença

Diagnóstico

Tratamento

O autocuidado

Atribuições do enfermeiro do Programa da Hanseníase

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

## **MÓDULO I**

### **CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

#### **INTRODUÇÃO**

Em 1986 foi realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde com ampla participação de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores. A 8ª Conferência significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. Seu relatório final definiu a saúde como “resultante das condições de: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Esse documento serviu de base para discussões na Assembléia Nacional Constituinte em 1987.

Como resultado do debate entre as diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte. A aprovação da Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organização de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da comunidade.

Cabe lembrar que antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A situação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo que a assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal.

## PRINCIPAIS DEFINIÇÕES LEGAIS DO SUS

- **A Constituição Federal de 1988**

A constituição Federal de 1988 redefine o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc.

Em seu artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública” sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

Conforme a Constituição Federal de 1988 as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

- **A LEI 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta Lei regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente, eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

A Lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas



pelo poder público. A iniciativa privada participa do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal vigente, obedecendo ainda princípios organizativos e doutrinários tais como:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- Integralidade de assistência;

- Equidade;

- Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da união dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

- Participação da comunidade;

- Regionalização e hierarquização.

A Lei 8.080/90 trata:

(a) da organização, da direção e da gestão do SUS;

(b) das competências e atribuições das três esferas de governo;

(c) do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;

(d) da política de recursos humanos;

(e) dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

- **A LEI 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

O SUS conta em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas:

- (a) a Conferência de Saúde;
- (b) o Conselho de Saúde.

A Lei 8.142/90 trata da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal. Para o recebimento destes recursos Municípios, Estados e Distrito Federal devem contar com:

- (a) Fundo de Saúde;
- (b) Conselho de Saúde;
- (c) Plano de Saúde;
- (d) Relatório de Gestão;
- (e) Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- (f) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

## • O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS: AS NORMAS OPERACIONAIS

O Processo de implantação do SUS tem sido orientado por instrumentos chamados Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema.

As normas são instrumentos usados para definir estratégias e aspectos operacionais das políticas e da organização dos serviços e são pactuadas entre os gestores: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Entre os objetivos das Normas Operacionais temos:

- \* Induzir e estimular mudanças;
- \* Aprofundar e reorientar a implementação do SUS;

\* Definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático-operacionais;

\* Regular as relações entre seus gestores;

\* Normatizar o SUS.

Desde o início do processo de implantação do SUS foram publicadas três Normas Operacionais Básicas e em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS/01/01).

### **A NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/91**

A Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91) foi editada pela Resolução do INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela Resolução do INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991, publicadas no Boletim de Serviço daquele Instituto.

Os principais pontos da NOB/SUS 01/91 são:

\*Equipara prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento que passa a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços;

\*Centraliza a gestão do SUS no nível federal (INAMPS);

\*Estabelece o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

\*Considera como “municipalizados” dentro do SUS, os municípios que atendam os requisitos básicos da Lei 8.142 (fundos, conselhos, etc.)

\*Muda o sistema de pagamento dos prestadores de serviços com a implantação do sistema de informação ambulatorial (SIA/SUS).

### **A NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/93**

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93) foi editada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas

condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena). Os principais pontos da Norma Operacional Básica são:

- \* Habilita municípios como gestores;
- \* Cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
- \* São constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores.
- \* Define o papel dos Estados de forma frágil, mas esses, ainda assim. Passam a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde.

### **A Norma Operacional Básica 01/96**

A NOB/SUS 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os Municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e Municípios.

Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 01/96 foram:

- \* Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- \* Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;
- \* Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a Estados e Municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;

Entre as principais características observadas na NOB/SUS 01/96 temos:

- \* Transfere aos Municípios habilitados como Plena da Atenção Básica, os recursos financeiros com base per capita relativos a esta responsabilidade, criando o PAB (Piso Assistencial Básico), repassado fundo a fundo de forma regular e automática, e com base em valor nacional per capita para a população coberta;
- \* Reorganiza a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada - FAE);

\* Reorganiza a gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC);

\* Incorpora as ações de Vigilância Sanitária, criando o Incentivo para as ações básicas de Vigilância Sanitária;

\* Incorpora as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças;

\* Promove a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de Incentivo financeiro (PAB variável);

\* Aprimora o planejamento e define a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);

\* Define as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados.

## **A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOAS/SUS**

Em dezembro de 2001, segundo a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), mais de 99,21% dos municípios brasileiros (5.516) se habilitaram a uma das condições de gestão previstas na referida Norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica (4.952) e 10,14% em Gestão Plena de Sistema Municipal (564). A maior parte destas habilitações ocorreu em 1998, no primeiro ano de implementação da NOB/SUS 01/96.

Em relação à habilitação dos Estados, em dezembro de 2001, cinco Estados estavam habilitados na Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete na condição de Gestão Plena de Sistema Estadual.

Em face de problemas observados durante a implementação da NOB/SUS 01/96, entre os quais podemos citar a questão da definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema, e da resolutividade e acesso a serviços,

estabeleceu-se um amplo processo de discussão entre os gestores, que resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), instituída pela portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS/SUS articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica. A regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

O objetivo da NOAS/SUS é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”.

Estabelece o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal. Baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. Cabe às secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância como Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde.

O PDR deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados a:

- (a) assistência pré-natal, parto e puerpério;
- (b) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- (c) cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias;
- (d) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- (e) tratamento de intercorrências mais comuns na infância;
- (f) atendimento de afecções agudas de maior incidência;

(g) acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;  
(h) tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;

(i) tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;

(j) controle de doenças bucais mais comuns;

(k) suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica.

Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade.

Na elaboração do PDR, um dos passos mais importantes é a definição dos conceitos-chave, a ser feita de acordo com a realidade de cada Estado. São eles:

\* Região de Saúde – base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode dividir-se em regiões e/ou microrregiões de saúde.

\* Módulo Assistencial – é o espaço territorial que disponha da resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência, podendo ser constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade Federada.

\* Município-Pólo de uma região ou microrregião – é aquele que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

\* Microrregião de Saúde – é a unidade territorial mínima para qualificação na assistência à saúde, que deverá dispor de complexidade assistencial acima do exigido para os Módulos Assistenciais, sendo que esta definição deverá ser feita no âmbito estadual.

O Plano Diretor de Regionalização servirá de base e subsidiará o processo de qualificação das microrregiões de saúde.

No que diz respeito à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS/SUS 01/01 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. E define como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

A NOAS/SUS definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. O financiamento federal das ações ambulatoriais é feito com base em um valor per capita nacional. As UF deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Cabe às SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do Estado. A PPI aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do Estado, sendo que o limite financeiro de cada município será composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios localizados habilitados em Gestão Plena de Sistema Municipal, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o Estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso. Este termo tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI.



## PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

A primeira e maior novidade do Sistema Único de Saúde é seu conceito de saúde. Este “conceito ampliado de saúde”, resultado de um processo de embates teóricos e políticos, como visto anteriormente, traz consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão deste quadro extrapolava os limites restritos da noção vigente. Encarar saúde apenas como ausência de doenças evidenciou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Para enfrentar essa situação, era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Uma coisa era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos. Outra tarefa é conceber a atenção à saúde como um projeto que iguala saúde com condições de vida.

Ao lado do conceito ampliado de saúde, o Sistema Único de Saúde traz dois outros conceitos importantes: o de sistema e a idéia de unicidade. A noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidos dos mesmos princípios e das mesmas normas do serviço público. Os elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Este sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo país. Mas é preciso compreender bem esta idéia de unicidade. Em um país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta estas diferenças seria uma temeridade. O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do Sistema Único de Saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da

participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação de gerência aos cidadãos, seja com descentralização político-administrativa, seja através do controle social do sistema.

O Sistema Único de Saúde pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos.

A construção do SUS norteia-se, baseado nos seus preceitos constitucionais, pelas seguintes doutrinas:

- **Universalidade** – É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (“A saúde é direito de todos e dever do Estado” – Art. 196 da Constituição Federal de 1988). Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder públicos de saúde, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal.

- **Equidade** – O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônima de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, o acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema. O que determinará as ações será a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo mais onde a carência é maior. Sendo assim, todos terão as mesmas condições de acesso, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

- **Integralidade** – As ações de promoção, proteção, e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas, sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer na prática que: se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser compartimentalizadas, assim como as unidades prestadoras de serviço,

com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Para organizar o SUS a partir dos princípios doutrinários apresentados e considerando-se a idéia de seguridade social e relevância pública, existem algumas diretrizes que orientam o processo. Na verdade, trata-se de formas de concretizar o SUS na prática.

- Regionalização e hierarquização - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Planejados a partir de critérios epidemiológicos, implicando na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando alto grau de resolutividade (solução de problemas). A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior da situação de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Devendo o acesso da população à rede, se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

- Resolubilidade - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência. Devendo referenciá-lo a outro nível de complexidade quando não for capaz de dar a devida assistência. A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada. Favorecendo

ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. O nível primário de atenção corresponde às Unidades Básicas de Saúde e deverá resolver 80% dos problemas que absorverem. O nível secundário corresponde aos Centros de Especialidades e devem resolver 15% dos problemas, cabendo os 5% restantes ao nível terciário de atenção à saúde, onde estão os hospitais de referência.

- **Descentralização** - É entendida como uma redistribuição de poder e responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maior a possibilidade do acerto. Assim, ao município cabe a execução da maioria das ações na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos, principalmente a responsabilidade política pela sua saúde. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. O que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. A essa profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

- **Participação dos cidadãos** - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação e avaliação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação ocorre por meio dos conselhos de saúde que têm poder deliberativo, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade. Sua composição deve ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários, e a outra metade, o conjunto composto por governo, profissionais de saúde e prestadores privados de serviços. Os conselhos devem ser criados por lei do respectivo âmbito de governo,

em que estão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento. Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione nas questões pertinentes à saúde. Outra forma de participação são as Conferências de Saúde que são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde. Ocorrem nas três esferas de governo periodicamente, constituindo as instâncias máximas de deliberação. Cabe às instituições fornecerem informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

- Complementariedade do setor privado - A Constituição definiu que, existindo a insuficiência do setor público, torna-se lícita a contratação de serviços privados, no entanto, deve-se dar sob três condições: 1- a celebração do contrato, conforme as normas do direito público, ou seja, o interesse público prevalecendo sobre o particular; 2- a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade etc.; como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste; 3 - a integração dos serviços aprovados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS. Todo serviço privado contratado passa a seguir as determinações do sistema público, em termos de regras de funcionamento, organização e articulação com o restante da rede. Assim cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e na seqüência, complementar a rede assistencial dando preferência ao setor privado sem fins lucrativos (Hospitais Filantrópicos - Santas Casas), conforme determina a Constituição. Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos.

## DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE

Hoje em dia, existe uma pressão sobre o sistema de saúde motivado pelo aumento da demanda por serviços. Constituem os principais fatores dessa demanda:

- As mudanças demográficas – O envelhecimento da população leva a uma demanda maior dos serviços de saúde, pois a população acima de 65 anos consome entre 5 a 12 vezes mais medicamentos que as pessoas abaixo desta idade. Além de sofrer mais de patologias crônico-degenerativas (diabetes, hipertensão, artroses, etc.), as quais demandam consultas e controle freqüentes e exames mais sofisticados.
- O aparecimento de algumas patologias – como a AIDS, Hepatite C, estresse, depressão, doenças cardiovasculares, traumas etc., que demandam diagnósticos e tratamentos sofisticados, também contribuíram para o aumento significativo dessa demanda.
- Novos tratamentos – Com os recentes avanços na área do câncer e dos transplantes, houve um prolongamento da sobrevida desses pacientes, aumentando assim a pressão pelo acompanhamento médico.
- Expectativa dos pacientes – O acesso mais facilitado às informações atualiza as pessoas que passam a buscar cada vez mais o serviço de saúde em busca de maior bem estar.

Esse nítido e constante aumento da procura pelos serviços de saúde contribui para que haja o que chamamos de demanda reprimida, caracterizada pela espera das pessoas em conseguir atendimento nos diferentes níveis de complexidade. O que torna presente em todo o setor público de saúde e consiste, hoje, em um agravo a seu bom funcionamento, colocando muitas vezes, a população na situação de descrença ao Sistema Único de Saúde.

## MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, que atua no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O correto entendimento do conceito da atenção primária à saúde se dará pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação a focalização a família e a orientação comunitária. Uma atenção primária à saúde de qualidade só será alcançada quando esses seis princípios estiverem em sua totalidade, obedecidos.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Para uma compreensão mais clara e acompanhar a evolução da Atenção Básica, vale a pena lembrar alguns fatos importantes como: em 1949, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituava saúde não apenas pela ausência de doenças, mas sim por um completo estado de bem-estar físico, mental e social. No entanto, na década seguinte vivia-se a priorização da medicalização do processo saúde – doença em detrimento da prevenção e promoção da saúde.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata (na antiga União Soviética), sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF, 1979). Nessa conferência ficou definida como elementos essenciais da atenção primária à saúde, a educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micro nutrientes; e a valorização da medicina tradicional.

Já em 1979, a Assembléia Mundial da Saúde insistiu para que todos os países membros além de definir, pusessem em prática estratégias nacionais, regionais e globais, com tendências a alcançar a meta “Saúde para Todos no ano 2000” (SPT2000).

Em novembro de 1986, foi realizada a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, Canadá (Carta de Ottawa). Esta conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública e reforçou que as condições de saúde do indivíduo estão relacionadas às suas condições sócio-econômicas, políticas e culturais. As discussões focalizaram principalmente as necessidades semelhantes de outras regiões do globo, e foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde.

A partir da Agenda 21, em 1992, entendeu-se a tríplice dimensão que consistia da saúde alicerçada na qualidade de vida, na intersetorialidade e na participação social.

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.

A partir desse conceito fica claro que promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Atenção Básica tem como áreas estratégicas 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;
- a promoção da saúde.

Saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida.

## **SAÚDE DA FAMÍLIA**

Formulado pelo Ministério da Saúde, essa estratégia foi iniciada em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família como um programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde. A partir daí, tem ampliado as suas possibilidades de se tornar uma proposta pautada no sucesso, em especial pela capacidade criativa dos municípios, ganhando contornos que extrapolam o conceito habitual de "programa". Dessa forma, apesar de conter diretrizes normativas, com objetivos e operações claramente definidos, sua implantação, quando adequada, traz resultados que extrapolam o nível da atenção primária e repercutem sobre a dinâmica e o funcionamento do sistema de saúde como um todo.

Neste contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) representa uma transformação do modelo de atenção à saúde do município, afinal, cria novas oportunidades de acesso aos serviços às comunidades mais vulneráveis, isto é, mais expostas aos riscos de adoecer; estabelece uma metodologia de organização do trabalho dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, na família e no

ambiente que está inserido, estreitando vínculos e permitindo um melhor conhecimento da realidade em que vivem as pessoas e suas necessidades; traduz, na prática, o conceito de responsabilidade sanitária, criando espaços de construção de cidadania; articula-se à rede de saúde, de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo o acesso aos serviços de maior complexidade; e, finalmente estabelece relações intersetoriais que para atender demandas relacionadas às condições de vida das pessoas e famílias residentes em um dado território, por meio de políticas públicas mais integradas.

Com base nessas premissas, o Programa de Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter à forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial. Respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco - pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. O modelo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde já foi testado em vários países, com contextos culturais de diferentes dimensões e níveis diferenciados de desenvolvimento socioeconômico, como por exemplo, Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos casos ( o percentual restante destina-se a unidades mais complexas). Além do mais, o programa permite uma forte integração entre Ministério, as secretarias estaduais, os municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos.

O PSF parte de uma proposta de ação que envolve necessariamente as três esferas de governo, com funções tanto distintas quanto complementares. Assim, aos três níveis compete contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país, visando à organização dos sistemas municipais de saúde; a avaliação e acompanhamento de seu desempenho e o envolvimento na capacitação e educação permanente dos recursos humanos.

Ao Ministério da Saúde compete, garantir recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica - PAB fixo e variável; prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de

qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família; estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e garantia de educação permanente dos profissionais da Atenção Básica; apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde da Atenção Básica; articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica; assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica; analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos; elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional; desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica; definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica; monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados. De acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite; estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da Estratégia da Saúde da Família no âmbito nacional; promover intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; e viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da Estratégia da Saúde da Família no país.

Às Secretarias Estaduais de Saúde compete, em conjunto com o Ministério da Saúde, o estabelecimento de normas e diretrizes complementares do programa;

assessorar tecnicamente os municípios na implantação/ampliação e monitoramento do programa; disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que favoreçam a educação permanente dos membros das equipes e promover o intercâmbio de experiências, tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria da Atenção Básica ou Primária. Deve ainda participar do financiamento, por meio da participação dos estados no financiamento global da saúde, conforme preconiza a lei, ou através de incentivos estaduais para a Saúde da Família.

Cabe às Secretarias Municipais de Saúde operacionalizar o PSF, inserindo o mesmo em sua rede de serviços, visando à organização descentralizada do Sistema Único de Saúde. E, também a garantia de infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações preconizadas pelo Programa.

Compete ao município, a seleção, contratação e remuneração dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, conforme legislação vigente. Sendo assim, cada município pode adaptar o programa de acordo com a sua realidade local desde quem não transgrida as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde.

A questão do financiamento é uma preocupação constante dos gestores. Inicialmente, os repasses do Programa de Saúde da Família eram realizados por meio de convênios firmados, sem financiamento perene. Por ser uma questão de constante preocupação para os gestores, a partir da edição da Norma Operacional Básica SUS 01/96, modificaram-se os critérios de alocação de recursos para a atenção básica de saúde, como a transferência fundo a fundo e automática aos municípios habilitados. Há um valor per capita referente ao Piso de Atenção Básica de Saúde (PAB) com uma parte fixa e outra variável, de acordo com a adesão dos municípios à implantação de equipes de saúde da família. Atualmente os repasses vêm sendo feitos por cobertura populacional dos municípios.

Após quatorze anos de formulação, o PSF vem se consolidando como uma estratégia de fortalecimento do SUS, importante para a transformação de uma estrutura de serviços de saúde repleta de distorções. Aos poucos ganhando

legitimidade através dos fóruns e organismos colegiados de gestão, que tem se refletido, inclusive, no campo da formação de recursos humanos para a saúde.

## **OBJETIVOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Um grande número de doenças que acometem os indivíduos é evitável por ações preventivas já conhecidas e comprovadamente eficazes. É, portanto, fundamental que todos os cidadãos tenham acesso à prevenção destas doenças, por meio das ações básicas de saúde.

O Programa Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde (cidadãos da própria comunidade que são treinados para realizar visitas domiciliares e orientar as famílias) leva até as famílias o acesso ao tratamento e à prevenção das doenças. Estas equipes vão até os domicílios das pessoas para reconhecer os principais problemas, evitando o deslocamento desnecessário às Unidades de Saúde e, juntos, procuram as melhores soluções para enfrentar os desafios locais que possam estar determinando os problemas de saúde, antes que eles se instalem de modo mais grave.

Junto com a comunidade, cada equipe deve elaborar um plano para enfrentar os principais problemas detectados e trabalhar para desenvolver a educação em saúde preventiva, promovendo a qualidade de vida dos habitantes daquela área.

No documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (Brasília – 1998) do Ministério da Saúde, os objetivos da implantação do modelo de saúde da família são:

- Humanizar as práticas de saúde através da conquista do vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Identificar e intervir sobre fatores de risco em que a população esteja exposta;
- Prestar assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade as necessidades de saúde da população adscrita;
- Desenvolver ações intersetoriais visando o estabelecimento de parcerias;

- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Estimular o reconhecimento da Saúde como um direito de cidadania e expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para que exerçam de maneira efetiva seu papel nas ações de controle social.

A Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implantação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüente;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Dessa forma, as equipes de saúde da família compostas por profissionais: médicos (1), enfermeiro (1), técnico de enfermagem (1 ou 2), agentes comunitários de saúde (até 12), dentista (1 para cada 2 ESF) e auxiliar de consultório dentário (1), cumprem seu papel tanto na unidade de saúde, quanto no domicílio, estabelecendo o vínculo de co-responsabilidade com as famílias e facilitando a identificação. E, também o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias da comunidade. Toda a equipe deverá cumprir uma carga horária de 40 horas semanais.

## **As Atribuições Dos Profissionais Das Equipes De Saúde Da Família E De Saúde Bucal**

### **1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS**

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, creches, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento de vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações das equipes, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente;

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

## **ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS**

Cada categoria profissional além das atribuições definidas é responsável por atribuições mínimas específicas.

O enfermeiro desenvolve suas atividades tanto na Unidade de Saúde, junto à equipe de saúde, quanto na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho



dos Agentes Comunitários de Saúde bem como prestando assistência de enfermagem às pessoas que dela necessitarem.

O enfermeiro que deseje trabalhar no Programa de Saúde da Família deve possuir algumas características como, por exemplo, identificar-se com o trabalho em equipe, atitude de liderança, facilidade em trabalhar com planejamento e programação em saúde, capacidade de organizar grupos e reuniões comunitárias. Interesse pelos aspectos psicológicos e sociais do processo saúde – doença, bem como dispor de muita empatia.

### **São atribuições específicas do enfermeiro:**

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, ACD e THD; e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

O médico da família deve ser um clínico geral de formação e/ou especialização, visto que atenderá a todos os indivíduos da família, independente da idade ou sexo, devendo ainda, acompanhar as famílias, os indivíduos e a sociedade

em todas as fases do ciclo vital. Enfatizando a prevenção e não atuar apenas no adoecer.

**São atribuições específicas do médico:**

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnóstico;
- Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos ACS, auxiliares de enfermagem, ACD e THD;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

O médico generalista que optar por atuar no Programa de Saúde da Família deverá dispor de capacidade para adaptar-se a situações novas, identificar-se com o trabalho em equipe, ser capaz de sensibilizar-se com os aspectos sociais e psicológicos de maneira equilibrada e empática.

O auxiliar de enfermagem, assim como o médico e a enfermeira, também desenvolve suas ações tanto na unidade da família quanto nos domicílios e comunidade.

**São atribuições específicas do auxiliar e técnico de enfermagem:**

- Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

O Agente Comunitário de Saúde deve, obrigatoriamente, residir na comunidade correspondente à área de atuação da equipe a qual está vinculado. Deve ser uma pessoa que se destaque na comunidade por sua capacidade de se comunicar e interagir com as pessoas, exercendo uma liderança natural.

O ACS funciona como um elo entre a comunidade e o serviço de saúde por meio de seu contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde de toda a equipe. Desenvolve suas atividades nos domicílios de sua área de responsabilidade (microárea de sua atuação) e participa da programação das unidades, onde suas atividades são supervisionadas.

**São atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde:**

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

- Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
  - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
  - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
  - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
  - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;
  - Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Esses dados permitem que a equipe identifique a situação de saúde das comunidades, favorecendo o planejamento do trabalho a ser realizado, na unidade de saúde ou no domicílio. Visa, ainda, resolver de maneira oportuna e precisa os problemas de saúde. Para uma relação favorável entre o agente comunitário de saúde e a comunidade, é extremamente necessário que ele seja, não só membro da comunidade, mas uma pessoa bem aceita por esta, e preferencialmente seja escolhido pela própria comunidade onde desenvolvera suas atividades.

Torna-se necessário que essa pessoa disponha de algumas características indispensáveis como: liderança, empatia e simpatia, dinamismo, discrição, conhecimento sobre a comunidade, gosto por ações educativas, capacidade de planejamento e organização e acima de tudo, reconhecer a importância fundamental de seu trabalho.

## **A Equipe de Saúde Bucal**

A partir de 2004, também passou a fazer parte do Programa de Saúde da Família a equipe de saúde bucal, composta por profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico de higiene dental) ao qual o Ministério da Saúde atribui às seguintes responsabilidades:

### **Do Cirurgião Dentista:**

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com o planejamento local, com resolubilidade;
- Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
- Realizar supervisão técnica do THD e ACD;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

### **Do Técnico em Higiene Dental (THD):**

- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ACD e dos CS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

### **Do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD):**

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- Organizar a agenda clínica;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

A identificação dos indivíduos, de forma personalizada, proporciona as bases epidemiológicas para a programação das futuras atividades, prevendo o acompanhamento de situações de maior vulnerabilidade, tais como: crianças menores de cinco anos de idade, mulheres em idade fértil, gestantes, pessoas portadores de doenças crônicas, infecciosas ou degenerativas, portadores de seqüelas, entre outras condições que podem variar, de acordo com a ocorrência de determinado problema em cada território.

Assim, distribuindo, coordenadamente, o tempo de trabalho entre ações na própria Unidade e nos domicílios, os integrantes da equipe podem estabelecer um programa de trabalho em equipe que contemple consultas médicas, de enfermagem e odontológicas; atendimentos domiciliares a situações diversas, planejadas de acordo com prioridades estabelecidas pela própria equipe de saúde; grupos específicos com abordagem terapêutica e de educação em saúde; reuniões comunitárias para discussão de temas relacionados à saúde e melhoria da qualidade de vida.

Dentro de sua área específica de conhecimento e responsabilidades profissionais, cada integrante da equipe contribui para o alcance de metas estabelecidas. Incentivando a participação popular e buscando, sempre que necessário, a articulação intersetorial para o encaminhamento de soluções dos problemas relacionados à saúde, mas que estejam fora da competência estrita do setor.

Torna-se fundamental que as equipes de Saúde da Família se incorporem a uma lógica de organização as quais as atribuições e responsabilidades sejam bem definidas. A fim de evitar que se comprometa a confiança estabelecida com a população - na medida em que questões mais aflitivas fiquem sem soluções - ou relegá-las ao mero papel de triagem - quando não encontram condições de exercer seu pleno potencial resolutivo.

Para finalizar é importante que se ressalte a importância do acompanhamento e avaliação das equipes, da atenção básica e do sistema de saúde. O gestor, desde o início da implantação, deve estar atento ao registro e acompanhamento dos sistemas de informação, pois serão deles os dados gerados

para avaliação da situação de saúde e do desempenho dos serviços. A produção das informações para o planejamento e a gestão, para o controle, avaliação e regulação do sistema só será possível na medida em que os bancos de dados sejam fidedignos, no Brasil, ainda há muito que se evoluir desde a produção da informação por parte dos profissionais. Quanto na valorização dos registros por parte dos gestores municipais.

----- FIM DO MÓDULO I -----





## Curso de Enfermagem e o PSF

### MÓDULO II

**Atenção:** O material deste módulo está disponível apenas como parâmetro de estudos para este Programa de Educação Continuada. É proibida qualquer forma de comercialização do mesmo. Os créditos do conteúdo aqui contido são dados aos seus respectivos autores descritos na Referência Consultada.

## **MÓDULO II**

### **DEFININDO O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ÁREA ADSCRITA A UNIDADE DE SAÚDE FAMÍLIA**

A Unidade de Saúde da Família deve atuar a partir da definição de um território de abrangência, que significa nada mais, que a área que está sob sua responsabilidade.

Uma Unidade de Saúde pode servir de sede para uma ou mais equipes de saúde, dependendo do número de famílias a ela vinculadas, da capacidade instalada da unidade, do enfrentamento dos determinantes do processo saúde / doença e da integralidade da atenção. No âmbito de abrangência de uma Unidade, recomenda-se que uma equipe seja responsável por uma área que compreenda de 600 a 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. E a cada Agente Comunitário de Saúde convencionou estipular o limite máximo de 750 pessoas para acompanhar, ou ainda, o limite de 250 famílias.

A territorialização não deve ser entendida somente como a divisão geográfica das equipes. A escolha das áreas, quase sempre, é orientada prioritariamente à existência de riscos sociais e ambientais e a organização do trabalho leva em conta o perfil de cada localidade, tendo-se em conta as características demográficas como sexo, faixa etária, moradia e distribuição espacial; as principais doenças e agravos diagnosticados e as condições que influenciam esses problemas. No entanto, sabemos que a delimitação da área e microáreas, essencial para a implantação e avaliação do programa, têm sido erroneamente, realizadas apenas baseando-se no quantitativo populacional, sem considerar a dinâmica social e política do território em questão.

Sabendo-se que a territorialização é um dos pressupostos básicos para o trabalho do Programa de Saúde da Família, três sentidos diferentes e complementares devem ser considerados: a demarcação de limites das áreas de

atuação dos serviços; o reconhecimento do ambiente, da população e a dinâmica social existente nessas áreas; e o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Um local delimitado pelo PSF torna-se uma configuração territorial com atributos naturais ou elaborados pelo homem que influenciam no processo saúde-doença da população local. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia no PSF bem como de atributos da população, favorecendo uma atuação compartilhada e responsável. No entanto, segundo levantamento realizado por entrevistas, os técnicos do PSF vêem a comunidade como um aglomerado “amorfo, indistinguível, desorganizado”.

Após a delimitação da área de abrangência pré-estabelecida para adscrição da Unidade, realiza-se, por meio das visitas domiciliares, o cadastramento das famílias.

Neste processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento básico, condições ambientais e sociais das áreas onde essas famílias estão inseridas. E nessa etapa, que já se inicia o vínculo da Unidade de Saúde / Equipe com a comunidade, a qual já será informada sobre a dinâmica e oferta de serviços disponíveis e que deverão ser, prioritariamente a sua referência.

A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, a equipe possuirá os dados iniciais para traçar então, o perfil epidemiológico da população correspondente a sua área, favorecendo também o planejamento das ações a serem desenvolvidas para contribuir com a melhoria da qualidade de vida.

O preenchimento da ficha da família é realizado pelo Agente Comunitário de Saúde que colhe as informações com um dos membros da família, que passa sua impressão sobre a família, os membros, seus hábitos e patologias.

Aos poucos, a equipe de saúde vai então, negando, reafirmando e/ou complementando tais informações visto que passam a vivenciar os problemas das famílias em suas rotinas de trabalho.

Algumas barreiras muitas vezes precisam ser vencidas para que se estabeleça o vínculo da família com a equipe, e a proximidade nesses casos torna-se essencial, pois quando a família torna-se indiferente e negativa com a equipe. Os problemas psicossociais de grande importância tornam-se ocultos, impedindo dessa forma que se estabeleça uma ação para tentar solucioná-los. Nessas famílias, os problemas mais comumente encontrados são situações de violência, dependência química, abusos, fome e até mesmo abandonos, e os mesmos não são revelados na tentativa de se preservar a integridade familiar.

É necessário que o Agente Comunitário esteja apto a identificar famílias em potencial risco para situações problemáticas e que não estejam estabelecendo vínculo, pois assim a equipe deverá investir na conquista da proximidade com essa família. Outras fontes de informações também podem contribuir para a construção da realidade familiar, como por exemplo, o prontuário.

Enfim, realizado todo o levantamento de dados e cadastramento das famílias, torna-se possível para a equipe à realização do perfil epidemiológico da população da área adscrita à Unidade de Saúde da Família e conseqüentemente a equipe de saúde.

Traçar o perfil epidemiológico da população consiste de um detalhado levantamento das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social. Essa análise tem por objetivo elaborar o chamado “diagnóstico de saúde”. Apesar de ser uma prática antiga, nas últimas décadas foi, aos poucos, deixada de lado, e somente a partir da instituição da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é que houve um maior incentivo para o retorno da utilização dos indicadores de saúde.

A análise sistemática da evolução dos indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde nos auxilia tanto na definição da atual situação de saúde como também nos remete a compreensão da transição epidemiológica que ocorreu, alterando de maneira significativa padrões, por exemplo, de mortalidade infantil que apresentou queda importante.

Vale salientar que existe diferença entre a análise da situação em saúde e a vigilância em saúde, visto que, a última preocupa-se exclusivamente com o acompanhamento de eventos adversos a saúde na comunidade, tendo em vista a agilização e o aprimoramento das ações que visam seu controle.

Já a análise da situação de saúde constitui uma utilização mais ampla da epidemiologia, pois analisa continuamente indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde visando identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença, preocupando-se não só com a saúde da população, mas também com as condições de bem-estar da comunidade. Essa análise constitui instrumento fundamental para o planejamento de políticas sociais no setor da saúde, campo não abrangido pela vigilância em saúde.

Para se definir o perfil epidemiológico e então identificar a situação de saúde da área do Programa de Saúde da Família é necessário compreender alguns conceitos:

- **Dados demográficos:** aqui se deve realizar o levantamento sobre as informações populacionais que compreende: o número de pessoas que residem na área de abrangência do Programa de Saúde da Família; separar essa população por faixa etária conforme divisão do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a fim de identificar qual o perfil de idade da clientela adscrita; também se deve reconhecer a população de acordo com o seu sexo a fim de se planejar melhor as ações preventivas à saúde da mulher e do homem especificamente.

É possível ainda, cruzarmos dados, como, por exemplo, delimitar a população por faixa etária e sexo ao mesmo tempo, promovendo ainda mais especificidade nas ações da equipe de saúde da família.

- **Dados sócio-econômicos:** o diagnóstico de saúde da comunidade deve conter ainda informações sobre a situação sócio-econômica. E, para isso, devem-se levantar informações relativas à população economicamente ativa, ou seja, em idade produtiva, definindo se possui emprego estável, emprego temporário, o índice de desemprego da população do PSF, dados referentes aos tipos de ocupação e renda da comunidade; a situação das habitações, como por

exemplo, quanto ao tipo de construção das mesmas, condições de higiene destas.

Outra informação importante diz respeito às condições de lazer dessa população, portanto, é necessário identificar se essa comunidade dispõe de algum tipo de distração, como por exemplo, praças públicas e campinhos de futebol comunitários;

- **Condições de saúde:** a situação de saúde das pessoas, individual e/ou coletivamente, ao nível da comunidade ou da família, segundo a classificação da saúde individual pode ser analisada com auxílio de indicadores tais como: natalidade, mortalidade e morbidade.

A natalidade consiste do número de nascidos vivos em um determinado ano, em relação à população total estimada para esse ano.

A morbidade consiste num indicador amplo que nos permite identificar as situações de doenças e riscos para adoecer, podemos utilizá-lo para reconhecer o percentual de hipertensos, diabéticos, pacientes com hanseníase, tuberculose, cardiopatias, doenças crônicas de um modo geral, e também situações que representam risco para adoecer como recém-nascidos com peso < 2500gr, usuários tabagistas, etilistas, obesos, mulheres em tratamento de reposição hormonal, etc.

A taxa de mortalidade consiste na relação entre o número de óbitos ocorridos em determinado ano e a população total estimada para esse ano; ainda é possível conhecer esse indicador de maneira mais específica como: mortalidade proporcional por grandes grupos de causas determinadas (doenças transmissíveis, tumores, doenças do aparelho circulatório, causas externas, originadas no período perinatal, doenças do aparelho respiratório e demais causas determinadas), mortalidade infantil (óbitos de menores de um ano de idade ocorridos em determinado ano – calendário, por 1.000 nascidos vivos naquele mesmo ano), mortalidade neonatal precoce (óbitos ocorridos nos primeiros sete dias de vida, em determinado ano – calendário, por 1.000 nascidos vivos naquele mesmo ano), mortalidade neonatal tardia (óbitos ocorridos entre 07 e 27 dias de vida, em determinado ano – calendário, por 1.000 nascidos vivos

naquele mesmo ano), mortalidade perinatal (número de natimortos – perdas fetais tardias – mais os óbitos neonatais precoces ocorridos em determinado ano – calendário por 1.000 natimortos, mais nascidos vivos naquele mesmo ano), e a mortalidade materna (número de óbitos de mulheres por causas obstétricas por 100.000 nascidos vivos no período).

- **Condições ambientais e consumo coletivo (distribuição espacial):** é necessário conhecer as condições do ar, dos esgotos, da disposição final dos lixos, presença de animais domésticos e até de vetores que possam colocar a saúde das pessoas em risco de adoecer; aqui também deve ser investigada a existência de instituições (fábricas, comércio, serviços, organizações comunitárias e outras) que possam interferir de alguma forma na saúde das pessoas, seja de forma positiva ou negativa.

A distribuição espacial da área de abrangência do Programa de Saúde da Família deve ser observada a fim de identificar se as famílias estão uniformemente distribuídas ao longo do território de abrangência, ou se apresentam de maneira dispersa, enfrentando dificuldades diversas de acessibilidade em relação aos serviços oferecidos. Visto que não basta apenas ofertar os serviços, é imprescindível que se garanta a toda a clientela o acesso a esses serviços.

- **Controle social:** deverá ser estimulado pela equipe de saúde e exercido pela população nos Conselhos e Conferências de Saúde de forma paritária ao governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. A comunidade deve estar envolvida e participar das decisões a fim de que suas necessidades sejam de fato atendidas, além de estimular a responsabilidade da própria comunidade frente às orientações realizadas pela equipe e a conscientização da importância e aceitação do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Reconhecer na comunidade, pessoas que se destaquem por exercer liderança no seu bairro ou até mesmo na sua rua, também favorecem o desenvolvimento das atividades da equipe e auxilia na adesão da comunidade. Trata-se de um estímulo à própria participação social e da aproximação das

relações equipe / comunidade que se sente valorizada sempre que é envolvida através de responsabilidades conjuntas no desenvolvimento das ações da equipe.

## **IDENTIFICANDO SITUAÇÕES E FATORES DE RISCO**

A urbanização e a industrialização determinam uma série de riscos ambientais (contaminação da água e do ambiente por pesticidas e metais pesados, poluição do ar, riscos ocupacionais e falta de saneamento básico, etc.) e de condicionantes sociais e culturais que podem contribuir positiva ou negativamente para as condições de saúde da população.

Por outro lado, o desenvolvimento de novas e sofisticadas tecnologias médicas têm elevado sobremaneira o custo dos serviços de saúde, tornando indispensável à utilização racional dos recursos disponíveis.

A avaliação dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, mediante a identificação de fatores de risco e de grupos da população mais vulneráveis (grupos de risco) a determinados agravos à saúde, favorece a delimitação das ações de prevenção e promoção em saúde e contribuindo assim, para a utilização racional dos serviços de saúde.

Uma área de risco pode traduzir uma condição ambiental que favoreça a morbidade das pessoas desta determinada área, por exemplo, uma área com esgoto a céu aberto que coloca as pessoas em um risco maior de doenças trazidas por vetores como ratos, baratas, entre tantos outros. Também pode traduzir uma determinada população em risco, por exemplo, uma área com um grande número de adolescentes que possuem pouco ou nenhum tipo de atividade e ainda dispõe de acesso facilitado a alguns tipos de entorpecentes, essa situação caracteriza um grupo de risco.

É preciso identificar os problemas ou situações que será a base para o planejamento das ações. Um problema ou situação pode ser definido como uma questão não desejada e que precisa de ações para modificá-lo, mantê-lo ou aprimorá-lo.



As informações do cadastro servem para descrever os problemas ou situações e permitir o conhecimento da magnitude dos mesmos. Exemplos: 40% das mulheres grávidas são adolescentes e 75% das pessoas da área de abrangência são sadias.

Para agir com sucesso perante um problema, é preciso identificar as possíveis causas do mesmo, por exemplo, as possíveis causas das mulheres grávidas adolescentes poderiam ser: falta de educação sexual para as adolescentes; ausência de opções de esporte, lazer e cultura para os adolescentes; falta de vagas nas escolas; ou ainda, desestruturação familiar. O que pode deixar as adolescentes sem referencial de lar.

Como podemos observar, um único problema pode ter várias razões e, ocasionalmente, pode ser necessário aprofundar no mesmo para encontrar suas causas. Cabe ao planejador das ações, ou à equipe de saúde da família, identificar aquela (s) que, ao seu juízo, tem impacto mais significativo na geração do problema. Essa (s) causa (s) chamada (s) de nó (s) crítico (s), será o objeto de ação do planejador e que, dependendo dos recursos que possua, poderá ser delimitado como o início do combate ao problema.

Em certas ocasiões é necessário identificar também as conseqüências dos problemas e então planejar ações para enfrentar os mesmos, por exemplo, uma gravidez na adolescência pode representar uma gravidez de risco.

Algumas vezes, não se pode atuar sobre todos os problemas, causas, conseqüências ou situações e, então devemos elencá-los por prioridades, ou seja, escolher os que tenham maior freqüência, importância e vulnerabilidade. Frequentemente é isso que ocorre, o importante é que se repercutir muito na população tornando-a vulnerável é o que pode ser resolvido total ou parcialmente.

Após identificar os problemas, causas, conseqüências ou situações é preciso definir as estratégias de ações que serão desenvolvidas para modificar, manter ou aprimorar os mesmos, devendo estipular para cada ação, os prazos e os responsáveis pela sua execução.

A avaliação é um elemento essencial ao planejamento, visto não ser possível afirmar se um trabalho foi eficiente e eficaz se seus resultados não forem

devidamente avaliados. É importante observar que os instrumentos e métodos de avaliação devem aferir os níveis de alcance dos objetivos propostos no plano de trabalho, incluindo também o desempenho da equipe, impacto das ações nos indicadores de saúde, satisfação dos usuários e as alterações de efetivas no modelo de atenção à saúde.

O SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) deve ser incluído como um dos instrumentos de acompanhamento e avaliação do plano da equipe no Programa de Saúde da Família.

### **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB**

O Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) tem por finalidade fornecer de forma prática, ágil, atualizada, completa e de fácil manipulação, instrumentos de controle e planejamento, além de possibilitar a socialização das informações de saúde. O SIAB apresenta também como objetivo, avaliar a adequação dos serviços oferecidos e readequá-los, sempre que necessário e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Isso também é válido para a análise das prioridades políticas a partir dos perfis epidemiológicos de determinada localidade e, principalmente, para a fiscalização da aplicação dos recursos públicos destinados à área social, conformando-se numa estratégia para a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

O SIAB tem como lógica central de seu funcionamento a referência a uma determinada base populacional. O Ministério da Saúde (MS) em 1998, por meio da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, editou um manual que descreve os conceitos e procedimentos básicos que compõem o SIAB, bem como as orientações gerais para seu preenchimento e operacionalização.

O SIAB baseia-se nos conceitos de modelo de atenção, família, domicílio, área, microárea e território. O Ministério da Saúde orienta que o SIAB seja informatizado. Caso o município não disponha do programa, este deve procurar o DATASUS ou a Coordenação Estadual do PSF para que estes instalem (gratuitamente) o programa.

O SIAB é um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados.

O preenchimento das fichas é tarefa do agente comunitário, a partir de suas visitas domiciliares. Elas devem ser atualizadas sempre que necessário, ou seja, mediante ocorrência de eventos, como: óbito, nascimento, inclusão de parente ou agregado ao grupo familiar, etc. Assim, registrar corretamente os dados com maior fidedignidade possível é responsabilidade do Agente comunitário. As fichas são instrumentos de trabalho do PSF, pois permitem o planejamento das atividades da equipe, tendo como base o conhecimento do diagnóstico de necessidades da população a que assiste.

São instrumentos de coleta de dados:

- Ficha A – cadastramento das famílias;
- Ficha B-GES – acompanhamento de gestantes;
- Ficha B-HÁ – acompanhamento de hipertensos;
- Ficha B-DIA – acompanhamento de diabéticos;
- Ficha B-TB – acompanhamento de pacientes com tuberculose;
- Ficha B-HAN – acompanhamento de pacientes com hanseníase;
- Ficha C (cartão da criança) – acompanhamento de crianças;
- Ficha D – registro de atividades, procedimentos e notificações.

São instrumentos de consolidação de dados:

• Relatórios A1, A2, A3 e A4 – relatório de consolidado anual das famílias cadastradas;

• Relatórios SSA2 e SSA4 – relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias;

• Relatórios PMA2 e PMA4 – relatórios de produção e marcadores para avaliação.

O dado, após coletado, deve ser selecionado, processado, analisado e transformado em informação pela equipe de PSF. Este se conforma como um

produto das relações entre os vários atores envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários, famílias, etc.).

O SIAB gera relatórios de uma determinada base populacional, população coberta pelas equipes de saúde da família, a partir da ficha de cadastramento da família denominada Ficha A, cadastramento este realizado pelos agentes comunitários de saúde e que produz informações relativas às condições demográficas, sanitárias e sociais. Além de possibilitar traçar alguns aspectos da situação de saúde referida da população.

Apesar de fornecer algumas informações essenciais para as equipes do Programa de Saúde da Família esse instrumento de coleta e o seu produto são passíveis de crítica.

Quanto ao cadastramento das famílias, é um bom indicador para acompanhamento do planejamento de implantação e implementação da Equipe de Saúde da Família (ESF), pois permite determinar com garantia quanto de cobertura da população do município e quanto de cobertura das famílias estimadas já se realizaram.

Ainda são possíveis determinar a estrutura familiar, o número de pessoas e a idade por família. Em relação ao saneamento, o instrumento revela-se como suficiente e de fácil manuseio para avaliação das informações, além de proporcionar uma ferramenta para divulgação, planejamento e possibilitar a indicação de serviços e ainda avaliar a prestação de serviço público e mecanismo de autoproteção.

Os dados referentes aos serviços de água tratada, esgotamento sanitário e destino final dos dejetos sólidos são passíveis de serem trabalhados com o cruzamento de informações para determinar fatores de risco dentro das microáreas, facilitando o planejamento e diminuindo os esforços desnecessários.

Também são obtidas informações sobre o abastecimento de energia elétrica das famílias cadastradas o que serve como parâmetro para qualidade de vida, além de indicador de prestação de serviços públicos.

Quanto à situação de moradia, por este instrumento é possível avaliar o número de cômodos e o tipo de material utilizado nas construções.

Em relação à escolaridade este instrumento, apesar de restrito, pois apenas focaliza o fato de estar na escola ou não, ser alfabetizado ou não, é possível a construção de indicadores de educação.

É importante salientar que esta variável seria mais bem explorada se trabalhada com o grau de escolaridade ou anos de estudo, avaliando toda a família e o determinando para todos.

Quanto à variável morbidade referida, por si já carrega inúmeras limitações, porém, ao ser abordado existe uma tendência à omissão, já que a grande maioria das patologias listada carrega grande grau de estigmatização e tendência em revelar patologias pertencentes às grandes endemias ou de interesse aos programas nacionais. Não oportunizando o que poderia ser um grave problema para a comunidade estudada.

As fichas do grupo B (B-GES, B-HÁ, B-DIA, B-TB e B-HAN) e a ficha C são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento. A cada visita mensal, os dados destas fichas devem ser atualizados. O ACS deve guardar consigo as fichas de acompanhamento e o instrutor/supervisor deve revisá-las periodicamente. Sempre que cadastrar um caso novo, o agente comunitário de saúde deve discutir com o instrutor supervisor o acompanhamento do mesmo.

Nas fichas B-GES o ACS cadastra e acompanha mensalmente o estado de saúde das gestantes. A cada visita, os dados da gestante devem ser atualizados nesta ficha, que deve ficar de posse do ACS, sendo discutida mensalmente com o instrutor/supervisor. Sempre que cadastrar uma nova gestante, o agente comunitário deve programar com o instrutor/supervisor o acompanhamento da mesma.

A Ficha B-HA serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos hipertensos. Atenção: só devem ser cadastrados, 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 de Saúde para realização de consulta médica. Só após este procedimento, com o diagnóstico médico estabelecido, é que o ACS cadastra

e acompanha o hipertenso. A cada visita, os dados da ficha devem ser atualizados. Ela fica de posse do ACS e deve ser revisada periodicamente pelo instrutor/supervisor. Sempre que cadastrar um caso novo de hipertensão, o agente comunitário deve discutir com o instrutor/supervisor o acompanhamento do mesmo.

A Ficha B-DIA serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos diabéticos. Atenção: só devem ser cadastrados, as pessoas com diagnóstico médico estabelecido. Os casos suspeitos (referência de diabetes) devem ser encaminhados imediatamente à Unidade de Saúde para realização de consulta médica. Só após este procedimento, com o diagnóstico médico estabelecido, é que o ACS cadastra e acompanha o diabético. A cada visita, os dados da ficha devem ser atualizados. Ela fica de posse do ACS e deve ser revisada periodicamente pelo instrutor/supervisor. Sempre que cadastrar um caso novo de diabetes, o agente comunitário deve discutir com o instrutor/supervisor o acompanhamento do mesmo.

A Ficha B-TB serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com tuberculose. A cada visita os dados da ficha devem ser atualizados. Ela fica de posse do ACS e deve ser revisada periodicamente pelo instrutor/supervisor. Sempre que cadastrar um caso novo de pessoa com tuberculose, o agente comunitário deve discutir com o instrutor/supervisor o acompanhamento do mesmo.

A Ficha B-HAN serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com hanseníase. A cada visita os dados da ficha devem ser atualizados. Ela fica de posse do ACS e deve ser revisada periodicamente pelo instrutor/supervisor. Sempre que cadastrar um caso novo de pessoa com hanseníase, o agente comunitário deve discutir com o instrutor/supervisor o acompanhamento do mesmo.

O instrumento utilizado para o acompanhamento da criança – a Ficha C – é uma cópia do Cartão da Criança padronizado pelo Ministério da Saúde, utilizado pelos diversos serviços de saúde nos municípios. Este Cartão é produzido em dois modelos distintos: um para criança do sexo masculino e outro para criança

do sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos, acompanhada por uma unidade de saúde deve possuir este cartão. É ele que servirá como fonte básica dos dados que serão coletados pelos ACS.

Para as crianças menores de dois anos o ACS deve utilizar como base para coleta de dados, o Cartão da Criança que está de posse da família, transcrevendo para o seu cartão-sombra os dados registrados no Cartão da Criança. Caso a família não tenha o Cartão, o ACS deverá preencher o cartão-sombra com base nas informações referidas e orientar a família a procurar a unidade de saúde de referência para providenciar a 2ª via.

A Ficha D é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. Cada profissional entrega uma ficha D preenchida ao final do mês. O preenchimento deste instrumento deve ser efetuado diariamente (nos dias efetivos de trabalho de cada mês).

O relatório SSA2 consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área. Os dados para o seu preenchimento são provenientes as Fichas A, B, C, e D e referem-se às micro áreas de uma mesma área.

Este relatório deve ser preenchido apenas quando o modelo de atenção for Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou Programa de Saúde da Família.

A consolidação dos dados das diversas microáreas deverá ser feita durante a reunião mensal da equipe, sendo de responsabilidade de um dos profissionais do nível superior à condução das atividades e o preenchimento desses relatórios.

O relatório SSA4 consolida os dados referentes às áreas de um mesmo município, por modelo de atenção (PACS ou PSF) e de zona (urbana ou rural). As informações contidas neste relatório referem-se às áreas cobertas pelo PACS e PF no município. Este instrumento deve ser utilizado apenas onde o sistema de informação não está informatizado.

O preenchimento do relatório SSA4 deve ser efetuado a partir dos dados dos relatórios SSA2 de todas as equipes de saúde atuantes (PACS ou PSF). O trabalho da consolidação dos dados deve ser realizado por profissionais de saúde da coordenação municipal/Secretaria Municipal de Saúde durante reunião mensal com as equipes.

O relatório PMA2 consolida mensalmente com a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadores, por área. Será utilizada nos casos em que o modelo de atenção for Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou Programa de Saúde da Família ou outro (demanda espontânea ou oferta programática).

Marcadores são eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de, em médio prazo, avaliar as mudanças no quadro de saúde da população adscrita.

Quando o modelo de atenção for outro (demanda espontânea ou oferta programática), uma parte da lista de marcadores que são provenientes do relatório SSA2 (RN com peso < 2500 gramas, gravidez em < 20 anos e os referentes a hospitalizações e óbitos) não será obtida. É importante observar que, neste modelo, o nível de agregação corresponde à área de abrangência da unidade de saúde. Os dados necessários ao seu preenchimento são constantes das fichas D e dos relatórios SSA2.

O relatório PMA4 destina-se à consolidação mensal dos dados dos relatórios PMA2, apenas nos municípios onde o sistema não esteja informatizado, totalizando as informações referentes à produção de serviços e à ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadores, por município. Em cada coluna devem ser lançados os dados do relatório PMA2 das equipes conforme os modelos de atenção (PACS, PSF ou outro) existentes no município. Em caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou Programa de Saúde da Família (PSF) discriminar a zona (urbana ou rural).

O trabalho de consolidação dos dados deve ser realizado por profissionais de saúde da Coordenação Municipal/Secretaria Municipal de Saúde



durante reunião com as equipes de saúde. As instruções de preenchimento para este relatório são as mesmas do relatório PMA2.

Os relatórios A1 até A4 consolidam dados das famílias cadastradas. O primeiro agrega as informações de uma microárea, a área sob a responsabilidade de um ACS. O relatório A2 reúne os dados de uma área ou várias microáreas controladas por uma equipe; o A3 associa os históricos de diversas áreas para retratar um segmento territorial. Por fim, o relatório A4 permite agrupar os elementos recolhidos pela ação dos ACS em todo o município. O cadastramento das famílias deve ser agrupado pelo instrutor/supervisor junto com o ACS.

Conclui-se que o SIAB é uma ferramenta importante para o processo de discussão dos dados pelas equipes de saúde, sendo estas capazes de autogerir e auto-analisar seu trabalho.

## **A FAMÍLIA E O PROCESSO DE SAÚDE – DOENÇA**

Considerando a saúde – doença como um processo de equilíbrio – desequilíbrio das pessoas no meio em que está inserido, determinado por sua maneira de viver; se relacionar e a forma como desenvolve seu trabalho, os vários fatores que contribuem para a doença estão inter-relacionados em: biológico, ecológico e comportamental do indivíduo e do grupo a que pertence de sua família e sua comunidade. A forma como reage a um desequilíbrio ou agravo de qualquer natureza pode determinar o aparecimento de riscos e doenças.

A dinâmica da família, ou seja, a sua organização, os papéis que cada um assume estabelecem um equilíbrio no relacionamento entre seus membros. Cabe à equipe estar atenta a isso, pois em situações de desequilíbrio pode-se fazer necessário à inversão de papéis, ou ainda, ser essa inversão a própria causa de desequilíbrio, apontando muitas vezes sinais e sintomas de doenças. Esta avaliação feita pela equipe não deve levar a juízo de valores ou julgamento de situações determinadas como boas ou más e sim analisar nas entrevistas com a família, de que forma esta ou aquela situação interfere, causa desconforto e é vista como um problema.

Ouvir a família é uma importante referência para entender o processo saúde – doença, bem como conhecer seu estilo de vida que inclui um conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo que afeta sua própria saúde e sobre as quais eles têm maior ou menor controle.

Os hábitos de vida estão relacionados a riscos para a saúde ou não, por exemplo, a falta de exercícios leva à obesidade, agrava as doenças coronárias e resulta numa total ausência de forma física e problemas de auto-estima.

Os padrões de consumo, como outro tipo de risco que a própria pessoa se impõe, envolvem desequilíbrios na alimentação (obesidade), alcoolismo (deseestrutura familiar, acidentes de trânsito), tabagismo (doenças pulmonares), dependência de entorpecentes (isolamento social, ansiedade, suicídio ou homicídio, acidentes), ingestão abundante de glicose (cáries dentárias, obesidade).

As pressões no trabalho, que levam ao stress, ansiedade ou tensões, que por sua vez podem causar úlceras e hipertensão, são estilos de vida prejudiciais à saúde, e nem sempre identificados, são os riscos ocupacionais.

Outros fatores como as condições de moradia e riscos relacionados ao meio ambiente como poluição da água, do ar e sonora, de forma mais abrangente afetam os indivíduos e compromete a família e, às vezes, a comunidade, levando a doenças infecciosas e/ou respiratórias, até seqüelas como perda auditiva.

Numa dimensão social e psicológica a saúde ambiental contém os principais fatores que envolvem a modificação de comportamentos, problemas de percepção e de relacionamento.

Por outro lado, o modelo de assistência à saúde, o acesso ao serviço e à resolutividade, associado ao trabalho de equipe que estimule o autocuidado e a repensar o estilo de vida dos indivíduos e suas famílias, contribuem para que as pessoas se sintam responsáveis na busca ativa para a solução dos seus próprios problemas, dessa forma ele se sente capaz de se auto-ajudar, reconhecendo-se como parte ativa no pronto restabelecimento de sua saúde. Além de favorecer a sua adesão a medidas preventivas que evitam uma nova situação de adoecimento.

## VISITAS DOMICILIARES

Uma prática importante para os profissionais que atuam junto ao Programa de Saúde da Família é a visita domiciliar. Esta constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade. Ela propicia maior proximidade com as pessoas e seu modo de viver. Possibilita identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros que a compõem, como estas formas são socializadas entre os membros. E quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do núcleo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura e recuperação de um dos membros.

Fazer uso dessa tecnologia implica buscar compreender as relações entre os indivíduos que compõem uma família e a maneira como estas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença. Para isso, devem utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas também, principalmente, para a identificação de suas características, seus problemas de saúde e vulnerabilidades aos agravos de saúde.

A identificação das condições de vida e trabalho dessas famílias permite identificar os perfis de reprodução e produção, respectivamente, os quais por sua vez, permitirão conhecer diferentes grupos no território, homogêneos em função dessas características identificadas. As condições de saúde, as vulnerabilidades aos agravos e as condições protetoras comporão perfis epidemiológicos desses mesmos grupos sociais.

Objetiva-se, por meio da visita domiciliar, uma intervenção que possibilite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Dessa forma, não se busca o policiamento do cumprimento de uma orientação, mas promover educação em saúde. A prática de a visita domiciliar permite compreender as dificuldades financeiras, sociais e identificar as famílias

com maior risco de adoecer e morrer e, assim, contribuir para a construção do princípio da equidade proposto pelo SUS.

A visita domiciliar deve fornecer condições para a equipe organizar o acesso aos serviços de saúde e priorização dos atendimentos as famílias que apresentarem maior necessidade. Para que esse objetivo seja alcançado, a visita domiciliar deverá ser planejada e sistematizada. Caso contrário, a visita domiciliar fará parte de uma mera atividade social.

Toda e qualquer intervenção realizada no domicílio deve estar pautada no princípio da participação da família na definição de horizontes terapêuticos, na responsabilidade compartilhada e na construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença da mesma.

Um dos principais impedimentos para a realização das visitas domiciliares diz respeito à indisponibilidade de um meio de transporte para o profissional realizar essa atividade. No entanto, a territorialidade proposta na estratégia de Saúde da Família deverá eliminar essa dificuldade, tornando possível essa prática.

É importante conhecer os pressupostos que orientam a visita domiciliar: necessidade de um profissional habilitado e com capacitação específica; nem toda ida ao domicílio pode ser considerada uma visita domiciliar; para ser considerada uma visita domiciliar, tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, com uso de técnicas de entrevista e de observação; a intervenção no processo saúde-doença pode ou não ser uma ação integrante da visita domiciliar.

As diferenças culturais, educacionais, mitos, valores, ritos, etc. podem existir e quando estiverem presentes devem ser consideradas no planejamento da visita domiciliar.

O planejamento inicia-se com a seleção das visitas, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde. Deve ser considerado o itinerário, o tempo a ser gasto em cada casa e o horário disponível do profissional e da família. Em seguida, deve-se ter claro o objetivo da visita para embasar a entrevista e a observação a ser realizada. Posteriormente, deverá preencher os impressos

formais de a visita domiciliar, que deve conter o número de cadastro da família, quem realizou a visita, nome dos usuários abordados, objetivos e dados coletados previamente.

Durante a visita, o profissional de saúde deve estar preparado para as intercorrências e adaptar o seu plano de visita domiciliar a fim de alcançar os objetivos e atender as necessidades explicitadas da família. Ao adentrar no domicílio, o profissional deve identificar-se e já expor, com clareza, os objetivos da visita; deve ser cordial, mas evitar extremos da formalidade e da intimidade com os usuários.

Após a realização da visita, de volta à unidade, o profissional deverá elaborar um relatório escrito a cerca da atividade realizada, o qual deverá ser claro, objetivo, sintético, ter uma seqüência lógica e conter as necessidades encontradas na família, as propostas e intervenções realizadas. O relatório é importante para que as informações coletadas sejam compartilhadas com os membros da equipe e não se percam ao longo do tempo, subsidiando a continuidade da assistência à família.

E por fim, é necessária uma avaliação de a visita domiciliar para que a equipe estabeleça as metas para a etapa seguinte, junto àquela família e para que o profissional possa fazer uma auto-avaliação na realização da visita domiciliar.

Numa equipe de saúde multidisciplinar, todos sentem necessidade de auxiliar o próximo dentro de sua perspectiva profissional. Para compreendermos quem é a pessoa que nos relacionamos, é necessário possuir uma comunicação eficiente. Essa comunicação pode ser verbal ou não-verbal. Segue abaixo dez modos de escuta:

- **Acolhimento:** consiste em acolher as mensagens enviadas pelo outro com compreensão empática, ou seja, demonstrando à pessoa que fala que estamos interessados no assunto;

- **Reciprocidade / partilha:** é a capacidade de se tornar empático, ou seja, se colocar no lugar do outro;

- **Simpatia / empatia:** acolhida, partilha saudável de emoções, capacidade de se colocar no lugar do próximo e sentir suas emoções;
- **Informação / interpretação / diagnóstico:** consiste na compreensão da situação, de modo que as intervenções possam ser adequadas e efetivas;
- **Juízo de valores:** quem auxilia geralmente se coloca na condição de expectante e de censura a partir de seus próprios critérios e valores morais, e tal postura deve ser rigorosamente evitada pelos membros da equipe de saúde;
- **Conselho / sugestão / prescrição:** tem o intuito de transmitir informações úteis, que venham a atender alguma necessidade;
- **Apoio e consolo:** a pessoa que auxilia deve tentar minimizar o sofrimento do ajudado, consolando e encorajando o enfrentamento da situação problema ou do sofrimento em questão;
- **Classificação:** quem ajuda deve interagir com o ajudado, para que ambos possam chegar à melhor solução para cada tipo de problema que esteja sendo vivenciado;
- **Investigação:** é necessário investigar o problema e obter o maior número de informações para se chegar ao diagnóstico da situação;
- **Aspectos funcionais:** a pessoa que auxilia deve manter o ajudado informado sobre a evolução da sua situação.

A necessidade e o momento é que dirá o tipo de interação que deve se estabelecer.

As maiores dificuldades de comunicação surgem quando não é possível romper a distância que confere a identificação entre o paciente e a equipe. No sentido dessa aproximação os agentes de saúde têm um papel intermediador e aproximativo. É importante destacarmos que a afirmação da diversidade cultural abrange todas as possibilidades e vivências experimentadas pelo indivíduo e não somente a determinação de sua classe social.

Compreendida a dinâmica da comunicação passamos a visita nos domicílios.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU – 10 / 12 / 1948) reconhece, no seu artigo XII, que: “Ninguém será sujeito a interferências na sua

vida privada, na família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação. Toda pessoa tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques”.

O respeito à residência das pessoas e a sutileza que deve permear qualquer ação de saúde é indiscutível e imprescindível para adentrarmos esse espaço que consiste do lugar que o indivíduo escolhe e define como seu território.

Marcar com antecedência as visitas é essencial para evitar constrangimentos, visto que a residência da pessoa é uma extensão de sua própria pessoa e por isso ela sente a necessidade de causar uma boa impressão ao recepcionar a equipe.

### A FAMÍLIA E A SUA CONDIÇÃO DOMICILIAR

Família é uma palavra na qual desperta diferentes significados, dependendo da área (Sociologia, Direito, Biologia, etc.) e das variáveis selecionadas (ambiental, cultural, social, religiosa, por exemplo). Para fins operacionais de processo de trabalho pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização. E neste contexto cada integrante tem sua importância participativa.

Diante destes conceitos pode-se dizer que existem formas de família que prevalecem na sociedade hoje, como por exemplo: os conceitos de família adotiva, família biológica, família nuclear, entre outros menos utilizados.

A definição de família deve considerar as crenças da família sobre sua concepção de família. Dessa forma, é essencial perguntar, quem a família considera ser “família”, ainda que a equipe só cadastre os componentes de famílias que residem na área de abrangência. É necessário à equipe, conhecer quais são os membros desta unidade, se houve recentemente algum membro

incorporado à unidade e quais entre os membros não possuem parentesco biológico.

Algumas questões requerem o auxílio da família para facilitar o preenchimento da ficha de cadastro familiar, pois podem ocorrer situações em que mais de uma mesma família habite a mesma moradia. Nesse caso, os Agentes Comunitários de Saúde deverão contar com os moradores para delimitar essas famílias e realizar o correto cadastramento de todos. A fim de se ter dados corretos e consistentes junto ao Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, que é a fonte de informação e produtividade de toda a equipe de saúde da família.

É indispensável entender que saúde da família é diferente de saúde dos indivíduos ou da soma da saúde dos indivíduos que compõem a família. A análise da saúde da família deve incluir simultaneamente saúde e doença, além de indivíduo e coletivo. Saúde da família diz respeito também ao funcionamento da família, pois algumas definições de saúde da família incluem a saúde e o bom funcionamento da família na sociedade. Assim, a definição deve compreender dois aspectos: o da saúde da família, relativo ao estado de saúde dos indivíduos que a compõem, e o do funcionamento da família, como sendo uma descrição avaliativa das funções e estrutura da família.

A família é uma constante unidade de saúde para seus membros. Devido suas características próprias de convivência, proximidade, intimidade, a família tem melhores condições para acompanhar os processos de saúde e de doença de seus integrantes. Dessa forma, a equipe deve considerar as dúvidas, opiniões e a atuação da família na proposição de suas ações. O profissional deve somar seu conhecimento com a experiência da família e propor, juntamente com ela, suas propostas de intervenções.

Existem fatores que influenciam o funcionamento e a saúde da família, como é o caso da cultura. Todas as famílias carregam consigo marcas da cultura da sociedade em que vivem, evidenciados nos estilos de vida, valores, idéias, crenças e práticas. O conjunto dessas crenças e práticas afeta o estado de saúde da família. Eles dão sentido às ações da família e reforçam a coesão familiar.



Os valores familiares direcionam as normas e regras e determinam o comportamento de seus membros. Há grande relação entre os valores da família e da comunidade, assim o relacionamento da família com a comunidade também afetam a saúde e o funcionamento familiar.

A cultura modifica, na família, a distribuição de papéis e de poder e as formas de comunicação que estrutura e dá continuidade à vida familiar. A cultura também influencia a maneira como a família enfrenta suas dificuldades e desafios, como responde a uma situação de estresse ou um problema. Constituem exemplos de estratégias de enfrentamentos: a união familiar, a flexibilidade nos papéis, a capacidade de partilhar pensamentos e sentimentos, a busca de informações, a manutenção de vínculos com membros da comunidade, a busca e utilização de suportes: social, espiritual, psicológico, dentre outros.

Outro fator que influencia o funcionamento da família é a classe social. Esta interage com a cultura, e juntas interferem significativamente nas práticas de cuidado à saúde e, por conseqüência, no estado de saúde da família. Recursos financeiros e condições de vida são indicadores importantes de classe social. Os recursos disponíveis, como os naturais, sociais, materiais, políticos, econômicos e educacionais determinam as condições de vida. Muitas são as famílias pobres atendidas pelas equipes de saúde da família. A pobreza gera dificuldades de agentes estressores para o futuro e preocupações sobre estilo de vida saudável.

Vale ressaltar aqui, que independente do tipo de classe social que a família possa ter, todos devem ser tratados com igualdade e acima de tudo com a mesma presteza, consideração e respeito. A equipe deve perceber a competência cultural de cada família, bem como suas condições sociais, refletida em seu funcionamento e saúde familiar.

A saúde da família afeta a saúde do indivíduo e a saúde do indivíduo afeta a saúde da família. Assim, se um dos membros adoecer a estrutura familiar estará abalada, pois a saúde física e emocional dos membros ocupa um papel de destaque no funcionamento da família. A forma como o sistema de saúde trata a doença, os recursos disponíveis para financiar os serviços de cuidado à saúde e

as políticas e princípios éticos observados nas práticas assistenciais também afetam a família.

O desafio da equipe implica em relacionar todos os fatores acima apresentados e não apenas lidar com as situações típicas de saúde-doença da família. Para isso deve buscar situações que apoiem a integridade familiar, deve defender famílias que estão em situações de vulnerabilidade e interferir em políticas e ações de assistência que beneficiem a família e a sociedade como um todo.

### QUESTÕES ÉTICAS

A comunicação é um fenômeno antropológico (está na essência do homem), histórico (modo do homem expressar-se e relacionar-se) e social (refere-se ao homem como ser social). Essas conotações estão diretamente relacionadas à ética enquanto essência e manifestação do ser humano enquanto norma do seu agir. Não há como falar do ser humano separando-o de sua cultura, seus valores, seus costumes, sua vida, o que em síntese compõem o campo da ética. A comunicação, pois, está necessariamente ligada à ética.

Quando se fala em comunicação entende-se o relacionamento que se estabelece entre os comunicantes. Sendo humanos os que se comunicam, eles existem e agem norteados pelo caráter que os distingue e pelos princípios que os dirigem. Relacionamentos sem respeito a normas comuns dos que se relacionam é aberração. Contradiz a natureza do humano.

À medida que se vive em sociedade, os que se relacionam ou se comunicam distinguem-se pela qualidade desses relacionamentos pautados pelos princípios e ideais que lhe são comuns. A sociedade tem ética quando têm valores, cultura, hábitos, costumes vividos por seus membros. Esses são chamados de cidadãos exatamente porque cuidam desses valores e os mantêm perenes e adequados aos tempos.

Etimologicamente, ética significa caráter, modo de ser. Isso vale tanto para indivíduos como para grupos da sociedade. A palavra grega de origem é

*ethos* e foi introduzida na filosofia ocidental por Aristóteles. Por extensão, ética diz respeito à vida da pessoa, da família, das instituições, da sociedade como um todo. Incluem liberdade e diferença, pluralismo, escolhas e responsabilidade.

Cada indivíduo mostra quem é através de seu modo de agir. Assim, ética é a manifestação da pessoa através do seu modo de agir. Quando alguém faz alguma coisa, toma ou defende uma atitude ou deixa de fazer, está mostrando seu modo de pensar, seus valores, seus princípios, seus hábitos e escolhas.

Há três tipos de ética, a saber:

- **Ética pessoal:** refere-se à ação individual. É ter seus valores e princípios alicerçados nas suas convicções e mundo interior. Ter ética, popularmente falando, é ter consciência ou caráter.
- **Ética pública** (ou social): refere-se à responsabilidade da sociedade como um todo pelo bem comum. Aqui entra a ética política.
- **Ética profissional:** diz respeito à forma específica de agir da pessoa em sua atividade profissional a favor da comunidade.

Um dos princípios da comunicação ética é o de buscar a qualidade dos relacionamentos, o que consiste em respeitar e valorizar os comunicantes de tal modo que pessoas, grupos e a própria sociedade tenham segurança para viver. A ética é a garantia que se constrói numa comunidade pelo respeito que todos mantêm entre si e pela garantia de que leis, contratos e compromissos são resguardados. Quando os relacionamentos têm qualidade e nível, eles por si mesmo valem como norma que rege de modo natural à vida dos envolvidos. O princípio é válido, embora pareça diante da fragilidade do caráter de humanos que, de repente, têm e agem por outras razões.

A equipe de saúde da família, com base nos fundamentos advindos do saber e da especificidade de cada profissional, busca o que entende ser bom para o usuário, promovendo seu bem-estar e protegendo seus interesses. No entanto, parece claro, que ela não pode, ao exercer a beneficência, aniquilar a manifestação da vontade, dos desejos, sentimentos e crenças pessoais de cada um. Aceita eticamente que se possa exercer uma ação persuasiva ou propositiva, mas não é válido que ocorram atitudes manipuladoras de fatos ou dados.

Existe uma relação de confiança que os usuários manifestam pelos profissionais de saúde, o qual se dá pelo vínculo e responsabilização que decorrem da adscrição das famílias. Em se tratando das atividades desempenhadas pela equipe de saúde da família, alguns princípios éticos deverão ser observados com atenção: a privacidade e a confidencialidade das informações. A privacidade deriva da autonomia e engloba a intimidade, vida privada e que somente o usuário decidirá quais informações vai querer partilhar e, ainda, quando ou com quem revelar. Todas as informações advindas dos usuários sejam através da visita domiciliar, da consulta clínica ou de enfermagem, no exame físico, na realização de exames e outros devem ser guardados no âmbito do segredo. E o dever de manter o segredo das informações é obrigação ética dos profissionais de saúde.

A confidencialidade das informações coletadas torna-se ameaçada quando diante dos registros em prontuários e da discussão dos casos clínicos. Para diminuir esse risco os administradores das unidades devem estar atentos aos encaminhamentos de informações relativas aos usuários, evitando o compartilhamento desnecessário de informações entre os profissionais.

O agente comunitário de saúde possui uma situação singular na equipe de saúde da família, uma vez que obrigatoriamente deve residir na área de adscrição da equipe, o que o faz viver o cotidiano da comunidade com mais intensidade que os demais integrantes da equipe. Ao exercer a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade, um maior cuidado é necessário para selecionar quais informações irá compartilhar com o restante da equipe e que são de relevância para melhorar a qualidade da assistência prestada.

É importante considerar ainda, a privacidade do próprio agente comunitário de saúde, sendo ele parte integrante daquela comunidade pela qual é responsável.

Os Agentes Comunitários de Saúde visitam regularmente os domicílios e por isso devem estar muito atentos à maneira que conduzirão essas visitas a fim de manter uma convivência harmoniosa entre as famílias e a equipe. Também os outros membros da equipe devem agir de maneira a preservar essa relação.

São cuidados que toda a equipe deve estar atenta:

- Respeitar igualmente os domicílios independentemente de sua apresentação e condição;
- Solicitar autorização para adentrar os domicílios, questionar se o horário é conveniente e se não o for, combinar o horário da visita;
- Seja atencioso, mas cuidado com excessos a fim de evitar que se torne uma pessoa chata, demore apenas o tempo necessário (as pessoas geralmente são muito ocupadas);
- Não tenha uma postura de observar tudo a sua volta, salvo o imprescindível para direcionar suas orientações e completar seu relatório;
- Mantenha a descrição para preservar a confiança da família;
- Evite críticas e condenações, elas podem ser transmitidas, quando necessário, em forma de uma sutil orientação;
- Não demonstre estranheza perante hábitos culturais diferentes;
- Seja cordial, ofereça sua ajuda;
- Não julgue a conduta das pessoas sob a ótica de seus valores pessoais;
- Mantenha-se digno da confiança das pessoas e busque melhorias para a comunidade;
- Ser capaz de respeitar o sigilo das informações acerca da família que lhe forem confiadas, devendo partilhá-las exclusivamente com a equipe de Saúde, visando o aproveitamento delas apenas para auxiliar a resolução de problemas ou ainda evitar que estes possam ocorrer interferindo de maneira negativa na dinâmica familiar.

Para o desempenho de suas funções o Agente Comunitário de Saúde deve estar capacitado para:

- Analisar o processo saúde – doença na dinâmica comunitária, familiar e individual;
- Conhecer o Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB – Ministério da Saúde;
- Conhecer fatores condicionantes de risco à Saúde;
- Entender a saúde como parte de um contexto de cidadania;

- Reconhecer a si próprio como elo entre a comunidade e a unidade de Saúde da Família;
- Dominar os conceitos de território, área, microárea, família e domicílio;
- Realizar mapeamento e cadastramento da população da microárea de sua responsabilidade;
- Conhecer a importância das visitas domiciliares e agir respeitando os princípios éticos de suas atividades;
- Ter conhecimento sobre as necessidades dos indivíduos em suas diferentes etapas da vida, do recém-nascido ao idoso, a fim de fornecer orientações de saúde a todos;
- Atuar preventivamente nas situações de risco de adoecer, bem como a fim de se evitar riscos de agravamento e complicações de problemas já existentes, como por exemplo, o risco de um Acidente Vascular Encefálico em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Como podemos realizar uma visita domiciliar a uma família sem que esta se torne um transtorno? A visita deve ser um momento agradável e produtivo, onde a equipe possa alcançar seus objetivos previamente delimitados.

Para que se possa obter êxito na visita domiciliar, e tudo transcorra da melhor forma, o agente comunitário de saúde deve seguir algumas orientações que vão, além de nortear seu trabalho, garantir o seu sucesso:

- Na primeira visita identifique-se, e apresente o seu trabalho de forma a conscientizar a família de sua importância e objetivos. Fale também sobre os outros membros da equipe de saúde a fim de familiarizar todos os integrantes. Aproveite também a primeira visita para questionar a família qual o melhor horário para as próximas visitas;
- Procure saber o nome de todas as pessoas da família e conhecer algo sobre elas, isto auxiliará você a conquistar a confiança e estabelecer vínculos com a família;
- Dê a devida importância às pessoas, aos seus problemas e sentimentos que venha a expressar. É necessário saber ouvir e identificar, de acordo com sua competência, as situações que possam caracterizar problemas de saúde e ainda,

conseguir identificar quando se tratar apenas de carência, podendo nesse caso, recorrer-se ao auxílio psicológico para esse membro da família ou ainda para toda a família se houver necessidade;

- Não vá direto às perguntas, converse rapidamente sobre outros assuntos antes. Essa postura facilita a interação entre as pessoas além de deixar a pessoa, membro da família, numa posição mais confortável e de confiança para responder aos possíveis questionamentos que se façam necessários durante a visita domiciliar como um todo;

- Não faça perguntas desnecessárias, esta atitude dificulta a interação, além de tornar a visita desagradável;

- Não cite fatos acontecidos com outras pessoas, utilize a informação ou o exemplo de forma clara e objetiva. Porém nunca permita que a pessoa identifique com quem se deu tal situação, pois o discurso pode parecer uma “fofoca” e isso acabaria com o respeito que a família deve ter sobre seu trabalho e sua própria pessoa;

- Avalie sempre a visita para planejar a próxima pessoa, além de definir se os objetivos foram alcançados e se ficou alguma informação pendente ou que não tenha sido dada;

- Toda família deve ser visitada uma vez por mês, mas se houver necessidade a periodicidade deve ser abreviada. Podemos citar aqui o exemplo de pacientes hipertensos que não aderem corretamente às orientações que lhe são dadas, aumentando dessa forma suas chances de vir a sofrer um acidente vascular encefálico. Ou ainda, se for diabético e estiver em fase de adaptação ao tratamento, esses pacientes requerem atenção especial, necessitando em alguns casos mais que uma visita domiciliar ao mês;

- O Agente Comunitário deve ainda estimular a participação e adesão ao tratamento com palavras de incentivo sempre que houver adesão da pessoa ao que lhe foi orientado. Dessa forma, a pessoa se sente de fato acompanhada, por isso é imprescindível conhecer o problema daquele membro da família, a fim de se dar continuidade às orientações dadas, questionar sobre o cumprimento das

realizadas na visita anterior e ainda evitar que se façam perguntas desnecessárias ou repetitivas;

- Conhecer a dinâmica familiar e questionar sobre os outros membros da família, mesmo que não se façam presentes no momento da visita, também é uma conduta importante, pois demonstra o interesse por todos os membros e não apenas àqueles que estão no domicílio no momento da visita. Nessa situação é importante que se refira aos outros membros também pelos seus respectivos nomes, pois demonstra igual importância e conhecimento entre eles, além de estimular a confiança. Por exemplo, quando você questiona à mãe sobre a saúde do seu filho e lhe oferece também orientações de prevenção a doenças de acordo com sua fase de desenvolvimento ou solicita a carteirinha de vacinação para avaliar se há vacinas a serem recebidas, estreitando ainda mais sua convivência com a mãe;

- Durante as visitas domiciliares, os Agentes devem identificar pessoas que estejam acamadas, com dificuldades de acesso à Unidade de Saúde da Família. Assim, a equipe poderá atuar de forma a priorizar as situações de maior necessidade ou até mesmo urgências que por ventura venham a surgir no decorrer das visitas domiciliares dos ACS;

- Ter conhecimento acerca das patologias mais freqüentes em sua microárea, saber bem os problemas das famílias e os riscos a que estão se expondo, bem como saber orientar de forma a não julgar a família garantem boa parte do sucesso da visita domiciliar. É importante também que se surgir durante a visita domiciliar alguma dúvida que o agente não saiba responder no momento, este deve se informar com a enfermeira responsável na qual deverá elucidar sua dúvida para que o mesmo possa então retornar a casa com a devida resposta. Tais situações não podem ser deixadas de lado, visto que uma vez prometido o esclarecimento este deve ser realizado o mais breve possível a fim de se preservar a confiança e o bom relacionamento entre a família e os membros da equipe;

- Toda a equipe deve também se manter atualizada acerca das questões atuais em saúde a fim de se prestar possíveis esclarecimentos quando



solicitados, visto que algumas situações podem trazer medo e desconforto à população quando não forem bem compreendidos. Um exemplo dessa situação é o risco da gripe aviária chegar ao Brasil, uma informação mal esclarecida pode ocasionar transtornos às pessoas que por ventura venham a demonstrar sintomatologia de uma gripe, pois sabemos que muitas vezes os noticiários tentam informar a população, porém de forma sensacionalista, garantindo a sua audiência.

Manter-se na busca constante do aprendizado sobre as patologias presentes no contexto de saúde coletiva favorece o cumprimento do trabalho educativo em saúde que visa não só o restabelecimento da saúde do indivíduo, mas principalmente a promoção e prevenção desses agravos à saúde de todos. Sendo assim, é dever dos profissionais envolvidos que se mantenham capacitados para ofertar seus conhecimentos de maneira clara e concisa, de forma a garantir que a população-alvo obtenha sua compreensão e devido aproveitamento.

O devido conhecimento do que compete a cada membro da equipe, não só auxilia no relacionamento interpessoal dos membros como favorece que cada um saiba e faça a sua parte dentro da proposta do Programa de Saúde da Família.

----- FIM MÓDULO II -----



# Portal Educação e Sites Associados

## Curso de Enfermagem e o PSF

### MÓDULO III

**Atenção:** O material deste módulo está disponível apenas como parâmetro de estudos para este Programa de Educação Continuada. É proibida qualquer forma de comercialização do mesmo. Os créditos do conteúdo aqui contido são dados aos seus respectivos autores descritos na Bibliografia Consultada.

## **MÓDULO III**

### **SAÚDE DA MULHER ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL**

Quando uma mulher confirma que está grávida passa a vivenciar uma cascata de sentimentos que vão desde alegria, ansiedade, euforia, insegurança e até mesmo surpresa, medo, decepção entre outros sentimentos negativos quando se trata, por exemplo, de uma situação em que a gravidez tenha ocorrido de forma inesperada e não planejada.

Independente das condições em que esta tenha ocorrido, o primeiro passo a ser tomado pela futura mamãe deve ser o de procurar a Unidade de Saúde da Família para que se possa iniciar o acompanhamento pré-natal que irá acompanhar durante toda a gestação a saúde da mulher e do bebê em formação.

É competência da equipe da saúde acolher a gestante e a família desde o primeiro contato na unidade de saúde ou na comunidade. O acolhimento para a gestante deve estabelecer e fortalecer o vínculo profissional-cliente.

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança. Assim, a equipe deve valorizar a história que cada mulher grávida traz e também suas emoções e sentimentos, de forma a individualizar e a contextualizar a assistência ao pré-natal. Para tanto, torna-se necessário criar um ambiente de segurança que permita que a mulher fale de sua intimidade, expresse suas dúvidas e discuta temas (tabus), como a sexualidade.

É através do acompanhamento pré-natal que os profissionais de saúde farão a avaliação do desenvolvimento da gestação, ofertando orientações para promoção da saúde materna e do bebê, bem como identificando possíveis problemas ou situações que representem risco ao decorrer da gestação.

A Assistência Pré-Natal, segundo a Organização Mundial da Saúde, consiste num conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a

proteger o binômio feto/mãe durante todo o período gestacional, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

O ideal seria que todo o pré-natal fosse iniciado tão logo o desejo pela maternidade se manifestasse. Sendo assim, o casal já se planejaria para dar início a uma gestação, gozando de plena saúde. Porém, como na grande maioria das vezes, isso não é possível, deve-se dar início ao pré-natal tão logo se suspeite ou confirme-se a gravidez.

A gestação é um período de intensas transformações físicas e emocionais, em que cada mulher vivencia de forma distinta, diferindo também entre as várias gestações de uma mesma mulher. Essas mudanças podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias, ou simplesmente curiosidade em saber o que se passa no interior de seu corpo. É nessa hora, que se faz importante um acompanhamento multidisciplinar da gravidez oferecido nos "Cursos de Preparação Para o Parto", pois, respostas diretas e seguras, são significativas para o bem-estar do casal e do bebê.

As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem, porém na se pode deixar de orientar os companheiros e familiares, em especial as avós, que normalmente ajudam à gestante e trazem consigo uma gama de informações e crendices populares.

## **DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ**

O diagnóstico de gravidez pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro da unidade básica. Em geral a mulher que está grávida apresenta queixas, tais como: náuseas, vômito, sensibilidade mamária, polaciúria e constipação, e mais tardiamente, pelo aumento do volume abdominal.

O Ministério da Saúde preconiza o diagnóstico considerando a avaliação do ciclo menstrual, data da última menstruação e atividade sexual ativa. Para mulheres, que se encaixam nesses critérios e que estão com atraso menstrual deve ser solicitado o teste imunológico de gravidez (TIG). Se o resultado vier positivo,

significa que a mulher está grávida e, portanto deve iniciar com o pré-natal. Mas, se o resultado do exame vier negativo é necessário repetir o exame anterior após 15 dias. E, se dessa vez o exame persistir no resultado negativo é preciso investigar causas ginecológicas.

O diagnóstico laboratorial – o teste imunológico de gravidez (TIG) – baseia-se no encontro na urina ou no sangue do hormônio gonadotrófico coriônico. O exame de sangue pode confirmar a gravidez até 10 dias após a fecundação, permitindo o diagnóstico precoce da gestação.

## **CONSULTA DE PRE-NATAL**

As consultas de pré-natal poderão ocorrer na unidade de saúde ou durante as visitas domiciliares, conforme disponibilidade da equipe. Pode ser realizado pelo médico ou pelo enfermeiro.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 – o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

A primeira consulta de pré-natal deve acontecer o mais precoce possível. Já as consultas subseqüentes deverão obedecer ao intervalo de 04 semanas até a 32ª semana de gravidez. Entre a 32ª e a 36ª semana o intervalo deve ser de 15 dias e, após a 36ª semana a consulta deverá ser semanalmente.

Em nenhuma circunstância a gestante poderá ser dispensada de consultas de pré-natal antes que o parto aconteça. Isto quer dizer: as consultas no último mês de gestação devem ser semanais, pois algumas complicações podem ocorrer neste período, além de ser o período em que as dúvidas sobre os sinais do trabalho de parto mais aparecem. Em todas as consultas a mulher deverá ser pesada, sua pressão arterial deverá ser aferida, e a partir do 4º mês deverá ter medida à altura de seu útero (que indiretamente avalia o crescimento do feto), além de ser auscultado os batimentos cardíacos do feto (BCF).

Na primeira consulta de pré-natal deve-se preencher o cartão da gestante adequadamente com nome idade, endereço, data da última menstruação, data

provável do parto, idade gestacional, avaliação nutricional. Nesta ocasião deve-se realizar a anamnese da gestante com o levantamento de dados, conforme o roteiro proposto pelo Ministério da Saúde, que segue:

História clínica:

- Identificação: idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual;
- Dados socioeconômicos – grau de instrução, profissão/ocupação, situação conjugal, número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico), renda familiar per capita, pessoas da família que participam da força de trabalho, condições de moradia (tipo, nº de cômodos), condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
  - Motivos da consulta – assinalar se foi encaminhado pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade, se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade – descrevê-la;
    - Antecedentes familiares – hipertensão, diabetes, doenças congênitas, gemelaridade, câncer de mama, hanseníase, tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);
    - Antecedentes pessoais – hipertensão, cardiopatias, diabetes, doenças renais crônicas, anemias, transfusões de sangue, doenças neuropsiquiátricas, viroses (rubéola e herpes), cirurgia (tipo e data), alergias, hanseníase, tuberculose;
    - Antecedentes ginecológicos – ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade), uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono), infertilidade e esterilidade (tratamento), doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive do parceiro), cirurgias ginecológicas (idade e motivo), mamas (alterações e tratamento), última colposcopia oncótica (data e resultado);
    - Sexualidade – início da atividade sexual (idade da primeira relação), desejo sexual (libido), orgasmo, dispareunia (dor ou desconforto durante o ato

sexual), prática sexual durante esta gestação ou em gestações anteriores, número de parceiros;

- Antecedentes obstétricos – número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme), número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais, cesáreas), número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento), número de filhos, idade da primeira gestação, intervalo entre as gestações (em meses), número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37<sup>o</sup> semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42<sup>o</sup> semanas de gestação), número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2500g) e com mais de 4000g, mortes neonatais precoces – até sete dias de vida (número e motivo), mortes neonatais tardias – entre sete e 28 dias de vida (número e motivo), natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu), recém-nascidos com icterícia, intercorrências ou complicações em gestações anteriores, complicações nos puerpérios, história de aleitamentos anteriores, intervalo entre a última gestação e o início da atual;

- Gestação atual – data do primeiro dia da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), data da percepção dos primeiros movimentos fetais, sinais e sintomas da gestação em curso, medicamentos usados na gestação, a gestação foi ou não desejada, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, ocupação habitual.

Exame físico:

- Geral – determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante, medida e estatura, determinação da frequência cardíaca, medida e temperatura axilar, medida da pressão arterial, inspeção da pele e das mucosas, palpação da tireóide, ausculta pulmonar, exame do abdome, palpação dos gânglios inguiniais, exame dos membros inferiores, pesquisa de edema)face, tronco, membros);

- Específico gineco-obstétrico – exame de mamas, medidas da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais (entre a 7<sup>a</sup> e a 10<sup>a</sup> semana com auxílio do Sonar Doppler, e após a 24<sup>a</sup> semana com o Pinard), indicação da situação e

apresentação fetal (3ª trimestre), inspeção dos genitais externos, exame especular (inspeção das paredes vaginais, inspeção dos conteúdos vaginais, coleta de material para exame colpocitopatológico), toque vaginal.

Nas consultas subseqüentes de pré-natal deve ser feita revisão da ficha perinatal e anamnese atual, cálculo e anotação da idade gestacional, controle do calendário de vacinação, exame físico geral e obstétrico (peso, medida de pressão arterial, inspeção da pele e das mucosas, inspeção das mamas, palpação obstétrica e medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos, pesquisa de edema, toque vaginal, exame especular e outros, se necessário). E, interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessário, acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados, realização de ações e práticas educativas.

O pré-natal vai além do cuidar da saúde física, pois durante o pré-natal serão fornecidas as orientações necessárias à mulher sobre sua gravidez. Os cuidados que ela deve ter neste período, a importância de uma correta nutrição, a prática de exercícios, como se dá a evolução do trabalho de parto, o parto em si e a importância do aleitamento materno. Exclusivo até os seis meses pelo menos bem como a técnica correta e os cuidados que devem ser seguidos entre vários outros temas.

O Ministério da Saúde também preconiza o método para o cálculo da idade gestacional (IG) e para a data provável do parto (DPP). Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida deve somar 07 dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar 09 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação, ou o uso do calendário: contar o número de semanas a partir do primeiro dia da DUM para se obter a IG atual em cada consulta, e a DPP corresponde ao final de 40ª semana.

Quando a DUM é desconhecida, se o período for ao início, meio ou fim do mês, considerar como DUM os dias 05, 15 e 25, respectivamente; proceder, então, à utilização de um dos métodos descritos acima.

Em fim, quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a IG e a DPP serão inicialmente determinadas por aproximação, basicamente, pela medida



da altura do fundo do útero e do toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos batimentos fetais.

### **Exames Laboratoriais Na Assistência Do Pré-Natal E Condutas**

Na primeira consulta alguns exames serão solicitados, visando à detecção precoce de algum problema materno que possa afetar a saúde do bebê e o bom andamento da gestação.

Os exames realizados pela coleta de sangue e considerados obrigatórios são:

- Hemograma: serve para avaliar situações de infecção e possível anemia. Se o exame constar ausência de anemia (hemoglobina  $>$  ou igual 11g/dl) iniciar suplementação de ferro a partir da 20ª semana de gestação: 01 drágea de sulfato ferroso/dia (300mg), que corresponde a 60 mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições.

No entanto, se houver constatação de anemia leve à moderada (hemoglobina  $<$ 11g/dl e  $>$  ou igual a 08 g/dl), deve-se tomar a seguinte conduta: solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitose, se presentes; tratar anemia com 03 drágeas de sulfato ferroso/dia; repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (01 drágea de sulfato ferroso/dia), e repetir a dosagem no 3º trimestre; se a hemoglobina permanecer em níveis estáveis ou se baixar, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

Se for constatada anemia grave (hemoglobina  $<$  ou igual a 08 g/dl): referir ao pré-natal de alto risco;

- Glicemia em jejum: tem o intuito de identificar a presença da patologia diabetes mellitus;
- Tipagem sanguínea: permite conhecer o tipo de sangue e o fator Rh correspondente. Se o fator Rh da gestante for negativo e o parceiro Rh positivo ou o fator Rh for desconhecido torna-se necessário acompanhamento e orientação. Deve

ser solicitado o teste de Coombs indireto: se negativo, repeti-lo a cada quatro semanas, a partir da 24<sup>a</sup> semana. Quando o Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco.

- VDRL: exame sorológico para detecção de sífilis. Resultado negativo, repetir o exame no 3<sup>o</sup> trimestre. Resultado positivo, considerar: Sífilis primária – tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada glúteo em dose única); Sífilis secundária (até um ano) – tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada glúteo), repetir em uma semana, sendo a dose total de 4.800.000; Sífilis tardia (um ano ou mais de evolução ou de duração desconhecida) – tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada glúteo) em três aplicações com intervalo de uma semana, sendo dose total de 7.200.000 UI. Importante: tratar o parceiro sempre.

- HbSAg: exame sorológico para detecção de hepatite B;
- HIV: exame sorológico para detecção do vírus HIV. Deve sempre ser voluntário e ser acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste. Se resultado negativo repetir o exame na 30<sup>a</sup> semana. Se positivo, iniciar tratamento com AZT a partir da 14<sup>a</sup> semana, para redução do risco de transmissão vertical, e encaminhar ao pré-natal de alto risco.

- Sorologia para toxoplasmose e rubéola;
- Exame de urina tipo I: é por meio deste que se identifica a proteinúria. Se o exame acusar traços e a gestante não apresentar nenhum sintoma, repetir o mesmo em 15 dias; se houver traços + hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco.

Se o resultado identificar piúria ou bacteriúria: solicitar urocultura com antibiograma.

Em presença de hematúria associada com piúria, solicitar urocultura, se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada.

Caso apresente cilindrúria: referir ao pré-natal de alto risco.

Há diversos outros exames complementares que podem ser solicitados pelos profissionais, se houver indicação clínica, a saber: colpocitologia oncótica (exame preventivo do colo uterino, que pode e deve ser realizado sem problemas, se estiver na época de sua realização), parasitológico de fezes, bacterioscopia de secreção vaginal e outros.

Esses exames serão repetidos durante o decorrer da gestação para a confirmação do estado de saúde da gestante e do bebê, ou quando o profissional julgar necessário.

A Ultra-sonografia é importante para avaliar a idade gestacional, e alguns problemas com o bebê ou com a mãe, tais como: má-formação, descolamento placentário, gravidez nas tubas uterinas, entre outros. Modernamente, há exames de líquido amniótico que podem ser feitos entre a 14<sup>a</sup> e 18<sup>a</sup> semanas de gestação para verificar riscos de anomalias do bebê como Síndrome de Down e más-formações do tubo neural.

O primeiro exame ultra-sonográfico é realizado após a 7<sup>a</sup> semana, não devendo ultrapassar a 14<sup>a</sup> semana de gestação. Tem-se optado por realizar uma ultra-sonografia obstétrica morfológica de primeiro trimestre, se for possível, entre a 11<sup>a</sup> e a 14<sup>a</sup> semana de gestação, no sentido de ser realizado um primeiro rastreamento de más-formações congênitas.

Em geral se realiza um exame ultra-sonográfico em cada trimestre da gestação. Porém, lembre-se, nada substitui a consulta de pré-natal e o exame obstétrico bem feito. A ultra-sonografia é um exame complementar.

## **VACINAÇÃO**

Durante a realização do pré-natal, a gestante também deve ser orientada quanto à sua situação vacinal a fim de conferir proteção contra o tétano neonatal. De acordo com o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde recomenda-se o seguinte esquema vacinal:

- Se a mulher não tiver nenhuma dose prévia ou não souber informar sobre seu passado vacinal, aplicar três doses de vacina antitetânica do tipo adulto (dt) ou,

na falta desta, o toxóide tetânico (TT). Deve ser respeitado o intervalo mínimo de 30 dias entre as aplicações, sendo o intervalo ideal de 60 dias.

- Se a mulher apresenta esquema vacinal incompleto, tendo recebido uma ou duas doses prévias de vacina dT deve-se completar o esquema vacinal com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses faltantes;

- Se a mulher possuir esquema completo há mais de cinco anos deve-se aplicar uma dose reforço;

- Se a mulher possuir esquema completo há menos de cinco anos deve-se considerar a gestante imunizada, portanto não terá nenhuma dose a ser aplicada nesse momento;

- O reforço deve ocorrer a cada dez anos; antecipar a dose de reforço se houver nova gravidez em cinco anos, ou mais, depois da aplicação da última dose;

- A única contra-indicação para a não aplicação da vacina é o relato, muito raro de reação anafilática à aplicação de doses anteriores;

- Os principais efeitos adversos mais comuns são: dor, calor, hiperemia e endurecimento local, e febre.

É importante ressaltar que a proteção contra o tétano neonatal só é possível quando a segunda dose for administrada até 20 dias antes do parto que é o tempo mínimo necessário para que haja produção de anticorpos suficientes para transferir ao feto. Para a prevenção do tétano neonatal em gestações futuras e correta proteção à gestante, é necessário à administração da terceira dose.

A apresentação da carteirinha de vacinação deve ser solicitada já na primeira consulta de pré-natal e as vacinas tomadas o mais breve possível.

## **ATIVIDADES FÍSICAS**

Nas consultas de pré-natal, também devem ser dadas orientações sobre a prática de atividades físicas na gravidez. Durante toda a gestação são indicadas atividades de baixo risco, pois auxiliam na redução do estresse mecânico sobre as articulações e têm um efeito diurético (aumentam a produção de urina), além de outras vantagens. São consideradas de baixo risco: hidroginástica, caminhada,

dança, natação (como atividade física, não como exercício físico, que implica em ritmo, frequência e duração e nem como esporte, que implica em desempenho e competição), ciclismo, yoga. Podem ser realizadas na gestação, se não houver alguma contra-indicação clínica, por, no máximo, trinta minutos diários, de três a cinco vezes por semana.

As atividades consideradas de médio risco devem ser realizadas com cuidado e vigilância, somente por aquelas gestantes que já realizavam atividades de forma habitual. E que têm preparo físico, exemplo: ginástica, aeróbica, tênis, musculação. Mesmo nestas gestantes essas atividades não devem ser realizadas no último mês de gestação.

Está contra-indicada na gestação a prática de vôlei, hipismo, mergulho, futebol, basquete, handebol, entre outras que possam expor a gestação a sérios riscos.

## **ALIMENTAÇÃO E GANHO DE PESO DURANTE A GESTAÇÃO**

A gestante não deve engordar mais do que doze quilos durante a gestação. O ganho muito rápido ou excessivo de peso é prejudicial à gestante e ao seu bebê, pois, entre outras complicações, pode ser fator desencadeante de pressão alta específica da gravidez e/ou de diabetes gestacional, com conseqüências ruins a ambos.

Diante disso, a mulher não deve comer por dois, e sim ter uma alimentação saudável já que, ganhar pouco peso (menos de 7 kg) também pode ser prejudicial. A grávida deve ter uma dieta fracionada (comer pequenas quantidades, várias vezes ao dia), evitando o jejum prolongado (maior do que 6 horas), prejudicial ao feto e que também pode acarretar mal-estar na mãe devido à hipoglicemia (queda da quantidade de açúcar no sangue). Também deve evitar ingerir grandes quantidades que encham o estômago de uma vez, podendo acarretar mal-estar gástrico e azia, devido à digestão mais lenta da gestante e refluxo do estômago para o esôfago.

Engordar demais não é bom, mas, querer manter o peso ou ganhar muito pouco, deixa a mulher susceptível a complicações e conseqüentemente o bebê poderá ser afetado.

A dieta deve ser balanceada, incluindo vitaminas e sais minerais (frutas e verduras), proteínas (leite, carnes e cereais), fibras (verduras, aveia, milho, trigo, frutas), gorduras e carboidratos (pães, massas, doces etc.), estes dois últimos são alimentos energéticos, os quais devem ser consumidos com moderação.

A partir do segundo trimestre da gestação, aumentam as necessidades de ferro, proteínas e cálcio, pois o bebê inicia a fase de crescimento rápido. Coma fígado e outras carnes como; feijão, vegetais verde-escuro e frutas, como laranja e limão, que ajudam a prevenir a anemia por falta de ferro. Não se esqueça do leite e seus derivados (queijo, iogurte etc.) que são importantes para a formação dos ossos e dentes do bebê.

Também deverá ser realizada uma suplementação de ferro, mesmo que se constate a ausência de anemia deve ser prescrita suplementação de ferro a partir da 20ª semana através de uma drágea de sulfato ferroso/dia (300mg), que corresponde a 60 mg de ferro elementar.

Na primeira consulta, é necessária a prescrição de uma vitamina, o ácido fólico, para ajudar na prevenção de malformações congênitas. O ideal é que a mulher comece a tomar esta vitamina desde o momento em que deixa de evitar a gravidez, pois seria bom que no momento da concepção esta prevenção já estivesse em prática.

Algumas situações podem requerer a restrição de algum tipo de alimento ou recomendar uma ingestão maior de outros, dependendo do ganho de peso da grávida, ou ainda na presença de alguma doença (hipertensão arterial, diabetes, problemas renais, etc.) entre outros fatores que requerem orientações específicas do profissional que está acompanhando a gestação.

## FATORES DE RISCO PARA A GESTAÇÃO

Algumas situações implicam em fatores de risco para a gestação e devem ser cuidadosamente investigados e a gestante deve receber todas as orientações possíveis sobre a sua gravidez e as situações que possam acarretar prejuízos à saúde do bebê e da grávida.

São considerados fatores de risco biológicos:

- Idade materna menor que 17 anos e maior que 35 anos;
- Estatura materna inferior a 1,45m e constitui agravante maior se o pai for de estatura grande;
- Peso pré-gestacional abaixo de 45 kg ou ganho de peso durante a gestação menor que 75 kg;
- História prévia de natimorto, óbito neonatal, partos complicados e recém-nascidos de baixo peso (< 2500gr);
- Anemia na gravidez;
- Dependência de drogas químicas;
- Curto intervalo gestacional menor que dois anos e maior de 05 anos;
- Nuliparidade ou multiparidade;
- Esterilidade ou infertilidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva, cirurgia uterina anterior;
- Morte perinatal explicada e inexplicada, óbito fetal;
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado;
- Abortamento habitual;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Isoimunização;
- Amniorrexe prematura;
- Pré-eclâmpsia / eclâmpsia;
- Cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, hipertensão arterial, epilepsia, doenças infecciosas, doenças auto-imunes e ginecopatias.

São considerados fatores de risco sócio-econômicos: a baixa escolaridade (menor de 05 anos), baixa renda e trabalho que exija demasiado esforço físico, condições ambientais desfavoráveis, situação conjugal insegura.

Alguns tipos de hábitos maternos também implicam em risco para a gravidez, como por exemplo, o tabagismo, que acarreta atraso no desenvolvimento do bebê e ganho de peso inadequado, visto que a placenta não se desenvolve como deveria, amadurecendo antes do tempo. Acarretando assim, déficit na oferta de oxigênio e nutrientes essenciais ao bebê o que poderá levar a um aborto, ou ainda, o bebê nascer com baixo peso e desnutrição.

### **Algumas Dicas Para Garantir Uma Gestação Tranquila**

- Faça o teste de gravidez tão logo desconfie que possa estar grávida e inicie seu pré-natal assim que tiver sua suspeita confirmada;
- Faça todos os exames que forem solicitados;
- Faça correto uso das medicações que lhe forem prescritas;
- Compareça às consultas do pré-natal nas datas e horários marcados;
- Realize no mínimo seis consultas: é seu direito!
- Se apresentar sangramento vaginal, perda de líquido, dor em baixo ventre, disúria, se o bebê parar de se mexer por mais de 24 horas, ou ainda, se apresentar contrações em intervalos de 20 minutos, procure atendimento médico;
- Cuide das mamas para ter uma amamentação tranqüila e saudável: fortaleça os mamilos expondo-os ao sol, iniciando com breves períodos de 05 minutos, aumentando gradativamente o tempo de exposição para até 15 minutos por dia (pela manhã e no final da tarde). Os mamilos quando poucos salientes devem ser massageados diariamente por meio de apreensão desde a sua base, com os dedos de uma das mãos, tracionando-o levemente. É importante a contenção e sustentação das mamas a fim de evitar desconforto;
- A gravidez não contra-indica o banho diário e as demais medidas de higiene, porém deve-se evitar uso de duchas vaginais;



- A relação sexual pode e deve ser mantida durante o percurso gestacional, depende da decisão do casal. A prática sexual está contra-indicada na presença de sangramento vaginal, ameaça de aborto, particularmente em mulheres com histórias de abortamento anteriores.

## **QUEIXAS MAIS FREQUÊNTES NA GRAVIDEZ E CONDUTAS**

- Náuseas, vômitos e tonturas: sintomas comuns no 1º trimestre. Orientar a gestante a fracionar a dieta (seis refeições leves ao dia), evitar frituras, alimentos gordurosos ou com odores fortes, líquidos durante as refeições e ingerir alimentos sólidos pela manhã antes de escovar os dentes.
- Sialorréia: é o aumento da produção de saliva. Orientar a gestante evitar cuspir a saliva. Chupar gelo é uma medida eficaz de amenizar o sintoma.
- Pirose ou azia: orientar para evitar fumo, ingestão de café, tereré, chimarrão, chá preto, frituras, ingestão de líquidos durante refeições, álcool e doces. Fracionar a dieta e ingerir leite frio. Se o vômito for acentuado utilizar antieméticos.
- Fraquezas e desmaios: orientar para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade, sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente.
- Dores abdominais e cólicas: corrigir postura, dormir em colchão adequado, evitar calçado de salto muito alto, praticar exercícios diários para tonificar e manter a força muscular, realizar aplicação de calor local e fazer massagem. Deve ser descartada a hipótese de contrações uterinas e trabalho de parto prematuro. Nesse caso, recomenda-se repouso e uso de hioscina.
- Corrimento vaginal: os fluxos infecciosos (de cor amarelada, esverdeada ou odor fétido) devem ser tratados. No entanto, é importante observar que a mulher estará com o fluxo vaginal aumentado e que isto é um achado normal na gestação, não havendo necessidade de uso de cremes vaginais.

- Dor nas mamas: recomendar uso de sutiã, com boa sustentação. Investigar causas patológicas.
- Varizes: procurar descansar com MII elevadas, utilizar meias elásticas, evitar ficar em pé.
- Lombalgia: corrigir postura, usar sapatos baixos e confortáveis, aplicar calor local, se necessário utilizar analgésicos.
- Câimbras: massagear o músculo contraído e aplicar calor local, orientar ficar de pé e descalça em piso frio.
- Cefaléia: em geral, é proveniente de tensão emocional. Descartar possibilidade de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia após 20 semanas de gestação.
- Flatulência e constipação intestinal: aumentar ingesta de fibras, líquidos, realizar exercícios físicos e caminhada, evitar alimentos de alta fermentação.
- Edema: muito comum no final da gestação, decorre da pressão da veia cava inferior pelo útero e se manifesta na região dos tornozelos. Orientar repouso em decúbito lateral ou com MMII elevados. Se o edema for generalizado ou se estender para mãos e face, investigar presença de pré-eclâmpsia e hipertensão arterial.
- Queixas urinárias: o aumento da freqüência urinária é comum no início e final da gestação devido compressão que o útero faz sobre a bexiga. Mas, se houver queixa de disúria ou hematúria, encaminhar ao médico.

## NÍVEIS DE EXECUÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

### *Médico:*

- Realizar consulta de pré-natal, intercalando com o (a) enfermeiro (a);
- Orientar a gestante quanto a fatores de risco;
- Solicitar exames e orientar tratamento conforme as Normas Técnicas e Operacionais;

- Realizar a coleta de exame colpo citológico;
- Identificar as gestantes de risco e encaminhá-las para a Unidade de Referência;
- Deve registrar os dados da consulta no cartão da gestante, mantendo-o atualizado;
- Participar de grupos de gestantes e realizar visita domiciliar se necessário;
- Atender às intercorrências e encaminhar para referência quando necessário.

*Enfermeiro:*

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, etc.;
- Realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames de rotina e prescrever medicações conforme protocolo do Ministério da Saúde ou do serviço;
- Orientar a gestante quanto a fatores de risco;
- Encaminhar gestantes classificadas como de risco para o médico;
- Realizar atividades com grupos de gestantes, sala de espera, grupos de puerpério, etc.;
- Deve registrar os dados da consulta no cartão da gestante, mantendo-o atualizado;
- Realizar exame colpo citológico.

*Auxiliar ou Técnico de Enfermagem:*

- Fornecer orientações sobre a importância do pré-natal e da amamentação à gestante e aos familiares;
- Aferir a pressão arterial e registrar os dados no Cartão da Gestante;
- Fornecer a medicação prescrita pelo (a) médico (a) ou pelo (a) enfermeiro (a) – conforme protocolo do Ministério;
- Aplicar vacina antitetânica;

- Participar das atividades educativas.

#### *Agentes Comunitários de Saúde:*

- Identificar, por meio das visitas domiciliares, as gestantes e encaminhá-las à Unidade de Saúde da Família;
- Desenvolver atividades educativas para a gestante e seus familiares, fornecendo orientações sobre cuidados básicos de saúde, higiene e nutrição;
- Encaminhar a gestante ao Serviço de Saúde ou comunicar ao médico ou enfermeiro (a) de sua equipe caso a gestante apresente: perda sanguínea, corrimento mal-cheiroso, febre, calafrios, dor ou ardência ao urinar, ausência de movimentos fetais, contrações uterinas, mamas endurecidas, vermelhas e quentes;
- Orientar sobre a periodicidade das consultas, identificar situações de risco e encaminhá-las à Unidade de Saúde da Família;
- Captar precocemente as gestantes para que iniciem seu pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação e verificar a adesão da gestante nas consultas subsequentes;
- Realizar visitas domiciliares no período puerperal, acompanhar o processo de aleitamento oferecendo orientações, e aconselhar o planejamento familiar esclarecendo dúvidas da mulher e do seu companheiro.

## **PUERPÉRIO**

É chamado de puerpério o período que compreende a fase pós-parto, onde a mulher passa por alterações físicas e psíquicas até que retorne ao estado anterior à sua gravidez. Esse período se inicia no momento em que se dá o descolamento placentário, logo após o nascimento do bebê, embora também possa ocorrer com a placenta ainda inserida na gestante, é o caso de óbitos fetais intra-uterino.

É durante o puerpério que o organismo materno retorna às suas condições pré-gravídicas. Este período dura em torno de seis semanas, geralmente ele termina quando a mulher retorna sua função ovulatória, ou seja, reprodutiva. Se a puérpera não estiver amamentando, sua ovulação retornará cerca de 6 a 8 semanas do parto.

Em puérperas que estejam amamentando, o momento em que a ovulação retornará é praticamente imprevisível e dependendo da frequência das mamadas pode demorar cerca de 6 a 8 meses. Diante dessas incertezas é necessário orientar essa puérpera em relação a um método contraceptivo adequado ao momento.

O puerpério é convencionalmente dividido em três fases:

- Puerpério imediato – inicia logo após a saída da placenta e dura aproximadamente 02 horas.

- Puerpério mediato: desde o puerpério imediato até 10<sup>o</sup> dia. Neste período ocorre à regressão do útero, a loquiação apresenta-se em quantidade moderada para escassa e amarelada. É um momento oportuno para realização da visita domiciliar pelo profissional médico ou enfermeiro, pois a mulher está repleta de dúvidas e necessitando de avaliação e cuidados de saúde.

- Puerpério tardio – do décimo ao quadragésimo quinto dia;

- Puerpério remoto – além do quadragésimo quinto dia até que a mulher retome sua função reprodutiva.

Durante este período, a mulher apresenta o chamado “lóquios” que consiste de um sangramento sanguinolento liberado pelo útero após o parto. Inicialmente são vermelhos e, por vezes, tão ou mais abundantes que a menstruação e com o passar do tempo tornam-se acastanhados e em pequena quantidade. Passados de dez a catorze dias tornam-se brancos ou amarelados, até que desapareça.

Na consulta de puerpério, que deve ser realizada entre o 7<sup>o</sup> e o 10<sup>o</sup> dia após o parto, juntamente com a primeira consulta da criança pela Unidade de Saúde da Família e têm os seguintes objetivos:

- Identificar patologias freqüentes nesse período e avaliar as condições maternas;

- Controlar e acompanhar a evolução das patologias manifestadas durante a gestação tais como anemias, diabetes gestacional, síndromes hipertensivas, etc.;

- Reforçar orientações bem como esclarecer eventuais dúvidas que possam aparecer;

- Iniciar o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização do recém-nascido, bem como realizar avaliação de seu estado geral;

- Fornecer orientações sobre o planejamento familiar e assistência ginecológica;
- Fornecer orientações sobre o restabelecimento da atividade sexual do casal.

Para realizar uma assistência de qualidade à puérpera é necessário realizar um exame físico minucioso e completo. No exame físico geral é importante a avaliação dos sinais vitais, em especial pulso (deve estar normal no período mediato), temperatura (presença de febre pode indicar infecção puerperal) e pressão arterial (esperado valores pressóricos normais a partir do 5º dia pós-parto).

No exame físico específico, examinar as mamas observando os mamilos quanto ao tipo, sinais de lesões, rachaduras, bolhas, sangramento; sinais de ingurgitamento mamário, pontos endurecidos, vermelhos, doloridos. Quando necessário, ensinar a mãe realizar drenagem do leite e indicar exercícios se houver protusão mamilar. Também deverá avaliar a involução uterina, verificando as condições da cicatrização cirúrgica, o aspecto e quantidade da loquiação.

## **PREVENINDO O CÂNCER DE MAMA**

O controle de câncer em nosso país representa, hoje, um dos grandes desafios que a Saúde Pública enfrenta. E o câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres devido a sua alta freqüência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção de sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.

No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres. Diante deste panorama, é fundamental que haja mecanismos pelos quais indivíduos motivados a cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços capaz de suprir essa necessidade, quantitativa e qualitativamente.

Para atender essa demanda, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero e de Mama. No qual prevê a formação de uma grande rede nacional de profissionais capacitados

para detectar precocemente esses tipos de câncer, atuando efetivamente na promoção e prevenção, cabendo participação efetiva dos profissionais do Programa de Saúde da Família.

O Programa Viva Mulher tem como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres de mama e colo de útero na mulher brasileira, oferecendo serviços de prevenção e detecção em estágios iniciais dessas doenças, bem como o tratamento e reabilitação das mulheres.

### **Prevenção primária e fatores de risco**

O histórico familiar constitui o fator de risco mais importante, especialmente se o câncer ocorreu na mãe ou na irmã, se foi bilateral e se desenvolveu antes da menopausa. Outro fator de risco é a exposição à radiação ionizante antes dos 35 anos. A menopausa tardia (além dos 50 anos, em média) está associada a uma maior incidência, assim como a primeira gravidez após os 30 anos de idade. No entanto, ainda não está comprovado se a mulher que retarda intencionalmente a gravidez para depois dos 30 anos tem maior risco do que aquelas cuja gravidez não ocorreu espontaneamente.

Continua sendo alvo de muita controvérsia o uso de contraceptivos orais no que diz respeito a sua associação ao câncer de mama. Aparentemente, certos subgrupos de mulheres, com destaque as que usaram pílulas com dosagens elevadas de estrogênios ou por longo período de tempo, têm maior risco. Outro fator de risco é a ingestão regular de álcool, mesmo que em quantidade moderada gera um aumento moderado do risco de câncer de mama.

A melhor alternativa ainda é a prevenção primária que consiste em levar a vida da maneira mais saudável possível.

A equipe de Saúde da Família deve atuar significativamente de maneira a orientar e incentivar a prática de hábitos saudáveis tais como: hábitos alimentares com baixo teor de gordura, sal e açúcar e rica em grãos integrais, tubérculos, vegetais e frutas; praticar atividades físicas regularmente, visando manter o índice de massa corpórea entre 18,5 e 25; e ainda, desestimular o consumo de bebidas

alcoólicas que contribuem significativamente para o aumento do risco a várias patologias, inclusive os cânceres.

### **Detecção precoce**

A detecção precoce aumenta elevadamente às chances de cura para as pacientes e para que isso ocorra é imprescindível que as mulheres sejam orientadas. O Programa de Saúde da Família possui a melhor estratégia para a abordagem das mulheres visto que mensalmente os Agentes Comunitários de Saúde vão até os domicílios realizar a visita domiciliar e orientar sobre medidas de promoção e prevenção em saúde.

São estratégias para detecção precoce do câncer de mama:

- auto-exame das mamas que deve ser realizado mensalmente;
- exame clínico anual das mamas, realizado por médicos e enfermeiros, em todas as mulheres especialmente naquelas com idade igual ou superior a 40 anos;
- exame mamográfico que idealmente, toda mulher com idade acima de 35 anos deveria se submeter anualmente. Diante da necessidade de controle e uso racional de recursos o SUS, em alguns municípios, preconiza que a mamografia deve ser solicitada por médico especialista diante de anomalias no exame físico das mamas.

O rastreamento do câncer de mama feito pela mamografia, com periodicidade de um a três anos, reduz significativamente a mortalidade em mulheres de 50 a 70 anos. O Instituto Nacional de Câncer recomenda que o Exame Clínico das Mamas (ECM) seja realizado a cada três anos pelas mulheres com menos de 35 anos, a cada dois anos pelas mulheres entre 35 e 39 anos e anualmente pelas mulheres entre 40 e 49 anos. As mulheres na faixa etária entre 50 e 70 anos devem submeter-se ao exame anual ou semestralmente, sendo a mamografia indicada em casos suspeitos e de alto risco.

Os tipos de tratamentos consistem de intervenção cirúrgica, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia (geralmente complementar ao pós-cirúrgico).

É importante considerar que toda mulher tratada por câncer de mama merece atenção especial e deve ser orientada quanto à sua recuperação e



reintrodução ao meio social em que pertença. Retomada de suas atividades laborativas e quanto à sua adaptação para eventuais limitações que podem ser temporárias ou definitivas dependendo do tipo de tratamento adotado.

Os serviços de saúde ainda devem garantir à mulher o acompanhamento após o tratamento a fim de adotar medidas de suporte em casos de recidiva da doença.

## **PREVENINDO O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO**

O câncer de colo do útero é um grande problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo sendo responsável pela morte de milhares de mulheres, devendo ser devidamente prevenido e controlado. As mais altas taxas de incidência do câncer de colo do útero são observadas em países pouco desenvolvidos. Indicando uma forte associação deste tipo de câncer com as condições de vida precária, com os baixos índices de desenvolvimento humano, com a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde). E com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras. Esta situação torna indispensáveis políticas de saúde pública bem-estruturadas.

Vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições sócio-econômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo (diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados). E à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais. Estudos recentes mostram ainda que o vírus do papiloma humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas. Este vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero.

O Câncer de Colo Uterino atinge predominantemente mulheres na faixa de 35 a 50 anos; porém, há muitos relatos de casos em pacientes com cerca de 20 anos. Nessa faixa etária, freqüentemente, observam-se fatores de risco, como a

menarca precoce, multiplicidade de parceiros e fatores de risco biológicos, que geram uma maior vulnerabilidade. Em mulheres com mais de 50 anos, é necessária a realização regular dos exames de detecção. Inicialmente, o tumor limita-se à região do colo uterino, sua evolução ocorre vagarosamente, motivo pelo qual, se atendida a tempo, é curável na quase totalidade dos casos. No entanto, se não for tratado em tempo hábil, pode estender-se para todo o útero e outros órgãos.

A prevenção primária do câncer do colo do útero pode ser realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual. A prática do sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio pelo HPV, vírus que tem um papel importante no desenvolvimento de lesões precursoras do câncer.

A principal estratégia utilizada para detecção precoce da lesão precursora e diagnóstico precoce do câncer (prevenção secundária) no Brasil é através da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (conhecido popularmente como exame de Papanicolaou). O exame pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais da saúde capacitados para realizá-los.

Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo periódico, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade. O exame preventivo do câncer do colo do útero (exame de Papanicolaou) consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice). Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo através de uma espátula de madeira e de uma escovinha endocervical.

A fim de garantir a eficácia dos resultados, a mulher deve evitar relações sexuais, uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame. Além disto, o exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode alterar o resultado.

Embora o acesso ao exame preventivo tenha aumentado no país, isto não foi suficiente para reduzir a tendência de mortalidade por câncer do colo do útero e, em muitas regiões, o diagnóstico ainda é feito em estádios mais avançados da doença. O diagnóstico tardio pode estar relacionado com: (1) a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde; (2) a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno e médio porte); (3) a capacidade do Sistema Público de Saúde para absorver a demanda que chega às unidades de saúde e (4) as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial, orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção. No qual permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema.

O Ministério da Saúde possui um Sistema Nacional de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), para acompanhamento dos resultados dos exames citopatológicos. No entanto, o SISCOLO ainda não permite a identificação do número de mulheres examinadas, mas apenas a quantidade de exames realizados, dificultando o conhecimento preciso das taxas de captação e cobertura, essenciais ao acompanhamento das ações planejadas. Assim, é indispensável o desenvolvimento de estratégias para estimular/induzir estados e municípios quanto ao registro do número do Cartão SUS. É importante também melhorar o sistema de forma a desencadear o “módulo seguimento” do SISCOLO, o qual permitirá o acompanhamento das mulheres com exames alterados desde a sua entrada no sistema, através da coleta do exame até o seu desfecho, tratamento/cura.

Inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de 1 ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos.

Quanto aos sintomas existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a detecção de possíveis lesões precursoras é obtida através da realização periódica do exame preventivo. Conforme a doença progride,

os principais sintomas do câncer do colo do útero são: sangramento vaginal, corrimento e dor.

Quando se instala, o câncer de colo do útero tem a seguinte evolução:

- displasia – lesão inicial onde as células do colo sofrem alterações mínimas;
- carcinoma *in situ* – é uma forma localizada do câncer, geralmente chega a esta fase decorridos cerca de 3 anos do surgimento da displasia;
- carcinoma microinvasor – quando o tumor invade a mucosa uterina, geralmente decorrido 6 anos da displasia;
- carcinoma invasor - 14 anos após o aparecimento da displasia, o câncer assume sua forma mais terrível espalhando-se, mediante a ocorrência de metástases, para outras regiões do corpo.

*Atenção! O exame preventivo é a única maneira de identificar o câncer de colo de útero em seu início. Nesta fase ele pode ser tratado sem maiores problemas.*

Aqui a atuação do Programa de Saúde da Família deve se dar de forma tão efetiva quanto no caso do Câncer de Mama, realizando trabalhos educativos, e orientando sobre os hábitos saudáveis de vida e encaminhando as mulheres para a realização do exame colpocitológico que pode ser realizado tanto pelo (a) médico (a) da equipe de saúde da família quanto pelo (a) enfermeiro (a).

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia de Papanicolau (colpocitológico) para a detecção precoce do câncer de colo uterino, esta doença continua a ser um sério problema de saúde pública e um desafio à estratégia de Saúde da Família.

## **RESULTADO DOS PREVENTIVOS E CONDUTAS**

### **Inflamação sem identificação de agente**

Caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular. Ocasionalmente, podem-se observar alterações, em decorrência do uso do dispositivo intra-uterino (DIU), em

células endometriais. Casos especiais do tipo exsudato linfocitário ou reações alérgicas, representadas pela presença de eosinófilos, são observados. Conduta Clínica: havendo queixa clínica de leucorréia, a paciente deverá ser encaminhada para exame ginecológico. Os achados comuns são ectopias, vaginites e cervicites. O tratamento deve seguir recomendação específica. Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do exame ginecológico.

#### **Resultado indicando Metaplasia Escamosa Imatura**

A palavra “imatura”, em metaplasia escamosa é considerada como do tipo inflamatório, entretanto, o epitélio nessa fase está vulnerável à ação de agentes microbianos e em especial do HPV. Conduta Clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.

#### **Resultado indicando Reparação**

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório, momento em que o epitélio está vulnerável à ação de agentes microbianos e em especial do HPV. Conduta Clínica: seguir a rotina de rastreamento citológico.

#### **Resultado indicando Atrofia com inflamação**

Conduta Clínica: Após avaliação da sintomatologia e do exame ginecológico, podem ser utilizados cremes vaginais contendo estrogênios. Seguir a rotina de rastreamento citológico.

#### **Resultado indicando Radiação**

Nos casos de Câncer do Colo do Útero, o exame citopatológico deve ser realizado para controle de possível persistência de neoplasia residual ou de recidiva da neoplasia após tratamento radioterápico. Conduta Clínica: nos casos em que a citopatologia diagnosticar lesão intra-epitelial (LIE), previsível após tratamento radioterápico, a conduta deverá ser a mesma indicada para lesão intra-epitelial em pacientes submetidas a esse tratamento, devendo ser seguida de acordo com o grau da LIE. Ressaltamos a importância do preenchimento completo e adequado dos dados de anamnese constantes do formulário de “Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero”.

Para fins de cálculo, estima-se que cerca de 30% das mulheres que coletarem o exame citopatológico de Papanicolaou na unidade poderá necessitar de algum tipo de medicamento. Destas, cerca de 15% apresentarão tricomoníase, 50% vaginose bacteriana e 35% candidíase. Sendo assim, estima-se que cerca de 65% das mulheres necessitarão de metronidazol geléia, 35% de miconazol e, após estes cálculos, é necessário que seja previsto a quantidade de tratamento por tinidazol (4 comprimidos de 500 mg) como a quantidade de bisnagas da geléia de metronidazol mais 15% (parceiros das mulheres com tricomoníase). Neste cálculo está implícito o fato do tinidazol ser a opção terapêutica ao invés de metronidazol geléia. É importante salientar que, para fins didáticos, utilizaram-se os seguintes tratamentos para as cérvico-colpites mais comuns da prática ambulatorial:

- Vaginose bacteriana - metronidazol geléia - 1 aplicação intravaginal diariamente por 10 dias ou tinidazol 2g via oral em dose única;

- Tricomoníase - tinidazol 2g via oral em dose única ou metronidazol geléia - uma aplicação intravaginal diariamente por dez dias e necessidade de tratamento do parceiro sexual com tinidazol - 2g via oral em dose única.

Se o resultado estiver dentro dos limites da normalidade, ou seja, negativo para câncer, orientar seu retorno de acordo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde (após 2 resultados negativos em anos consecutivos, um novo exame deve ser coletado a cada 3 anos). Tal recomendação apóia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave. Esta periodicidade não exclui o retorno da mulher para exame clínico das mamas anualmente ou para qualquer outro problema ginecológico que lhe acometa.

Se a amostra for insatisfatória, caso a mulher esteja preparada, deve-se coletar imediatamente uma nova amostra.

Nos resultados de ASCUS, AGUS, NIC I ou compatível com HPV, a mulher deve ser orientada a retornar à unidade em 06 meses para a coleta de novo exame citopatológico. Caso, nesta repetição, haja de novo alguma alteração, a mulher deve ser encaminhada à colposcopia para continuação de sua investigação.

Nos resultados de NIC II, NIC III, Carcinoma Invasor, Adenocarcinoma *in situ*, Adenocarcinoma Invasor ou outras neoplasias malignas, a mulher deve ser encaminhada para a realização da colposcopia. É importante, além da marcação da consulta, o relato do caso em ficha específica de referência ou em receituário com carimbo e assinatura do profissional que encaminhou.

Na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de uma displasia leve (HPV, NIC I) e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto para as displasias moderadas (NIC II) esse tempo é de 38 meses e, nas displasias graves (NIC III), de 12 meses. Em geral, estima-se que a maioria das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos (Sawaya et al., 2001). Por outro lado, o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos (NCI, 2000) calcula que somente 10% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto de 30% a 70% terão evoluído decorridos 10 a 12 anos, caso não seja oferecido tratamento.

Todas as pacientes que apresentem citopatologia sugestiva de lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor, na Unidade da Atenção Básica, devem ser encaminhadas imediatamente à Unidade de Referência de Média Complexidade para colposcopia como conduta inicial. A definição histopatológica de invasão se impõe na Unidade de Referência de Média Complexidade. Quando a colposcopia for satisfatória ou insatisfatória e mostrar lesão, a conduta recomendada é a biópsia. Se o resultado da biópsia for de carcinoma invasor, a paciente deverá ser encaminhada para o Centro Especializado de Alta Complexidade. Se o resultado de biópsia não confirmar carcinoma invasor, realizar conização, desde que não haja indícios clínicos de invasão, situação na qual a paciente deverá ser encaminhada ao Centro Especializado de Alta Complexidade.

## SAÚDE DA CRIANÇA

A base para atuação do Programa de Saúde da Família no acompanhamento de sua clientela infantil deve seguir a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e no Sistema de Vigilância e Acompanhamento Nutricional. Nos quais vão cercear toda a atuação da equipe na promoção da saúde e prevenção das morbidades. O período da infância, geralmente compreendido entre o nascimento até os 2 a 3 anos de idade corresponde ao pico da fase de crescimento e desenvolvimento da criança e sofre influências de fatores internos (aqueles herdados dos pais) e externos (a influência no ambiente em que está inserido).

O desenvolvimento intelectual é um processo que começa desde o nascimento da criança (e, possivelmente, antes). Ao nascer, um bebê apresenta comportamentos simples e também alguns reflexos. Ele necessita de toda a atenção e cuidados do adulto, pois sozinho ele não sobreviveria.

Nesta fase é importante que os pais estejam atentos, pois o período que vai do nascimento à aquisição da linguagem é marcado por um extraordinário e complexo desenvolvimento da mente. O bebê progressivamente aumenta o autocontrole do seu próprio corpo e sentimentos. Assim, ele, conseguirá pouco a pouco lidar com as demandas da vida.

Esse desenvolvimento se dá por períodos:

- Período pré-natal: esse período que vai desde a concepção até o nascimento, o bebê recebe a carga genética dos pais que caracteriza parte de seu desenvolvimento (fatores internos). A criança é idealizada pela mãe mesmo antes de nascer, e até mesmo antes de ser concebida no caso de uma gravidez planejada, e esse desejo materno pelo filho pode influenciar vários aspectos do desenvolvimento da criança;
- Período neonatal: esse período vai do nascimento até o 28º dia de vida. Nesse período apresenta movimentos e reflexos involuntários como gritar e agitar braços e pernas. Neste período a mãe volta sua atenção, interesse e dedicação ao bebê, oferecendo os cuidados que solicita;
- Primeira Infância – Lactente: inicia-se a partir do 29º dia até os 2 anos de idade. É aqui que ocorrem as maiores e mais rápidas modificações em seu



desenvolvimento. O recém-nascido totalmente dependente começa, pouco a pouco, a exercer controle sobre seu corpo e movimentos, adquirindo mobilidade e habilidades que vão lhe permitir dar os primeiros passos e a pronunciar as primeiras palavras, até que evolua ao ponto de ser capaz de falar sobre si;

- Segunda Infância – Pré–escolar: etapa que compreende dos dois aos seis anos de idade. Esse período é caracterizado pelo aprimoramento das habilidades adquiridas até então, especialmente a cerca de sua comunicação, locomoção e manuseio de objetos. É a idade das brincadeiras e do descobrimento. Nessa fase, a criança também começa a interagir com outras crianças nas brincadeiras, dá os primeiros passos para sua independência e pode apresentar as manifestações de medo (do escuro, de certos insetos, animais, etc.). A partir dos três anos de idade, a criança incorpora atitudes e comportamentos comuns à cultura em que está inserida.

## **EXAME FÍSICO**

O crescimento e desenvolvimento da criança devem ser acompanhados mensalmente no seu primeiro ano de vida. Esse acompanhamento se dará pelo exame físico realizado nas consultas médicas e/ou de enfermagem, pela Equipe de Saúde da Família, momento que oportuniza o profissional identificar alterações que poderão ser reparadas precocemente, assim como, possibilita e facilita o trabalho de prevenção e promoção da saúde da criança e família.

Durante a consulta de enfermagem a (o) enfermeira(o) deve ser gentil ao falar e saber escutar atentamente a criança, a mãe e/ou responsável presente neste momento.

É importante seguir passos para que uma consulta alcance êxito: entrevista e observação são fundamentais para se perceber sensações como: medo, insegurança, angústia, saudades, dor e outros, além de entender reações que a criança poderá apresentar ao se deparar com tais sentimentos, e com o processo de adoecer.

Para realização do exame físico a (o) enfermeira (o) utiliza quatro técnicas específicas: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

- **Inspeção:** Refere-se ao exame visual da criança a fim de determinar condições ou reações normais, anormais ou incomuns por meio da observação. A inspeção é mais detalhada e sistemática que a observação, uma vez que ela define características como tamanho, forma, localização anatômica, cor, textura, aparência, movimento e simetria.

- **Palpação:** É o uso do toque sob a pele para determinar as características do corpo. É a percepção manual da temperatura, sensibilidade, consistência, forma, tamanho, situação e movimento da região explorada. As costas das mãos são mais úteis para a avaliação da temperatura, porque a pele, nessa área, é mais fina e permite a discriminação de diferentes temperaturas. Há preferência pelo uso da mão dominante. A palpação pode ser leve ou profunda, a leve é o método empregado para o exame da maioria das partes do corpo, já a profunda é particularmente eficaz no exame do abdômen para a localização de órgãos ou identificação de massas incomuns.

- **Percussão:** Este método representa a maneira de determinar a densidade de diversas partes do corpo, através do som emitido por estas partes quando percutidas com um ou mais dedos da (o) examinadora (o), permitindo de essa maneira determinar tamanho, densidade, limites de órgãos e localização. Esse método é normalmente empregado na definição dos limites do coração. Em órgãos simétricos é conveniente a percussão comparada de um e outro lado.

- **Ausculta:** Envolve os sons produzidos pelos órgãos do corpo. Poderá ser utilizada a ausculta direta (apenas com o ouvido), para detectar sons como chiados. Entretanto, os sons geralmente são indiretamente avaliados por meio do uso do estetoscópio. Essa técnica é utilizada com maior frequência para determinação de características dos sons do pulmão, coração e intestinos.

O exame físico na criança é também um importante momento de interação entre a (o) enfermeira(o) e a criança. Fundamental no estabelecimento de vínculo entre profissional e cliente.

### **CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO**

No Brasil, das mortes ocorridas no primeiro ano de vida, cerca da metade acontece no período neonatal, o que justifica um monitoramento e atenção cuidadosa da saúde neste segmento populacional. Por meio do exame físico do RN, do levantamento de informações obtidas na entrevista com a mãe/cuidadora/familiares acerca das reações comportamentais do RN, das formas dispensadas no cuidado do RN e dos contextos socioeconômicos e culturais em que esta família está inserida. É possível estabelecer o diagnóstico as intervenções, que visam à prevenção e promoção da saúde, contribuindo para a redução e reversão das taxas de morbimortalidade neste período pequeno de vida humana.

O ajustamento do neonato ao ambiente extra-uterino é crítico porque depende das condições gestacionais, de nascimento, biológicas e comportamentais da própria criança, da assistência prestada pelos profissionais de saúde que o atenderam e dos familiares responsáveis pelo cuidado e sobrevivência da criança.

De maneira geral, necessitam de maior atenção os RNs (recém-nascidos) com peso inferior a 1.500g, com idade gestacional inferior a 33 semanas, os que apresentam asfixia ao nascimento e aqueles com malformações congênitas. Estes apresentam maior suscetibilidade e vulnerabilidade. Quase sempre necessita de atendimento hospitalar.

Durante a avaliação do RN é importante observar:

- Medidas gerais: circunferência cefálica (variação de 33 a 35 cm), circunferência torácica (variação de 30,5 a 33 cm), estatura (média de 48 a 53 cm) e peso (2500 a 4000g). São esperadas variações do tipo: bossa serossanguínea cefalo hematoma que regride nas primeiras semanas; perda de aproximadamente 10% do peso de nascimento na primeira semana, recuperando o mesmo entre o 10º e o 14º dia de vida; ganho de 15 a 30 g/dia após a 2ª semana. O aumento maior que 1 cm/mês da circunferência cefálica e a diminuição de peso após o 14º dia implicam em sinais de anormalidade.

- Sinais vitais: temperatura axilar (variação de 36,5°C e 37,2°C), batimentos cardíacos (FC entre 120 e 140 bpm); respiração (FR entre 30 e 60 rpm). Constituem variações esperadas: aumento da temperatura em dias de calor intenso e excesso de roupa no RN; FC e FR aumentam com o choro e diminuem durante o sono. São

sinais de perigo: temperatura axilar menor que 36°C ou maior que 37,5°C, FC menor que 80 ou maior que 180 bmp, FR maior que 60 rmp ou apnéia por mais de 20 segundos, batimento das aletas nasais, retrações xifóide e/ou intercostal e gemido expiratório.

- Alimentação: amamentação de livre demanda, em média de 3-4 horas. Há preocupação quando na presença de fenda palatina ou labial, seqüelas neurológicas, fissuras mamilar, mastite materna e mães que escolhem não amamentar, refluxos ou vômito persistente de leite ingerido.

- Eliminações: é esperado uma freqüência de 8 evacuações/dia, sendo fezes meconiais até o 3º dia, fezes de transição do 3º ao 5º dia, fezes lácteas após. São sinais de alerta: obstipação, fezes diarréicas, diminuição da freqüência urinária associada à presença de edema.

- Coto umbilical: mumificado no 3º dia de vida e queda entre a 1ª e a 3ª semana. Às vezes, há presença de secreção serosa, serossanguinolenta na fase de desprendimento. São sinais de anormalidades: secreção fétida, purulenta, hiperemia local, calor, febre, granuloma.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para atender o binômio mãe-filho com segurança, e para tal é indispensável à habilidade comunicativo-educacional, além de conhecimento técnico a cerca dos mesmos. É necessário informar e ensinar à mãe e familiares os principais cuidados que devem ter para com o RN, a saber:

- Prevenção de hipotermia: manter o ambiente em temperatura em torno de 24°C, evitar correntes de ar;

- Prevenção de problemas na pele: dar preferência aos tecidos de algodão, lavar as roupas do RN separadas. Utilizar sabão neutro ou de coco, enxaguar bem, evitar uso de amaciante, secar ao sol e passar com ferro aquecido. Evitar loções alcoólicas para higienização e evitar uso de calça plástica.

- Banho do RN: deve ser realizado no horário mais quente do dia e não deve ser muito demorado a fim de evitar hipotermia; a temperatura da água deve ser de 38-40°C; começar a higiene pelo segmento cefálico; iniciar o banho com o RN ainda enrolado na toalha, limpar os olhos com bolas de algodão, depois lavar a cabeça

protegendo o ouvido, após secar o couro cabeludo retirar a toalha e prosseguir com a higiene do corpo; depois secar bem as dobras da pele e vesti-lo.

- Curativo umbilical: deve ser realizado após o banho e trocas das fraldas. Limpar o local da inserção removendo as sujidades e secreções, utilizando gaze com álcool a 70%. Evitar que a fralda cubra o coto umbilical.

- Medidas de segurança: evitar locais públicos e com aglomerado de pessoas, animais domésticos, odores fortes, fumaças de cigarro. Evitar deixá-lo em decúbito dorsal ou ventral. Proteger de correntes de ar, poeira e umidade.

- Alimentação: incentivar o aleitamento materno exclusivo, respeitando a demanda espontânea da criança. Evitar o uso de mamadeira.

## **ALIMENTAÇÃO**

Nos seis primeiros meses de vida, a criança deve ser alimentada com leite humano, preferencialmente aleitamento materno exclusivo. Para que essa prática seja possível é importante incentivar o alojamento conjunto, com o propósito de criar vínculo entre mãe e filho já nos primeiros minutos.

Para uma amamentação efetiva é necessário observar alguns passos: posição materna (confortável e segura), posição do recém-nascido (corpo voltado para a mãe, mantendo tórax e abdome de frente para o peito materno), a sucção (o lactente deve abocanhar o mamilo e aréola e comprimi-lo com a língua contra o palato). A criança deve mamar quanto quiser e pelo tempo que quiser o que significa cerca de oito mamadas durante as 24 horas. É conhecido que a livre demanda está relacionada ao ganho de peso mais rápido do que no esquema de horário programado. As duas mamas devem ser oferecidas à criança. Inicia-se pela que foi sugada por último na mamada anterior, a fim de receber o leite mais rico em gordura, que é produzido no final da mamada. Após as mamadas, o bebê pode eructar o ar deglutido. No entanto, nem todos ingerem ar, porém devem ser colocados em decúbito lateral direito.

A amamentação auxilia a recuperação da criança em situação de doença devido à sua adequada composição nutricional. Caso ela não consiga mamar

diretamente no peito, o leite deve ser ordenhado e oferecido com auxílio de colheres ou copos, nunca mamadeira não confundir quanto ao modo de sugar.

A amamentação exclusiva até o sexto mês é a melhor opção de alimentação para a criança. Não é necessário ofertar suplemento hídrico (água, chá, suco). No entanto, a passagem da amamentação exclusiva para a mista deve acontecer de modo gradual e planejado. É importante considerar o tipo de alimento oferecido, a consistência, o modo de preparo e o modo de oferecer. Inicia-se com frutas da estação, sempre maduras. Devem ser oferecidas amassadas ou raspadas. A quantidade deve ser de 2 até 6 colheres de sopa (aumentando-se gradualmente). Pode-se também iniciar dando purês de legumes e cereais, nas mesmas quantidades. Comece com um só tipo de fruta ou legume que, a cada 2 ou 3 dias, pode ser trocado, para testar a tolerância da criança. Evitar usar sal ou açúcar ou usá-los em pequenas quantidades. No caso de sopas e mingaus a consistência deve ser espessa o suficiente para serem oferecidos com colher.

Caso não seja possível preparar alimentos especiais, pode-se dar à criança a própria refeição da família, desde que amassada ou cortada em pedaços pequenos. É aconselhável que ela deixe sobras no prato, assim se assegura de que está se alimentando até a completa satisfação. A criança deve ter seu próprio prato e ser auxiliada a comer por um adulto.

O local no qual ela se alimenta deve ser, na medida do possível, tranqüilo para que possa realmente se concentrar na tarefa de alimentar-se e para fazê-lo prazerosamente.

A refeição da criança deve ser preparada com óleo ou gordura, temperos suaves (cheiro verde, cebola, alho) e pouco sal.

Inicie oferecendo uma refeição por dia e depois aumenta até atingir três. Caso a criança não esteja mamando no peito, deve receber cinco refeições por dia. Não se recomenda o uso isolado de leite como refeição no primeiro ano de vida (exceto o materno).

A alimentação da criança é crucial para seu crescimento e desenvolvimento. O ato de alimentar-se não é apenas biológico, mas também social e psíquico. Desse

modo, é importante que desde o momento do desmame, seja alimentada em condições adequadas.

Enfim, convém lembrar que deve ser oferecida água à criança no intervalo das refeições, devendo-se evitar que ela beba água ou suco durante as refeições, uma vez que isto induz a não mastigação. Além de diluir o suco gástrico e causar plenitude e saciedade, sem que ela tenha alimentado de modo satisfatório.

## **CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

Todos os dados obtidos durante a consulta de enfermagem deverão ser registrados no prontuário, facilitando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

A melhor maneira de propiciar o desenvolvimento motor, social, emocional e cognitivo das crianças é através da companhia dos pais. Estimular este desenvolvimento brincando é a melhor opção.

Veja algumas dicas de estimulação:

**1º mês** - Converse ou cante para o bebê. O som da sua voz é aconchegante e lhe transmite segurança. Faça massagem no seu filho estimulando cada parte do seu corpinho: pés, mãos, costas, rosto. Você pode colocar uma música suave e revelar, através deste contato do toque de suas mãos, seus sentimentos de amor, carinho e segurança.

**2º mês** - Apresente objetos grandes e coloridos para que ele possa brincar e tentar alcançá-los com as mãos. Coloque móveis coloridos dentro de seu campo visual.

**3º mês** - Cante, faça gestos e expressões faciais. O bebê tentará imitá-la e responderá aos estímulos com sorrisos e ruídos. Estimule também o tato do bebê com objetos de diferentes texturas. Ex: encoste-se a sua mãozinha algo áspero e depois macio. Coloque-o sentado no bebê - conforto ou no sofá apoiado por almofadas.

**4º mês** - Conte histórias curtas e imite o barulho dos animais com diferentes tons de voz. O bebê tentará imitá-la. O bebê reconhece a voz do papai e da mamãe

e irá olhar na direção de quem está falando. Jogue brinquedos (bolas, dados) para ele tentar pegar.

**5º mês** - Durante o banho do bebê brinque com a água relatando o que vocês estão fazendo. Ofereça brinquedos macios, como mordedores, pois tudo que pega leva à boca. Coloque músicas de diferentes ritmos e dance com ele. Espalhe brinquedos ao redor do bebê e o deixe brincando no chão.

**6º mês** - Durante as refeições relate ao bebê o que está comendo. Mostre os alimentos. Convide-o a passear e ele lhe estenderá os bracinhos. Imita o barulho dos animais e objetos, como: gatos, telefone, estimulando-o a fazer o mesmo e identifique os sons. Ao ar livre deixe-o próximo a árvores, para que ele observe o balanço e barulho das folhas.

**7º mês** - Dê brinquedos que façam barulho, coloridos, de diferentes formas e tamanhos, coloque-os próximos ao bebê e estimule-o a buscá-los. Ensine a fazer "tchauzinho". Em pouco tempo repetirá os seus gestos. No banho, disponibilize brinquedos que flutuem para estimular a percepção e curiosidade.

**8º mês** - Durante o banho mostre livrinhos apropriados e deixe-o manuseá-lo. Será uma grande diversão. Brinque de esconde-esconde com uma toalha ou cortina, o bebê baterá palmas de alegria. Deixe que o bebê jogue objetos no chão. Ele repetirá inúmeras vezes este movimento, assim estará criando a noção de causa e efeito. Conte histórias, mostrando as imagens do livro.

**9º mês** – Ofereça brinquedos grandes e coloridos e ensine-o a empilhá-los e encaixá-los. Deixe-o tocar em cachorros e gatos e converse sobre estes animais e imite os sons dos mesmos.

**10º mês** - Converse com o seu bebê e dê alternativas. Por exemplo: Você quer o urso ou a bola. Mostre à mamãe. Assim ele apontará o que quer e muitas vezes irão chorar se não for atendido. Dance e cante com ele no colo, ele tentará imitar a coreografia e soltará seus monossílabos. Dê-lhe um telefone de brinquedo. Assim, estará incentivando a linguagem do bebê.

**11º mês** - Participe das brincadeiras de seu filho. Deixe à mão objetos que possam ser colocados e retirados de uma caixa ou balde. No banho coloque objetos que possam ser preenchidos com água e depois esvaziados. Leve a parques ou



pracinhas e brinque com ele em escorregadores e balanços. Chame a atenção dele para objetos e animais conhecidos e também para as novidades. Estimule-o a beber água em copinhos ou com auxílio de canudinhos.

**12º mês** - Cante e conte histórias. Disponibilize livros e revistas para manusear. Incentive a comer sozinho e a guardar seus brinquedos quando não for mais brincar. Ele já entende ordens curtas, portanto explique tudo a seu filho: o que está fazendo, aonde vai etc. Brinque de "esconde-esconde" ou "pega-pega" ou de bola.

Essas orientações devem ser reforçadas mensalmente durante as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde e sempre dando ênfase à fase de desenvolvimento em que a criança está. Qualquer dúvida ou percepção de atraso no desenvolvimento psicomotor ou nutricional, a criança deve ser encaminhada à Unidade de Saúde da Família para ser avaliada pelo profissional de saúde.

## VACINAÇÃO

O Calendário Vacinal Básico da Criança consiste das seguintes vacinas:

- *Ao nascer*: BCG – dose única – protege contra as formas mais graves de tuberculose;

Hepatite B – 1ª dose – protege contra a Hepatite B;

- *1 mês*: Hepatite B – 2ª dose – protege contra a Hepatite B;

- *2 meses*: VORH (Rotavírus) - 1ª dose – protege contra diarreia por Rotavírus;

VOP (Poliomielite) – 1ª dose – protege contra Paralisia Infantil;

Tetraivalente (DPT+Hib) – 1ª dose - protege contra Difteria, Tétano, Coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenza* tipo B;

- *4 meses*: VORH (Rotavírus) - 2ª dose – protege contra diarreia por Rotavírus;

VOP (Poliomielite) – 2ª dose – protege contra Paralisia Infantil;

Tetraivalente (DPT+Hib) – 2ª dose - protege contra Difteria, Tétano, Coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenza* tipo B;

- 6 meses: VOP (Poliomielite) – 3ª dose – protege contra Paralisia Infantil;

Tetraivalente (DPT+Hib) – 3ª dose - protege contra Difteria, Tétano, Coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenza* tipo B;

Hepatite B - 3ª dose – protege contra hepatite B;

- 9 meses: Febre Amarela – dose única – protege contra a febre amarela;

- 12 meses: SRC (Tríplice viral) – dose única – protege contra Sarampo,

Rubéola e Caxumba;

- 15 meses: VOP (Poliomielite) – reforço – protege contra Paralisia Infantil;

DTP (Tríplice bacteriana) – 1º reforço – protege contra a Difteria,

Tétano e Coqueluche;

• 4 – 6 anos: DTP (Tríplice bacteriana) - 2º reforço – protege contra a Difteria, Tétano e Coqueluche;

SCR (Tríplice viral) - reforço – protege contra Sarampo, Rubéola e Caxumba;

- 10 anos: Febre Amarela – reforço – protege contra a febre amarela.

Os Agentes Comunitários de Saúde devem estar bem atentos ao calendário de vacinação das crianças, não só questionando a mãe, mas também solicitando às mesmas o Cartão da Criança para realizar a conferência e assim, garantir que as crianças recebam corretamente suas vacinas, ficando devidamente protegidas contra as respectivas doenças.

Também é responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde orientar os adultos e os idosos quanto às vacinas que devem receber seguindo a orientação do calendário vacinal do Ministério da Saúde para este público-alvo.

----- FIM MÓDULO III -----



# Portal Educação e Sites Associados

## Curso de Enfermagem e o PSF

### MÓDULO IV

**Atenção:** O material deste módulo está disponível apenas como parâmetro de estudos para este Programa de Educação Continuada. É proibida qualquer forma de comercialização do mesmo. Os créditos do conteúdo aqui contido são dados aos seus respectivos autores descritos na Referência Consultada.

## MÓDULO IV

### SAÚDE DO ADULTO

#### CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADULTO E DO IDOSO

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
A partir de 20 anos	dT (Dupla tipo adulto) <b>(1)</b>	1ª dose	Contra Difteria e Tétano
	Febre Amarela <b>(2)</b>	Dose inicial	Contra Febre Amarela
	SCR (Tríplice viral) <b>(3)</b>	Dose única	Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla tipo adulto)	2ª dose	Contra Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla tipo adulto)	3ª dose	Contra Difteria e Tétano
A cada 10 anos por toda a vida	dT (Dupla tipo adulto) <b>(4)</b>	reforço	Contra Difteria e Tétano
	Febre Amarela	reforço	Contra Febre Amarela
60 anos ou mais	Influenza <b>(5)</b>	Dose anual	Contra Influenza ou Gripe
	Pneumococo <b>(6)</b>	Dose única	Contra Pneumonia causada pelo pneumococo

- (1)** A partir dos 20 anos (vinte) anos, não gestante, homens e idosos que não tiverem comprovação de vacinação anterior seguir o esquema acima. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado. Intervalo mínimo entre as doses é 30 dias.
- (2)** Adulto/idoso que resida ou que for viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF, área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG. Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.
- (3)** A vacina tríplice viral – SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) deve ser administrada em mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior e em homens até 39 (trinta e nove) anos.
- (4)** Mulher grávida que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais e 05 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deverá ser antecipada para cinco anos após a última dose.

- (5) A vacina contra Influenza é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.
- (6) A vacina contra pneumococo é aplicada durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como casas geriátricas, hospitais, asilos e casas de repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial.

## **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

A pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue pelos vasos sanguíneos a fim de que os tecidos sejam nutridos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular pelos vasos sanguíneos distribuídos por todo o corpo.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25% a 40% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes vasculares encefálicos, respectivamente. Esta multiplicidade de conseqüências a coloca na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, caracteriza-se como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. Contribuindo desta forma para um importante problema de saúde pública pelo seu potencial em ocasionar complicações que resultam em sérios comprometimentos de saúde.

A hipertensão arterial sistêmica afeta a maioria dos portadores de diabetes. É fator de risco importante para as doenças coronarianas e para as complicações micro vasculares como a retinopatia e a nefropatia.

As doenças circulatórias são responsáveis por expressivo impacto na população brasileira. Compreendem um espectro amplo de síndromes clínicas, mas tem nas doenças relacionadas à aterosclerose a sua principal contribuição, manifestadas por: doença arterial coronariana, doença cérebro-vascular e de vasos periféricos. Fato que contribui de maneira expressiva na qualidade de vida e produtividade da população ativa.

Visando à detecção e ao acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes, o Ministério da Saúde criou o Programa chamado HIPERDIA.

Essa estratégia é norteadora das atividades da atenção primária em saúde e, portanto deve ser desenvolvida pelo Programa de Saúde da Família. Esse programa consiste em desenvolver atividades de conscientização e educação em saúde visando a detecção precoce de novos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, que eventualmente não apresentem manifestações sintomatológicas, fato que justifica o fato da Hipertensão também ser conhecida como uma “doença silenciosa” e ainda, “assassina silenciosa”.

Após a identificação dos casos, o paciente deve ser cadastrado no programa e deverá ser acompanhado pela equipe de saúde mensalmente, ou em intervalos menores se houver a necessidade.

Os valores pressóricos podem ser modificados pela variação do volume sanguíneo ou de sua viscosidade, da frequência cardíaca (número de batimentos por minuto) e da elasticidade da parede dos vasos sanguíneos. Ainda há a interferência pessoal e ambiental sobre o controle hormonal e nervoso que também exerce importante papel nessa regulação pressórica.

Existem ainda fatores que determinam riscos para o desenvolvimento de determinadas patologias que podem intervir nesse mecanismo de regulação da pressão arterial sistêmica.

### **Estratificação de risco**

Baseia-se na classificação inicial levando-se em conta o exame clínico e avança para a indicação de exames complementares quando a avaliação clínica apontar grau de risco.

Indicadores de alto risco: infarto agudo do miocárdio prévio; acidente vascular encefálico ou ataque isquêmico transitório prévio; doença aneurismática de aorta; doença vascular periférica; insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica; angina de peito, doença renal crônica.

Indicadores intermediários de risco: idade > 45 anos homens; > 55 anos mulheres; história familiar de infarto agudo do miocárdio; morte súbita ou acidente vascular encefálico em familiares de 1º grau ocorrido antes dos 50 anos; diagnóstico prévio de diabetes mellitus; tolerância à glicose diminuída; glicemia de jejum alterada, diabete gestacional, diagnóstico prévio de dislipidemia, diagnóstico prévio do ovário policístico, tabagismo, obesidade.

Algumas situações podem elevar, ocasionalmente, os valores pressóricos de um indivíduo tais como: exercícios físicos em excesso, fumo, etilismo, cafeína, drogas, preocupações em excesso, nervosismo e até mesmo situações de emoção excessiva.

A Hipertensão Arterial Sistêmica consiste de uma elevação da pressão arterial a níveis acima de 140 X 90 mmHg em adultos com idade acima de 18 anos, que tenha aferido sua pressão após 15 minutos de repouso e ainda confirmada por outras aferições.

Para o procedimento de aferição, o profissional deverá tomar alguns cuidados importantes, tais como:

- Solicitar ao paciente que esvazie sua bexiga antes de aferir sua pressão arterial;
- Deixar o paciente em repouso por 15 minutos antes de realizar o procedimento;
- Não falar durante o procedimento;
- Para pacientes tabagistas ou que realizaram atividades físicas, ingeriram álcool ou café é necessário aguardar 30 minutos para a realização do procedimento;
- Se houver necessidade de conferir o valor obtido é necessário esperar de 1 a 2 minutos para uma nova aferição;
- É importante usar manguito adequado, ou seja, este deve ter a largura de 40% da circunferência do braço e ficar firme e ajustado ao braço e este por sua vez, deve estar na altura correspondente ao coração;
- Em caso de crianças e obesos deve-se adotar manguito especial a cada situação.

As variações da pressão arterial normal e hipertensiva seguem a orientação abaixo:

<b>SISTÓLICA</b>	<b>DIASTÓLICA</b>	<b>NÍVEL</b>
< 130	< 85	NORMAL
130 a 139	85 a 89	NORMAL LIMÍTROFE
140 a 159	90 a 99	HIPERTENSÃO LEVE
160 a 179	100 a 109	HIPERTENSÃO MODERADA
> 179	> 109	HIPERTENSÃO GRAVE
> 140	< 90	HIPERTENSÃO SISTÓLICA

A maioria das pessoas portadoras de hipertensão arterial desconhecem que são e cerca de 95% dos hipertensos são portadores de hipertensão primária ou essencial, ou seja, não sabem a causa, e apenas 5% têm pressão arterial secundária a uma causa definida.

Podemos classificar a hipertensão em sistólica e diastólica (quando tanto o valor da pressão arterial na sístole cardíaca quanto na diástole estão aumentados), ou apenas sistólica (está aumentada a pressão apenas na sístole cardíaca).

Os sintomas, quando se manifestam consistem de: cefaléia na região occipital, taquicardia, tonturas e fadiga. Em situações com comprometimento vascular o paciente pode se queixar de sangramentos nasais (epistaxe), urina sanguinolenta (hematúria), alterações visuais (“vista embaçada”).

Diante da cronicidade da hipertensão arterial sistêmica, quando não é corretamente tratada e seus valores pressóricos controlados, temos um aumento no risco de ocasionar complicações em outros órgãos:

- No miocárdio podem ocorrer cardiopatias isquêmicas (angina), insuficiência cardíaca, um aumento do coração e até mesmo desencadear uma morte súbita;



- No sistema cerebral podem ocorrer acidentes vasculares encefálicos (“derrames”), hemorragias e infartos do tecido neural;
- Quando há presença de doença renal associada pode ocorrer nefro esclerose;
- Ainda há o risco de complicações vasculares como obstrução das artérias carótidas, aneurisma de aorta e doença vascular periférica acometendo os membros inferiores;
- Pode ocorrer no campo visual, uma diminuição da acuidade visual desencadeada por uma retinopatia.

Para instituir o tratamento mais indicado ao paciente é necessário classificar a sua hipertensão quanto ao risco que está representando. Com base na estratificação do risco individual proposta pelo Ministério da Saúde. O médico da equipe de saúde da família deve levar em consideração não apenas os valores pressóricos, mas também os fatores de risco e as morbidades co-associadas que podem interferir na conduta a ser adotada, bem como na classificação do risco.

### **Atribuições e competências da equipe de saúde**

A Equipe de Saúde da Família deve atuar de forma integrada e com níveis de competência estabelecidos para que medidas preventivas primárias e atendimento ao indivíduo portador de hipertensão e/ou diabetes, obtenham êxito. Para tanto é necessário a participação efetiva e específica de cada profissional.

Agente Comunitário de Saúde deve: esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientado-a sobre as medidas de prevenção; bem como reforçar as orientações de adotar hábitos mais saudáveis de vida.

Deve ser capaz de identificar na população por ele assistida, pessoas com fatores de risco para doença cardiovascular, ou seja, idade igual ou superior a 40 anos, sedentarismo, obesidade, hipertensão, devendo encaminhá-las a consultas de enfermagem aquelas consideradas suspeitas, assim como, orientá-las para avaliação clínica adicional e exames laboratoriais; verificar o comparecimento das mesmas às consultas agendadas na Unidade de Saúde, verificar se as orientações

quanto à dieta estão sendo seguidas, e ainda, hábitos de fumar e ingerir bebida alcoólica e se estão aderindo à terapia prescrita, registrar em sua ficha de acompanhamento, intercorrências e medicamentos em uso.

Para que o agente comunitário de saúde cumpra responsabilidades pré-estabelecidas se faz necessário que, esteja interado do tratamento estipulado ao paciente e mantenha vínculo estreito com as famílias que acompanha.

Compete ao auxiliar de enfermagem: verificar os níveis pressóricos, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da Unidade. Orientar a comunidade sobre a importância das alterações no estilo de vida, ligadas à dieta e prática de exercícios físicos rotineiros, orientarem as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados a hipertensão e diabetes, agendar consultas de enfermagem e médicas para os casos indicados. Proceder às anotações devidas em ficha clínica, cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção quando necessária, encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência. E controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da Unidade, no caso da impossibilidade do farmacêutico.

## **DIABETES MELLITUS**

O Diabetes mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina ou da incapacidade desta exercer corretamente suas funções, o que leva a sintomas agudos e complicações crônicas. É uma doença que apresenta grande morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida.

O Diabetes Melitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilo de vida pouco saudável, como: sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

Hoje se estima no Brasil que 8% da população com 40 anos ou mais sejam diabéticos.

É uma doença caracterizada por hiperglicemia crônica associada a distúrbios do metabolismo de lipídeos, carboidratos e proteínas. As suas conseqüências em longo prazo são sérias e incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, coração, cérebro, vasos sanguíneos e inervações.

As conseqüências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: 4 milhões de mortes ocorrem por ano, relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), representando 9% da mortalidade mundial total.

Em 1997, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular.

Diante do número de pessoas acometidas, constitui, hoje no Brasil, sério problema de saúde pública. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e baixa qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. Representa ainda, carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura.

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial são: responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise.

É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas

complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados.

Nesse contexto, é imperativo que os governos orientem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência que estão impulsionando a epidemia de diabetes, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade. Por sua vez, o Ministério da Saúde implementa diversas estratégias de Saúde Pública, economicamente eficazes, para prevenir o diabetes e suas complicações, por meio do cuidado integral a esse agravo de forma resolutiva e com qualidade.

### **Classificação do Diabetes Mellitus**

Esse distúrbio é classificado etiologicamente nas seguintes formas clínicas:

- Diabetes mellitus tipo I – ocorre em cerca de 5 a 10% dos casos de diabéticos e é resultante primariamente da destruição das células beta do pâncreas. E tem tendência à cetoacidose (acidose metabólica causada por excesso de acetoácidos decorrente da deficiência de insulina), geralmente essa destruição das células pancreáticas é decorrente de doença auto-imune;

- Diabetes mellitus tipo II – ocorre em cerca de 90% dos pacientes diabéticos e em geral se dá por graus variáveis de resistência à insulina (situação em que ocorre menor captação de glicose por tecidos periféricos, em especial, o muscular e o hepático) e também por relativa deficiência na secreção de insulina. Nesse tipo, o principal fator desencadeante da resistência orgânica à insulina consiste da obesidade que está presente na grande maioria dos diabéticos tipo II. Lesões pancreáticas também podem ser responsáveis pelo desencadear do diabetes tipo II e podem ser desencadeadas por agressões tóxicas decorrentes de processos infecciosos, uso de determinados medicamentos como, por exemplo, a corticoterapia, e ainda abuso de substâncias como álcool e drogas;

- Diabetes mellitus gestacional - é a intolerância à glicose diagnosticada pela primeira vez durante o período gestacional, podendo ou não persistir após o parto.

Os sintomas são, de modo geral, sede excessiva (polidipsia), aumento do volume e frequência urinária (poliúria e polaciúria), aumento da frequência urinária durante a noite (nictúria), polifagia (aumento do apetite), rápido emagrecimento, fraqueza, astenia, letargia, prurido vulvar ou balanopostite. Diminuição repentina, da acuidade visual. Ou ainda, achados de hiperglicemia ou glicosúria (presença de glicose na urina) em exames de rotina.

As complicações do Diabetes mellitus também apresentam sintomas que são de grande importância clínica: proteinúria (presença de proteína na urina), neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular aterosclerótica, impotência sexual, infecções urinárias e dermatológicas de repetição.

Alguns sintomas tendem a se agravar progressivamente quando não se consegue manter controlados os valores glicêmicos, evoluindo para complicações severas como a cetoacidose diabética (em pacientes com diabetes tipo I) e o coma hiperosmolar (em pacientes com diabetes tipo II).

Assim como na hipertensão, também é necessário classificar o diabetes quanto ao seu tipo a fim de instituir terapêutica mais indicada ao paciente. Com base nessa classificação, cabe ao médico da equipe de saúde da família levar em consideração não apenas os valores glicêmicos, mas também investigar quais são os fatores de risco e os fatores agravantes, visando aumentar a chance de sucesso da terapêutica adotada. A presença de morbidades co-associadas ao diabetes também podem interferir na conduta a ser adotada, bem como na classificação do risco.

Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo sem diagnóstico até que sinais de complicações se manifestem.

**Fatores indicativos de maior risco:**

- Idade > 45 anos;
- Sobrepeso (Índice e Massa Corporal - IMC > 25);
- Obesidade central ( cintura abdominal > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres, medida na altura da crista ilíaca);

- Antecedente familiar ( mãe ou pai) de diabetes;
- Hipertensão Arterial (> 140/90 mmHg);
- Colesterol HDL d"35 mg/dl e/ou triglicerídeos e"150 mg/dl;
- História de macrossomia ou diabetes gestacional;
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos;
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

### **Considerações Importantes Do Tratamento Do Diabetes Mellitus E Da Hipertensão Arterial**

A estratégia de adoção de um tratamento efetivo e com sucesso deve ser embasada na educação do paciente, conscientização e adesão por parte dos pacientes às mudanças dos hábitos de vida (talvez esse seja o maior desafio da equipe de saúde. Visto que a mudança de hábito, dificilmente é aderida pelos pacientes) e se necessário for, o emprego de medicamentos.

Também deve ser observada a necessidade de tratamento concomitante de outros fatores de risco como, por exemplo, problemas cardiovasculares associados.

A equipe de saúde deve, constantemente, incentivar o paciente na adoção de hábitos saudáveis de vida que consistem em manter o peso corporal adequado à sua altura (considerar como referência o índice de massa corpórea entre 18,5 e 25). Realizar atividade física pelo menos três vezes por semana (salvo casos em que haja restrição médica a atividades físicas), baixo consumo de bebidas alcoólicas, não adesão ou suspensão do hábito de fumar e ainda uma ingesta controlada de gorduras saturadas.

O profissional de saúde também deve considerar que todo tratamento deve ser individualizado, considerando a idade do paciente, a presença de outras patologias ou medicações em uso concomitante, estado mental do paciente, a dependência ao álcool ou a outras drogas, a capacidade de percepção da hipoglicemia ou da hipotensão. E ainda a cooperação do paciente e sua condição financeira para aderir de fato ao tratamento, principalmente quando for necessário instituir terapêutica medicamentosa não disponível na rede básica de saúde.

## **PREVENÇÃO DE DOENÇAS E COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES DECORRENTES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS**

A prevenção ainda é o melhor caminho para a manutenção da saúde e ainda consiste na forma mais barata e gratificante de tratar os agravos à saúde. Dentre suas etapas a mais significativa e que garante o sucesso das etapas seguintes é a educação da comunidade e do indivíduo para as medidas de promoção e prevenção em saúde que consiste em adotar medidas saudáveis para a sua vida.

As medidas de prevenção primordiais consistem em um conjunto de ações que desenvolva na comunidade noções de cidadania, a fim de estimular que a própria comunidade busque soluções para problemas de condições de moradia, trabalho, educação e lazer. E também para atuarem de maneira efetiva em áreas insalubres, ou seja, que representam riscos à saúde e requerem medidas de saneamento.

A prevenção primária consiste na eliminação de fatores de risco e deve ser realizada de modo bem efetivo e constante por todos da equipe de saúde. Deve-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do etilismo, do consumo de sal, do sedentarismo e estimular uma alimentação saudável e medidas de controle do estresse laboral (presente cada vez mais entre os trabalhadores, principalmente entre aqueles que sofrem com o excesso de trabalho e que muitas vezes não desenvolvem a atividade que gostariam). Esta prevenção é tão importante que se realizada de forma efetiva poderia se prevenir 2,5% dos novos casos de diabéticos apenas com o controle de peso e a prática de atividade física.

Cabe à equipe de saúde da família:

- realizar campanhas educativas periódicas, enfatizando os fatores de risco para Hipertensão e Diabetes e as possíveis conseqüências;
- programar periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário, de forma a sensibilizar a população-alvo da importância dessa prática;

A prevenção secundária consiste na detecção e tratamento precoce do Diabetes e da Hipertensão, e objetiva alcançar a remissão dessas doenças, bem como, evitar o aparecimento de complicações e a progressão do quadro clínico.

A atuação do profissional de saúde deve estar voltada para a identificação de fatores de risco associados a possíveis lesões em órgãos-alvo e aparecimento de morbidades associadas. Para isso o profissional enfermeiro ou médico do PSF deve realizar o acompanhamento mensal ou em intervalos menores se considerar necessário, para acompanhamento dos indivíduos já acometidos.

O nível terciário da prevenção consiste em evitar o aparecimento de complicações e retardar o aparecimento de complicações agudas e crônicas, além de evitar óbitos precoces. Nesta fase é necessário que toda a equipe seja capaz de atuar na reabilitação de indivíduos já acometidos por complicações.

### **Atribuições E Competências Da Equipe De Saúde Da Família Na Hipertensão Arterial E No Diabetes Mellitus**

#### *Agente Comunitário de Saúde:*

- Orientar a comunidade sobre medidas de prevenção para diabetes e hipertensão e sobre os fatores de riscos para doenças cardiovasculares;
- Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos pelo menos uma vez ao ano, incentivando-os a procurar a Unidade de Saúde para tal;
- Identificar, entre a população de sua microárea, pessoas com fatores de risco para diabetes tipo II, ou seja, pessoas com idade igual ou superior a 40 anos, sedentarismo, obesidade, hipertensão, mulheres que tiveram filhos com peso ao nascer maior que 4 kg e pessoas com história familiar de diabetes. Indivíduos portadores de fatores de risco para diabetes e hipertensão devem ser encaminhados à consulta de enfermagem
  - Verificar o comparecimento das pessoas encaminhadas às consultas de enfermagem;
  - Verificar a presença de sintomas de elevação e/ou queda de açúcar no sangue e encaminhar para consulta extra;
  - Questionar o paciente sobre a regularidade do uso de suas medicações, do cumprimento das orientações dietéticas, práticas de atividades físicas, controle de peso e hábitos de tabagismo e etilismo quando presentes;



- Registrar nas fichas o acompanhamento desses indivíduos.

*Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem:*

- Aferir a pressão arterial, verificar peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea da Unidade de Saúde;
- Orientar a comunidade sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis de vida, enfatizando a nutrição e prática de atividade física;
- Orientar os indivíduos sobre os fatores de risco cardiovascular, especialmente os relacionados à hipertensão e diabetes mellitus;
- Agendar consultas médicas e de enfermagem quando necessárias;
- Realizar as anotações corretamente na ficha clínica do paciente;
- Zelar dos equipamentos (esfigmomanômetros e glicosímetros) e solicitar manutenção quando necessária;
- Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição conforme orientação do enfermeiro da equipe e na falta de um farmacêutico;
- Orientar o paciente sobre o autocuidado e a auto-aplicação de insulina;
- Fornecer medicamentos aos pacientes em tratamento, quando não houver farmacêutico.

*Enfermeiro (a):*

- Capacitar os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde tornando-os aptos a orientar a comunidade acerca da Hipertensão Arterial e Diabetes, supervisionando de forma permanente suas atividades;
- Realizar consulta de enfermagem, investigando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências do tratamento medicamentoso e encaminhar à consulta médica quando necessário;
- Solicitar durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos necessários e definidos nos protocolos do Ministério da Saúde;
- Desenvolver atividades educativas com toda a comunidade, e com hipertensos e diabéticos por meio de atividades em grupos;
- Transcrever a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;

- Encaminhar para consulta médica todo indivíduo de difícil controle e adesão ao tratamento, portadores de lesão em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, sistema vascular, pés, etc.) ou com morbidades associadas;
- Encaminhar para consulta médica semestral os indivíduos controlados e sem sinais de lesão em órgãos-alvo e comorbidades;
- Realizar o exame dos membros inferiores para identificar possíveis pés diabéticos e proceder ao tratamento e orientar sobre o autocuidado;
- Realizar o exame de glicemia capilar em pacientes diabéticos a cada consulta e em pacientes hipertensos não-diabéticos uma vez ao ano.

*Médico:*

- Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação de fatores de risco, identificação de possível lesão em órgãos-alvo e comorbidades, objetivando a classificação do paciente hipertenso e diabético;
- Prescrever tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, bem como solicitar exames complementares quando necessário;
- Programar junto à equipe as estratégias de educação da comunidade e dos grupos;
- Encaminhar às Unidades de referência secundária e terciária os pacientes que apresentarem hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento. Com importantes lesões em órgãos-alvo, suspeitas de causas secundárias e, estados de emergência e urgência hipertensiva;
- Quando não for possível realizar na Unidade de Saúde, o médico da equipe deverá encaminhar à unidade de referência, os pacientes diabéticos para rastreamento de complicações crônicas;
- Encaminhar à unidade de referência secundária os pacientes em dificuldade de controle metabólico, os casos de diabetes gestacionais e demais pacientes que necessitem de consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc.).

O Ministério da Saúde implementa diversas estratégias de saúde pública, economicamente eficazes, para prevenir o Diabetes e suas complicações, por meio do cuidado integral a esse agravo de forma resolutiva e com qualidade.

## PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

A próstata é uma glândula localizada na parte inferior do abdômen e presente apenas nos homens. Consiste de um pequeno órgão com formato semelhante ao de uma maçã e situado logo abaixo da bexiga e adiante do reto. A próstata envolve a porção inicial da uretra que consiste de um tubo por onde a urina, armazenada na bexiga, passa até ser eliminada.

A próstata produz parte do sêmen, um líquido espesso que contém os espermatozoides produzidos pelos testículos e que é eliminado durante o ato sexual. O câncer da próstata surge quando as células da próstata passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada, levando à formação de um tumor, as razões pelas quais isso acontece ainda não são totalmente conhecidas pela ciência. 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 apresentar sintomas durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem.

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

Dessa forma, é importante adotarmos hábitos saudáveis diariamente na nossa vida, como:

- Realizar, no mínimo 30 minutos diários de atividade física;
- Manter o seu peso na medida correta, para isso pode – se usar o índice de massa corpórea, que pode ser calculado dividindo – se seu peso pelo valor de sua altura ao quadrado;
- Ter uma alimentação rica em fibras, frutas e vegetais;
- Reduzir a quantidade de gordura na alimentação, principalmente as de origem animal;
- Consumir moderadamente o álcool;
- Não ter hábitos nocivos à saúde como tabagismo e consumo de drogas ilícitas;

- Homens com a partir de 45 anos realizar exame anual com urologista.

Existem dois únicos fatores confirmadamente associados a um aumento do risco de desenvolvimento do câncer de próstata que são a idade e a história familiar. A grande maioria dos casos ocorre em homens com idade superior a 50 anos e naqueles com história de pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos. Alguns outros fatores, como a dieta, hereditariedade e alterações hormonais estão sendo estudados, mas ainda não há confirmação científica.

Como a maioria das doenças, o câncer de próstata também apresenta uma sintomatologia, das quais os principais sintomas são:

- Presença de sangue na urina;
- Necessidade freqüente de urinar, principalmente à noite;
- Jato urinário de baixa intensidade, ou seja, fraco;
- Dor ou ardência ao urinar.

A presença de um ou mais destes sintomas não significa que você esteja com câncer, pois várias doenças podem apresentar sintomatologia semelhante. Por isso, é muito importante a visita ao seu médico, para esclarecimento diagnóstico, tão logo os sintomas surjam. Esta é a melhor forma para se chegar ao diagnóstico precoce do câncer da próstata.

No Brasil são diagnosticados 50 mil novos casos a cada ano. O diagnóstico precoce proporciona 90% de chances de cura.

Os exames mais comumente realizados para se detectar, precocemente ou não, o câncer de próstata é o toque retal (que ainda é visto com preconceito pela maioria dos homens), o exame ultra-sonográfico transretal e o exame sanguíneo para dosagem do PSA (Antígeno Prostático Específico).

Sem diagnóstico o câncer de próstata pode trazer seqüelas como: infertilidade, impotência sexual, infecção generalizada, problemas urinários e até mesmo ocasionar a morte.

O Ministério da Saúde já está estudando a criação de um programa de saúde masculino.

## SAÚDE DO IDOSO

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que para o ano de 2050 estima-se que vai existir cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria em países em desenvolvimento.

No Brasil, estima-se que atualmente, existam cerca de 17,6 milhões de idosos.

O envelhecimento populacional é uma resposta á mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo seqüencial individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie. De maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

Todo o ser humano tem o direito de envelhecer dignamente, no entanto, a degradação das condições físicas e intelectuais do indivíduo o leva, muitas vezes, a situações de dependência física e psicológica, tendendo para o isolamento e a depressão.

Essas condições podem ser agravadas, ainda, pela presença de outras patologias que provocam sofrimento e requerem cuidados especiais ou até mesmo simples, mas que muitas vezes não são mais realizáveis por esses pacientes com idade mais avançada. Algumas situações auxiliam no agravamento dessas situações, como por exemplo, a perda de bens materiais e o falecimento de entes queridos (às vezes o esposo ou esposa de anos de união).

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua efetiva integração na comunidade. A qual pertence e para garantir seus direitos foi aprovado em 2003 o “Estatuto do Idoso” que tem por objetivo assegurar os direitos civis da pessoa na terceira idade, quando muitas vezes a família sente no direito de conduzir as suas vidas sem questioná-los sobre preferências, mesmo em perfeita saúde mental.

Considerando o progressivo aumento das expectativas de vida da população mundial, a ciência intensificou seus conhecimentos a cerca do envelhecimento do ser humano, visando garantir que esse aumento de expectativa de vida fosse acompanhado de anos a mais com condições de aproveitamento, ou seja, com qualidade de vida.

Os constantes avanços científicos que vêm ocorrendo, proporcionam novos conhecimentos a respeito do código genético dos seres humanos, dos mecanismos celulares e moleculares do processo de envelhecimento e da produção de vacinas para inúmeras doenças. Permitindo essa extensão da vida com qualidade e preservando padrões de saúde até então não imagináveis para o idoso.

Diante desse panorama, o serviço de saúde também necessita passar por intervenções a fim de aumentar a oferta de serviços para atender essa demanda populacional, conhecidamente mais vulnerável ao adoecer.

Embora muitos ainda associem o passar dos anos com a ocorrência de doenças, entendendo que invariavelmente teremos que conviver com inúmeros problemas de saúde e limitações com o avançar da idade. Os atuais conceitos científicos demonstram que o processo natural de envelhecimento não é um fator impeditivo para a maioria das atividades cotidianas de um idoso. Os verdadeiros responsáveis pelas deficiências e disfunções atribuídas à velhice são as doenças, que podem ser prevenidas e/ou tratadas eficientemente em sua maioria. Reconhecendo e aceitando essa condição de que o envelhecer é inevitável a todos, devemos buscar constantemente o controle dos determinantes e/ou das morbidades em si.

Frente a esta situação o Programa de Saúde da Família tem um importante papel. Essa estratégia deve atuar frente aos determinantes dos padrões de saúde, que são os fatores sociais, biológicos, ambientais, hábitos inadequados, nutrição, etc.

Algumas doenças como a hipertensão, o diabetes, demência senil, hiperplasia e câncer de próstata, osteoporose, coronariopatias. Alguns efeitos colaterais decorrentes do uso excessivo de medicamentos e distúrbios gastrointestinais são bem comuns entre os idosos e consistem de morbidades que podem ser prevenidas se forem adotadas medidas preventivas que consistem, basicamente na adoção de hábitos saudáveis de vida.

A adoção de hábitos alimentares saudáveis garante além de menor possibilidade de adoecer, uma melhor recuperação quando se instala, inevitavelmente, uma morbidade. Frequentemente os idosos podem apresentar anemia, decorrente de uma alimentação insuficiente ou errada e que poderia ser evitada se esse idoso recebesse as devidas orientações e estímulos para adesão a essas orientações.

Outras situações comumente comprometedoras da saúde do idoso são as morbidades respiratórias e algumas situações são preveníveis, portanto devem ser orientados sobre os riscos do tabagismo e incentivados a parar. Estimulados a prática de exercícios físicos, respeitando os limites de seu condicionamento físico e ao aparecimento de sintomas respiratórios deve-se encaminhar o idoso à Unidade de Saúde.

O Agente Comunitário de Saúde deve atuar eficazmente nas orientações aos idosos, prevenindo que adoçam e reconhecendo situações de risco, a fim de levar ao conhecimento de toda a equipe de saúde para que sejam realizadas as intervenções necessárias.

É importante, também que o idoso seja incentivado na aceitação de sua condição de envelhecer, porém enfatizando sempre que ele pode levar uma vida prazerosa, respeitando os limites de seu corpo e mente. A equipe de saúde tem uma atuação importante no incentivo ao idoso. Desenvolver sua auto-aceitação, desenvolver seu desenvolvimento pessoal, ressaltando atividades que goste e

consiga desempenhar, se relacionar positivamente com as outras pessoas e preservar ao máximo a sua autonomia dentro das possibilidades, bem como o seu domínio sobre seu ambiente, evitando, por exemplo, mudanças bruscas e indesejadas.

## **CONSEQÜÊNCIAS DO ENVELHECIMENTO**

### **SISTEMA NERVOVO**

Com o avanço da idade, o número de células do cérebro e nervos sofre diminuição. Além desse processo, o acúmulo de uma substância inativa chamada amilóide causa redução de velocidade da passagem de mensagem ao cérebro pelos nervos. O fluxo sanguíneo para o sistema nervoso fica prejudicado. Isto causa um tempo de reação e concentração, aumento de duração de tempo necessário para a compreensão das idéias; dificuldade de controle emocional, perda gradual da memória de curto prazo (recente).

A inteligência e a capacidade de aprender ficam preservadas, porém para que esses dados sejam processados exige um tempo maior.

### **SISTEMA CARDIOVASCULAR**

A parte do corpo que mais sofre com o processo de envelhecimento são os vasos sanguíneos e o coração. O coração e as artérias são os elos mais frágeis da corrente da vida. Com o passar dos anos os músculos cardíacos tendem a se tornar fibrosos, ressecados e endurecidos. Depósitos de pigmento marrons nas células cardíacas tendem a dificultar a passagem normal do sangue e impedir a absorção do oxigênio através das paredes do coração. As válvulas cardíacas perdem sua elasticidade, e depósitos de cálcio e colesterol reduzem consideravelmente sua eficiência. Tanto assim é que o coração da pessoa idosa bombeia apenas 70% do sangue de um coração de pessoa jovem.



## 1 – PRINCIPAIS PROBLEMAS CARDÍACOS

Infarto do Miocárdio → O ataque cardíaco ou infarto no miocárdio, que é a oclusão de uma artéria coronária ou seus ramos, pode ser assintomático nas pessoas idosas. O dano tissular e morte do músculo cardíaco sempre resultam de um infarto do miocárdio.

Angina → A angina de peito, chamada também de angina pectoris, é um problema caracterizado pelo aparecimento brusco de uma dor torácica produzida por irrigação sanguínea insuficiente, momentânea e irreversível do músculo que forra a parede do coração (miocárdio), pode ser menos grave nos idosos do que em pacientes mais jovens.

Insuficiência cardíaca congênita → A insuficiência cardíaca ocorre quando o coração é incapaz de desempenhar sua função de bombeamento, fazendo circular toda a quantidade de sangue de que o organismo necessita. A gravidade dos sintomas depende do grau de ineficiência cardíaca.

## SISTEMA ÓSSEO ESQUELÉTICO, ARTICULAÇÃO E MÚSCULO

### **Conseqüências do envelhecimento na Estrutura óssea e articulações:**

- ◆ Diminuição a quantidade de cálcio no tecido ósseo,
- ◆ Decréscimo na densidade óssea,
- ◆ Substituição mais lenta do tecido ósseo,
- ◆ Possível estreitamento do espaço das articulações,
- ◆ Enrijecimento dos ligamentos (cristalização do líquido sinovial),
- ◆ Desgaste e enfraquecimento da cartilagem,
- ◆ Mais vulnerabilidade e fratura nos ossos (osteoporose),
- ◆ Perda de peso,
- ◆ Diminuição da flexibilidade,
- ◆ Deformação do tecido ósseo nas articulações,
- ◆ Uma postura desalentada,
- ◆ Diminuição da estabilidade das articulações,
- ◆ edema ou intumescência nas articulações,

- ◆ Aumento das dores nas juntas (artrite),
- ◆ Aumento nos ruídos de ruptura ou estalidos nas articulações.

Uma perda de equilíbrio, devido à doença que não levam em conta a questão do idoso - distúrbios hemodinâmicos, músculo-esquelético, necrológicos, uso de drogas, etc.

## **SISTEMA MUSCULAR**

### **Alterações fisiológicas no Sistema Muscular com o envelhecimento:**

- ◆ Diminuição, perda na firmeza e força muscular,
- ◆ Redução da resistência muscular,
- ◆ Aumento das câimbras e dores musculares,
- ◆ Decréscimo no controle e rapidez dos movimentos,
- ◆ Diminuição da flexibilidade,
- ◆ aumento das lesões musculares,
- ◆ Menor controle da bexiga, intestinos, dificuldades de digestão (a digestão é auxiliada pela contração dos músculos, que massageiam e estimulam o estômago).

## **ALTERAÇÕES DO APARELHO RESPIRATÓRIO**

O aparelho respiratório compõe-se de nariz, boca, garganta, traquéia, músculos do tórax, diafragma e pulmões. Serve para o transporte e troca de gases (oxi/dióxido de carbono) necessários a vida.

Os problemas comuns do aparelho circulatório no idoso podem ser relacionados com a ocorrência de alterações características. O tórax torna-se mais rígido, os pulmões menos elásticos, e a expansão da caixa torácica mais limitada, resultando em pulmões mal ventilados, devido à alteração na troca de gases, a capacidade vital diminui.

Afecções mais comuns:

- Pneumonia
- Enfisema
- Tuberculose

## **SISTEMA GENITURINÁRIO**

### **Alterações do Aparelho Reprodutor com o envelhecimento:**

A testosterona (hormônio masculino) fica disponível em alto grau por período maior que o estrogênio (hormônio feminino) na mulher, contudo a concentração da testosterona é cada vez mais inadequada, ocasionando uma redução gradual de energia sexual. Os testículos tornam-se menores e menos consistentes; o número e mobilidade de espermatozóides também ficam reduzidos. Este declínio hormonal pode levar a sintomas como: diminuição da audição, cansaço, perda de apetite, palpitação, diminuição do desejo sexual, ansiedade em relação ao desempenho sexual e menor capacidade de concentração.

O climatério é o período de vida feminina que inicia-se ao redor dos 40 anos e se estende até aos 65 anos de idade. Nesta fase, a mulher fica pré-disposta a algumas patologias como: osteoporose, doenças cardiovasculares, diverticulite e câncer.

## **SISTEMA DIGESTIVO**

No aparelho digestivo, o envelhecimento causa: diminuição da quantidade de saliva, aumento na perda de dentes, diminuição da capacidade de mastigar, perda de tecido gengival, ressecamento da boca, redução no sentido do paladar e olfato, decréscimo na quantidade de muco por todo o aparelho, menor controle dos músculos (estômago, reto). Diminuição na secreção de enzimas, absorção reduzida de nutrientes, redução de fluxo sanguíneo para os intestinos, maior possibilidade de hemorragia no estômago e intestino.

Problemas comuns do aparelho gastrointestinal:

- Divertículo
- Colecistite
- Hemorróidas
- Constipação

## **DOENÇAS CRÔNICO DEGENERATIVAS**

Dentre as doenças crônicas degenerativas, as mais comuns em idosos são a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

## **Causas da Hipertensão Arterial**

Em 90% dos casos são desconhecidos; (Hipertensão essencial) apresenta-se entre 30 e 50 anos de idade, não tem cura, deve ter controle para evitar complicações. Nos demais casos e fora as idades mencionadas, a hipertensão obedece a diversas causas: nervosas (tumores cerebrais, poliomielite), cardiovasculares (arteriosclerose, estenose ou estreitamento da aorta) renais e hormonais (tumores nas glândulas). As pessoas idosas hipertensas, freqüentemente acordam com cefaléia, têm perda de memória, podem ter epístaxe, às vezes, enjoos, depressão nervosa, possibilidades de lesões, quedas ligadas à fraqueza e/ou tontura.

As alterações de respiração, dor no peito, palpitações, são também reflexos de uma situação circulatória irregular.

## **DIABETES MELLITUS**

O Pâncreas lança no sangue insulina na quantidade exata de nossa necessidade. No diabético, tal não acontece de modo conveniente, o pâncreas não produz insulina na quantidade adequada, ou se a produz o hormônio é incapaz de agir eficazmente, em conseqüência, o teor de glicose aumenta no sangue.

Sinais e Sintomas: Sede intensa, volume excessivo de urina, fraqueza, tontura, respiração acelerada, perda rápida de peso, náuseas e vômitos, dor abdominal, face avermelhada e perda de consciência. Nos idosos os aparecimentos destes sintomas são comumente despercebidos, já que em geral são mais brandos.

O Diabetes Mellitus acha-se classificado em 2 grupos:

- Tipo I ou insulino dependente,
- Tipo II ou não insulino dependente.

## **RETINOPATIA DIABÉTICA**

Os diabéticos apresentam seis vezes mais chances de ficarem cegos que as não diabéticos, por essa razão orienta-se que o diabético realize anualmente exame de fundo de olho, no sentido de detectar e tratar precocemente. O tratamento da

retinopatia é o controle de glicemia, pois ao longo dos anos a hiperglicemia é a causa das lesões dos vasos capilares de todo o organismo.

#### NEFROPATIA DIABÉTICA

É a lesão dos vasos capilares dos rins, caracterizado pela perda da capacidade desses órgãos de filtrarem adequadamente o sangue facilitando a perda de proteínas pela urina e retenção da uréia e outras substâncias nocivas ao organismo a proporção que o quadro vai se agravando.

#### NEUROPATIA DIABÉTICA

Da mesma forma que os vasos, os nervos também são lesados ao longo do tempo pela hiperglicemia. O paciente pode queixar-se de formigamento, dormência, amortecimento. Esses sintomas instalam-se geralmente, nas extremidades (pés e mãos) com o avançar da doença, pode surgir anestesia da região acometida.

As doenças vasculares e infecção predispõem o diabético à gangrena e amputação, quando não controlados. Praticamente metade das amputações dos membros inferiores é causada por complicações diabéticas.

### **Orientações Práticas Para A Administração De Fármacos Ao Idoso**

Os idosos constituem uma faixa etária que mais consomem fármacos. A polimedicação pode ser devida a presença de patologias múltiplas, a assistência concomitante de vários especialistas e ainda a automedicação. Antecipa-se, pois a possibilidade de interação medicamentosa.

A redução da reserva funcional em vários sistemas caracteriza o envelhecimento e, o desenvolvimento de uma enfermidade pode produzir a falência de diversos sistemas. Entretanto, as alterações devido à idade não são uniformes e há grande quantidade de variações individuais, sendo que muitos idosos podem apresentar sinais e sintomas iguais a outros grupos etários.

Nem todos os problemas afligem o idoso requerem terapêutica farmacológica. Por outro lado, não se podem negar devido à idade, fármacos que possam melhorar a qualidade de vida do idoso.

**Fatores que alteram a resposta ao medicamento no indivíduo idoso:**

- 1 – Produção diminuída de enzimas que degradam substâncias, incluindo os medicamentos;
- 2 – Aumento no tempo de circulação, o que pode exercer um efeito cumulativo;
- 3 – Menor velocidade de eliminação através dos rins levando a toxicidade;
- 4 – Diminuição do volume do ácido gástrico o que inibe a absorção do medicamento que exige a presença do ácido.

**CUIDADOS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES**

Na terceira idade a principal causa de acidentes são as quedas destacando-se a fratura do fêmur como sua principal conseqüência. A diminuição da acuidade visual, uma maior tendência a síncope, dificuldades de equilíbrio, osteopenias, situações de demência, os efeitos adversos de medicamentos, principalmente os tranqüilizantes, e o alcoolismo. E, sobretudo ambientes despreparados e inseguros para receber o idoso são as principais causas de acidentes entre os idosos.

Algumas medidas simples podem ser adotadas a fim de reduzir a exposição dos idosos a situações de risco, tais como, evitar o uso de tapetes em entradas, evitar encerar pisos, em casas com crianças e idosos deve-se dispensar especial atenção para os brinquedos que ficam pelo chão; usar tapete antiderrapante no banheiro (local de grande ocorrência de acidentes entre os idosos); evitar locais com escadas e degraus; evitar que idosos com alterações de percepção ou visual realizem atividades como cozinhar e passar roupa, manter os ambientes corretamente iluminados são medidas que podem auxiliar, muito, a redução de acidentes graves entre os idosos.

## SAÚDE MENTAL

### VIOLÊNCIA

A violência a cada dia assusta mais, seja pelo seu caráter de crueldade ou pela sua alta incidência. Não existe mais grupo de risco, ou classe social mais vulnerável, qualquer pessoa pode ser vitimada por essa violência que mata milhares de pessoas no mundo todo, sendo os mais atingidos crianças e adolescentes.

A Constituição Cidadã de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, deram passos decisivos na garantia legal desse grupo social. Tendo, portanto, prioridade no uso dos recursos públicos para a garantia de provimento e efetivação da proteção.

As violências mais comuns são os roubos, assaltos, brigas (principalmente de gangues rivais), seqüestros, homicídios, maus tratos à criança, acidentes de trânsito e violência domiciliar contra mulheres.

A atual situação sócio-econômica do Brasil vem contribuindo significativamente para esse aumento, por vários fatores como: má distribuição da renda, desemprego, consumo de bebidas alcoólicas (principal responsável pela violência no trânsito) e drogas.

A violência tornou-se, diante de sua abrangência, um problema de saúde pública visto que suas proporções são epidêmicas. Frente a esse contexto, o Programa de Saúde da Família deve, em seu nível de atuação, contribuir para o desenvolvimento de medidas preventivas contra as diferentes formas de violência.

Sabendo-se que a prevenção deve ser fundamentada na educação, toda atividade deve ser pautada em princípios básicos norteadores:

- Inicie a educação com crianças, elas devem e precisam saber que a violência gera mais violência e que elas podem ser as vítimas;
- Trabalhe na criança o desenvolvimento de sentimentos como a empatia, a compreensão e a solidariedade;
- Estimule a resolução de problemas por meio da conversa, sem ofensas ou agressões, pois tais atitudes tendem a agravar a situação e nada resolvem;

- Ensine-os a controlar a raiva: desenvolva atividades de autocontrole e relaxamento com toda a comunidade;
- Valorize a capacidade de estimular as pessoas ao seu redor com elogios, evitando exageros;
- Ensine técnicas saudáveis para descarregar as tensões do dia a dia, como por exemplo, ginástica, caminhadas, música, atividades de lazer de um modo geral;
- Oriente sobre a importância de convivermos com as diferenças, elas existem para contribuir conosco e com nosso crescimento diário, por isso devemos respeitar quando as pessoas pensarem ou agirem de maneira diferente à nossa;
- Não utilize de agressão (seja ela física ou psicológica) para conquistar seu espaço, ou o respeito das pessoas ou até mesmo para impor disciplina, quase todos os agressores relatam ter sido vítimas de agressões na infância.

Trabalhando essas questões de forma contínua, será mais fácil incorporarmos esses comportamentos entre os membros da comunidade e cada equipe de Programa de Saúde da Família deve cumprir o seu papel.

Embora o tema Violência Contra Crianças e Adolescentes esteja assumindo maior visibilidade nos estudos, pesquisas, publicações, campanhas, nas iniciativas dos Ministérios da Saúde, da Justiça, da Assistência Social e outros, ainda se observam o despreparo dos profissionais das diferentes áreas que lidam com a problemática.

## **ALCOOLISMO E DROGAS**

O uso abusivo das bebidas alcoólicas e o consumo de drogas (entorpecentes) trazem sérias conseqüências e repercussões nos âmbitos social, familiar e econômica, comprometendo a qualidade de vida do usuário e de seus familiares.

Tanto o álcool quanto as drogas lícitas e ilícitas causam dependências e estão associados a uma grande incidência de práticas de violência, principalmente as de caráter domiciliar, ou seja, contra a própria família.

Um indivíduo pode buscar esses vícios por uma série de fatores que vão desde uma pré-disposição genética até influências familiares ou mesmo alterações



psíquicas do indivíduo (como transtornos de humor e personalidade, depressão, etc.).

Esses vícios podem desencadear uma série de efeitos fisiológicos e emocionais que podem interferir na vida do indivíduo em diferentes graus de intensidade.

Os efeitos fisiológicos mais comumente desencadeados consistem de:

- Aumento do risco para desenvolver câncer de língua, esôfago, laringe, fígado e vias biliares, quando em uso prolongado;

- O surgimento de doenças como cirrose hepática, úlcera, gastrite, hepatite e outras que podem aparecer com sintomas agudos ou instalar-se e evoluir para cronicidade;

- Desenvolvimento de afecções cérebros-vasculares e até mesmo o coma alcoólico em consumo abusivo de álcool, num curto espaço de tempo, ou overdose no caso das drogas;

- Alterações da pressão sanguínea;

- Considerável redução nos reflexos;

- Desnutrição;

- Além de trazer conseqüências sérias se consumido durante o período gestacional pela futura mãe, com potencial risco para abortos, nascimentos prematuros e malformação congênita;

Dentre os efeitos emocionais desencadeados podemos destacar:

- Perda de memória e de raciocínio;

- Perda da inibição, o que resulta muitas vezes em condutas de exposição ao risco e desencadeadora de situações de risco como, por exemplo, aceitar participar de uma “roleta russa”;

- Alterações de humor que podem variar desde um acentuado comportamento de alegria (euforia) até uma depressão profunda capaz de desencadear um suicídio ou um homicídio;

- Desestruturação familiar, podendo levar família a ter uma postura de abandono desse indivíduo doente, ou tentar auxiliá-lo a abandonar o vício quando este se permitir ser ajudado;

- Queda de produtividade no seu trabalho, que poderá resultar em desemprego, agravando assim todo o contexto familiar e de estima do indivíduo que geralmente acaba por ir ao fundo do poço antes de reconhecer que necessita de ajudado;

Essas situações devem ser prevenidas, e mais uma vez, a educação da comunidade é o melhor caminho. Cabe à equipe de saúde da família desenvolver ações que proponham a prevenção dessas situações, envolvendo, por exemplo, os jovens em práticas esportivas e levando a todos as informações necessárias para que saibam os riscos e as conseqüências desastrosas que estes vícios acarretam na vida de quem acaba aceitando esses males.

Vale ressaltar ainda o importante papel do Agente Comunitário de Saúde que ao adentrar os domicílios deve atentar para todas as situações de risco à saúde, física ou mental, que aquela família possa estar exposta, levando as informações obtidas a sua respectiva equipe. Afim de que sejam elaborados planejamentos nos quais visem resolver o problema e estratégias preventivas, diminuindo a ocorrência de novos casos.

Em seu sentido mais abrangente, definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e consagrado na Constituição cidadã de 1988, a “saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde”. Ela é, pois, sinônimo de qualidade, entende o ser humano de forma integral, assegurando-lhe os direitos fundamentais desde o nascimento até o final da existência.

Quando finalmente a Constituição for respeitada e cumprida os índices alarmantes de uso de drogas e álcool, certamente, declinarão.

## **TUBERCULOSE**

A Tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo chamado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BK), pois foi Robert Koch quem o descobriu em 1882, que se

propaga através do ar, por meio de gotículas. Contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando essas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença.

A propagação da tuberculose está intimamente ligada às condições de vida da população. Proliferam, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como o saneamento básico e habitação, onde a fome e a miséria coexistem. Sua incidência é maior: nas periferias das grandes cidades, favelas, presídios, locais com aglomerado populacional podendo, porém, acometer qualquer pessoa mesmo em áreas rurais.

No Brasil, a infecção pelo bacilo da tuberculose acontece geralmente na infância, mas pode ocorrer em qualquer idade. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo se tornam infectadas; pois a probabilidade que a tuberculose seja transmitida depende de alguns fatores como: contágiosidade do caso índice (doente bacilífero fonte da infecção); tipo de ambiente em que a exposição ocorreu e duração da exposição.

A forma mais eficiente de prevenção é vacinar todo recém-nascido com a vacina BCG, de preferência ainda na maternidade nas primeiras 12 horas de nascido. A BCG protege contra as formas graves de tuberculose, como a Meningite Tuberculosa (que atinge o sistema nervoso), por exemplo.

Outras medidas sócio-econômicas são importantes como: condições satisfatórias de moradia, geração de emprego e renda, alimentação adequada.

Quando uma pessoa inala as gotículas contendo os bacilos de Koch, muitas ficam no trato respiratório superior, onde a infecção é improvável de acontecer. Porém, quando os bacilos atingem os alvéolos a infecção pode ter início.

Uma vez infectada, a pessoa pode desenvolver tuberculose doença em qualquer fase da vida. Isso ocorre quando o sistema imune não pode manter os bacilos “sob controle”.

Todos os órgãos do corpo podem ser atingidos pelo bacilo da tuberculose, porém os pulmões, gânglios, cérebro, rins, pleura e ossos são os mais acometidos.

Das pessoas infectadas apenas em torno de 10% adoecem, metade delas durante os dois primeiros anos após a infecção e a outra metade ao longo de sua vida. Pode-se considerar esta estimativa correta se não existirem outras infecções ou doenças que debilizem o sistema imunológico da pessoa, como, por exemplo: diabetes mellitus; infecção pelo HIV; tratamento prolongado com corticosteroide; terapia imunossupressora; doenças renais crônicas; desnutrição calórica protéica.

A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, que juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, albergam 80% dos casos mundiais da doença.

No Brasil estima-se que ocorram 129.000 casos por ano. Como está ligada às condições de vida da população atinge mais as pessoas com baixas condições de vida. Por muitos anos foi a responsável por muitas mortes em nosso país.

Os números apresentados hoje, não representam a realidade do país, pois parte dos doentes não são diagnosticados nem registrados, o que aumenta a preocupação dos governantes.

O Ministério da Saúde define tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações e fixando metas para o alcance de seus objetivos.

As ações para o controle da tuberculose no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançadas.

Para que essa expansão aconteça no âmbito da atenção básica, os gestores municipais, juntamente com o gestor estadual deverão agir de forma planejada e articulada garantindo a implantação das ações de controle da tuberculose: estruturação da rede de serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios; organização da rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos; garantia de acesso ao tratamento supervisionado e/ou auto-administrado dos casos; proteção dos sadios e alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão.

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose a todos os municípios brasileiros abrange a expansão e a consolidação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família.

### **A Definição de Caso de Tuberculose**

É denominado “caso de tuberculose” todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose.

### **Tratamento**

Apesar de ser uma doença grave, 100% dos casos novos de tuberculose pode ser curado com o uso adequado dos medicamentos disponibilizados para o tratamento. Os medicamentos compõem o Esquema Quimioterápico. São três esquemas diferentes adequados a cada caso específico, ou seja, quando o paciente vai iniciar o tratamento pela primeira vez o esquema I, nos casos em que o paciente abandonou o primeiro tratamento já receberá o esquema IR, pois o abandono de tratamento poderá levar a resistência aos medicamentos. Quando há falência dos esquemas I e IR, ou seja, após esses tratamentos o paciente continua com a baciloscopia positiva para tuberculose, há a alternativa do esquema III.

### **Esquema I**

O esquema I é a escolha para tratamento de casos novos de tuberculose. É considerado caso novo o doente com tuberculose que nunca se submeteu à quimioterapia antituberculose, fez uso de tuberculostáticos por menos de 30 dias, ou submeteu-se ao tratamento para tuberculose há cinco anos ou mais.

É necessário que o paciente faça uso diário dos medicamentos durante seis meses para obtenção da cura. O esquema é composto por medicamentos antituberculose em forma de comprimidos ou xaropes (para tratamento de crianças) e as doses são administradas de acordo com a idade e peso da pessoa. É importante ressaltar a importância de orientar o paciente da importância de seguir

corretamente o tratamento e quanto aos efeitos colaterais que os medicamentos provocam, pois muitos abandonam o tratamento por essa causa, outros acham o período de tratamento longo e há ainda aqueles que quando começam a ganhar peso e se sentirem melhor, consideram-se já curados. O abandono é totalmente prejudicial para o tratamento uma vez que pode fazer com que o bacilo fique resistente aos outros esquemas, dificultando a cura e podendo levar ao óbito.

O esquema I é composto e oferecido desta forma:

### Esquema I

Fases de Tratamento	Drogas	Peso do paciente			
		Até 20kg	Mais de 20 e até 35kg	Mais de 35 e até 45kg	Mais de 45kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
Primeira fase ( 2 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
Segunda fase ( 4 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

*Legenda: R=Rifampicina, H= Isoniazida, Z= Pirazinamida.*

O tratamento é realizado em duas fases: na primeira o paciente deverá ingerir os comprimidos de Rifampicina e Isoniazida juntos em jejum, já a Pirazinamida pode ser tomada junto com uma refeição, durante dois meses. Na segunda fase irá continuar apenas com a Rifampicina e Isoniazida por mais 4 meses.

Quando o paciente abandona o tratamento ou mesmo quando após a cura ele adquire tuberculose novamente, já não fará mais o uso do Esquema I e sim do Esquema IR ( Esquema I Reforçado).

### Esquema IR

Fases de Tratamento	Drogas	Peso do paciente			
		Até 20kg	Mais de 20 e até 35kg	Mais de 35 e até 45kg	Mais de 45kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
<b>Primeira fase (2 meses)</b>	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
	E	25	600	800	1200
<b>Segunda fase (4 meses)</b>	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	E	25	600	800	1200

*Legenda: R=Rifampicina, H= Isoniazida, Z= Pirazinamida, E= Etambutol.*

No Esquema IR, há o acréscimo de mais um medicamento, o Etambutol.

O paciente que está fazendo uso do Esquema IR deve ser acompanhado com mais atenção pela unidade de saúde, uma vez que já abandonou o tratamento e poderá fazê-lo novamente.

Quando ocorre abandono deste esquema, as chances de cura vão diminuindo.

Para continuidade do tratamento ainda há a alternativa do Esquema III que é indicado nos casos de falência dos esquemas I e IR. É considerado falência quando após os esquemas anteriores o paciente continua com a baciloscopia positiva para tuberculose.

### Esquema III

Fases de Tratamento	Drogas	Peso do paciente			
		Até 20kg	Mais de 20 e até 35kg	Mais de 35 e até 45kg	Mais de 45kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
Primeira fase (3 meses)	S	20	500	1000	1000
	Z	35	1000	1500	2000
	E*	25	600	800	1200
	Et	12	250	500	750
Segunda fase (9 meses)	E*	25	600	800	1200
	Et	12	250	500	750

Legenda: S=Estreptomicina, Z=Pirazinamida, E= Etambutol, Et=Etionamida

\*A estreptomicina é administrada por via intramuscular ou endovenosa.

### Reações Adversas produzidas pelos medicamentos utilizados no tratamento da tuberculose

A grande maioria dos pacientes em tratamento não apresenta queixas quanto aos efeitos produzidos pelos medicamentos. Durante o tratamento do esquema I, poucos se queixam de artralgia, gastralgia e náuseas. Algumas reações mais graves se devem ao uso do Etambutol e da Estreptomicina.

Intoxicações do fígado, problemas oculares sérios, problemas renais podem ser umas das reações graves produzidas pelos medicamentos dos demais esquemas que não do esquema I.

Os esquemas de tratamento são fornecidos gratuitamente pelos serviços de saúde.

### A Organização da Busca de Casos na Comunidade

As equipes de Saúde da Família, os agentes comunitários de Saúde e os profissionais de saúde responsáveis pela vigilância epidemiológica no Distrito Sanitário (quando houver) e no município devem mobilizar a comunidade para



identificar os “tossidores crônicos”, nas famílias, clubes, igrejas, e comunidades fechadas com o objetivo de encaminhá-los para fazer exame de escarro.

As Unidades de Saúde devem manter sua autonomia na descoberta e no tratamento de casos de tuberculose.

As ações para a procura de casos devem estar voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose. A busca ativa deverá ser realizada entre: os sintomáticos respiratórios, ou seja, pessoas maiores de 15 anos que procuram os serviços de saúde por qualquer motivo e apresentam queixas de tosse seca ou produtiva por três semanas ou mais, febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, dor torácica, dispnéia e astenia; história anterior para tuberculose; presença de fatores de risco para o desenvolvimento da tuberculose doença (infecção pelo HIV, diabetes, câncer e etilismo).

#### **Atividades realizadas pelas equipes de saúde**

- Notificar e investigar todo caso de tuberculose. Para tanto utilizar a “Ficha de Investigação” que deverá ter todos os campos preenchidos mediante a comprovação da doença;
- Estar atentos para a realização da busca ativa dentro da unidade de saúde e na comunidade. É importante não perder nenhum caso de sintomático respiratório;
- Iniciar o tratamento logo após o diagnóstico confirmado; agendar retorno mensalmente para busca da medicação e acompanhamento;
- Acompanhar/investigar a presença de sinais e sintomas nas pessoas que coabitam com o doente;
- O paciente deverá ser pesado todos os meses para verificação de ganho de peso, o que demonstra melhora do quadro;
- Colher amostras de escarro a cada dois meses para controle;
- Manter planilha de controle de todos os pacientes em tratamento, a fim de identificar de imediato os casos de abandono;
- Realizar busca ativa aos faltosos por meio de visita domiciliar evitando prejuízos ao tratamento;

- Informar ao paciente e familiares que após o início do tratamento não poderá mais contagiar outras pessoas, preservando a sua vida social;
- Os agentes comunitários de saúde devem estar sempre preparados para identificar os casos de sintomáticos respiratórios e encaminhá-los à unidade de saúde; além de acompanhamento mensal dos que já estão em tratamento;
- Realizar atividades educativas na unidade e na comunidade, facilitando o acesso a informação;
- Encaminhar os casos de tuberculose - HIV para unidade de referência;
- Enviar as Fichas de Investigação devidamente preenchidas para o Serviço de Vigilância Epidemiológica para alimentarem o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Principal gerador de informações sobre tuberculose e outras doenças de notificação em âmbito municipal, estadual e nacional.

#### **Atribuições do Enfermeiro no Programa de Tuberculose**

- Identificar os sintomáticos respiratórios na comunidade quer seja dentro da unidade de saúde, visita domiciliar, atendimento da demanda encaminhada pelo ACS;
- Solicitar o exame de Baciloscopia (duas amostras) por meio do preenchimento do pedido de exame;
- Explicar ao paciente todo o procedimento de coleta em casa;
- Encaminhar as amostras ao laboratório;
- Aplicar a vacina BCG, após treinamento específico para tal;
- Realizar a consulta de enfermagem;
- Investigar contatos e comunicantes do doente de tuberculose;
- Dispensar os medicamentos para o doente em tratamento, explicando seu uso correto;
- Notificar por meio da Ficha de Investigação os casos positivos;
- Fazer a programação e o pedido de medicamentos antituberculose de acordo com a quantidade de tratamentos mensalmente para suprir a farmácia;
- Solicitar o exame de escarro a cada dois meses para os pacientes que iniciaram o tratamento acompanhar a evolução do quadro;

- Identificar os pacientes que estejam com reações adversas aos medicamentos e encaminhá-los à consulta médica;
- Encaminhar o doente para o serviço de referência quando necessário;
- Realizar a Transferência do paciente que se mudou e irá dar continuidade ao tratamento em outra unidade;
- Capacitar os ACS e equipe de enfermagem sobre o tema;
- Realizar atividades educativas no espaço da unidade de saúde e na comunidade;
- Realizar visita domiciliar ao paciente em tratamento;
- Realizar a busca dos faltosos;
- Preencher todos os registros da unidade: livro de registro de pacientes em tratamento, livro de registro de pesquisa em sintomático respiratório;
- Realizar o planejamento, monitoramento e avaliação das atividades que envolvem a tuberculose na unidade de saúde.

## HANSENÍASE

Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés.

É causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar, em média, de 11 a 16 dias.

A principal característica da doença é o comprometimento dos nervos periféricos dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que muitas vezes evoluem para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem comprometer o indivíduo quanto a sua capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. Nos dias atuais ainda são responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença.

Outra característica importante é que infecta muitas pessoas, no entanto, só poucas adoecem; pois o *M. leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade.

### **Modo de transmissão**

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase (reservatório). O contágio dá-se por meio de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior, através das vias aéreas superiores, o trato respiratório, contagiando pessoas susceptíveis.

No entanto, para que a transmissão do bacilo ocorra, é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratada.

O aparecimento da doença na pessoa infectada pelo bacilo, e suas diferentes manifestações clínicas, dependem dentre outros fatores, da relação parasita hospedeiro e pode ocorrer após um longo período de incubação, de 2 a 7 anos.

Pessoas de todas as idades, de ambos os sexos podem ser atingidas pela hanseníase, no entanto, raramente ocorre em crianças. Observa-se que crianças, menores de quinze anos, adoecem mais quando há uma maior endemicidade da doença. Na maioria das regiões do mundo, há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres.

Condições individuais e outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas, convivendo em um mesmo ambiente contribuem no risco de adoecer.

### **Formas da doença**

São conhecidas duas formas da doença: Paucibacilar (PB) denominadas: Indeterminada e Tuberculóide apresentam até cinco lesões de pele e Multibacilar (MB) têm dois tipos de Hanseníase: Dimorfa e Virchowiana em que os pacientes apresentam mais de cinco lesões de pele.

Considera-se caso PB aquele no qual a pessoa adoece, mas apresenta resistência ao bacilo; pois abrigam um pequeno número de bacilos no organismo, ou

seja, insuficiente para infectar outras pessoas. Por isso, os casos Paucibacilares não são considerados importantes fontes de transmissão. Há casos em que as pessoas obtêm a cura espontaneamente.

Um número menor de pessoas não apresenta resistência ao bacilo, o que facilita sua multiplicação no organismo e sua eliminação para o meio exterior, podendo infectar outras pessoas. Essas pessoas que são a fonte de infecção constituem os casos Multibacilares e são responsáveis pela manutenção da cadeia epidemiológica da doença.

A partir do início do tratamento, a pessoa deixa de ser transmissora da doença; pois as primeiras doses da medicação matam os bacilos.

O diagnóstico precoce da hanseníase e o seu tratamento adequado evitam a evolução da doença, o que conseqüentemente impede a instalação das incapacidades físicas por ela provocadas.

### **Diagnóstico**

O diagnóstico da hanseníase é realizado através do exame físico e anamnese, quando se busca os sinais dermatológicos da doença. A baciloscopia é um apoio para o diagnóstico.

A baciloscopia é um exame realizado com a utilização de um microscópio onde será observada a presença do *Mycobacterium leprae*. O material utilizado pode ser proveniente de um raspado das lesões ou da coleta da linfa que pode ser retirada dos lóbulos da orelha e/ou cotovelo.

Um caso de hanseníase é uma pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer quimioterapia: lesão de pele, acometimento de nervo(s) e baciloscopia positiva.

As lesões de pele provocadas pela Hanseníase normalmente são fáceis de serem diagnosticadas são lesões com pouca ou nenhuma sensibilidade, ou seja, a pessoa perde ou tem diminuição da sensibilidade da pele no local da lesão. Essas lesões se manifestam como: manchas, placas, nódulos, infiltrações e tubérculos. Além das lesões de pele, a Hanseníase pode comprometer os nervos periféricos

causando neurite, edema, perda de sensibilidade, perda de força muscular. A principal característica de acometimento nervoso é a dor e edema dos nervos.

Vale ressaltar que a baciloscopia não é o principal dado que confirma o diagnóstico, ou seja, se a doença foi identificada pelo exame físico não é necessário aguardar o resultado de o exame ficar pronto para que o tratamento seja iniciado.

### **Tratamento**

A Hanseníase tem cura desde que o tratamento seja realizado adequadamente com os medicamentos que compõem o esquema de tratamento. A Poliquimioterapia (PQT) é o tratamento indicado pela Organização Mundial de Saúde e é responsável pela cura da doença.

A classificação da doença é fundamental para o início do tratamento. Há necessidade de um esforço organizado de toda a rede básica de saúde no sentido de fornecer tratamento quimioterápico a todas as pessoas diagnosticadas com hanseníase.

Após essa classificação o paciente irá receber uma dose supervisionada e os demais medicamentos que serão entregues a ele para continuar o tratamento em casa.

Mensalmente o paciente deverá comparecer a Unidade de Saúde para retirada das doses que tomará em casa e receber dose supervisionada que será oferecida pelo profissional de saúde. Nesta ocasião, o profissional também deverá avaliar o paciente para certificar-se da eficácia do tratamento. Esta avaliação consiste em acompanhar a evolução das lesões de pele e o comprometimento dos nervos, além de verificar a presença de incapacidades físicas. Cabe ainda ao profissional oferecer orientações que visam à prevenção de incapacidades físicas.

O tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para curá-lo, fechar a fonte de infecção interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública.

O tratamento integral de um caso de hanseníase compreende o tratamento quimioterápico específico - a poliquimioterapia (PQT), seu acompanhamento com

vistas a identificar e tratar possíveis intercorrências e complicações da doença e a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas.

Não é eticamente recomendável tratar o paciente com hanseníase com um só medicamento. A poliquimioterapia é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina com administração associada.

Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre com frequência quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença.

#### Esquema Paucibacilar (PB)

Neste caso é utilizada uma combinação da rifampicina e dapsona acondicionados numa cartela, no seguinte esquema:

- medicação:

- rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada,

- dapsona: uma dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada,

- duração do tratamento: 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina.

- critério de alta: 6 doses supervisionadas em até 9 meses.

#### Esquema Multibacilar (MB)

Aqui é utilizada uma combinação da rifampicina, dapsona e de clofazimina, acondicionados numa cartela, no seguinte esquema:

- medicação:

- rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada,

- clofazimina: uma dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada;

- dapsona: uma dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada,

- duração do tratamento: 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina;

- critério de alta: 12 doses supervisionadas em até 18 meses.

### **O autocuidado**

Por ser a hanseníase uma doença que pode deixar seqüelas no paciente, é válido ressaltar algumas medidas preventivas que devem ser orientadas ao paciente pelo enfermeiro:

- Limpar o nariz internamente com soro fisiológico ou água. É importante que seja orientado que esse líquido permaneça em cada narina por alguns instantes, a fim de evitar ressecamento das mucosas e obstrução nasal.

- Orientar para que o paciente faça movimentos de “pisca” os olhos várias vezes ao dia, a fim de promover fortalecimento da musculatura.

- Pedir para que feche e abra os olhos com força três vezes ao dia.

- Se o paciente apresentar triquíase (cílios invertidos voltados para dentro do olho), solicitar que faça a retirada dos mesmos com o uso de uma pinça de sobrancelhas.

- Orientar para que hidrate as mãos diariamente mergulhando-as em uma bacia com água na temperatura ambiente por quinze minutos secando-as delicadamente com uma toalha após a hidratação. Para melhorar a hidratação, após ter secado as mãos, colocar um pouco de vaselina e espalhar bem pela pele.

- O mesmo procedimento deverá ser realizado nos pés.

- Recomendar o uso de sapatos confortáveis que não machuquem os pés.

### **Atribuições do enfermeiro no Programa da Hanseníase**

- Avaliar o estado de saúde da pessoa por meio da consulta de enfermagem.

- Identificar os principais fatores ambientais que possam proporcionar riscos de adoecimento do indivíduo.

- Realizar a busca ativa dos casos, ou seja, identificar na comunidade as pessoas que tenham sinais e sintomas da doença para que sejam investigadas e tratadas caso tenham o diagnóstico confirmado.

- Realizar busca aos faltosos do programa.

- Gerenciar as ações de assistência de enfermagem.

- Fazer previsão e requisição de medicamentos do programa.





- Realizar a coleta de material para exame laboratorial.
- Aplicar técnicas simples de prevenção de incapacidades.
- Aplicar o tratamento.
- Identificar e encaminhar os pacientes com reações aos medicamentos.
- Solicitar exames para confirmação do diagnóstico.
- Prescrever os medicamentos conforme as normas e protocolos estabelecidos.

----- FIM MÓDULO IV -----

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BATES, B. **Propedêutica Médica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.
- BOUNDY, J. e et al. **Enfermagem médico – cirúrgica**. trad: Cosendey, C. H. Rev: Souza, S. R. – vol. 1 e 2, Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004 il.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o SUS. Caderno de Atenção Básica Nº 15. Brasília, 2008. 53 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, 2006. (cap.III)
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Manual Técnico para o Controle da Tuberculose**. Brasília, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da Hanseníase**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Básico de Vacina do Adulto e do Idoso**. Disponível em [http:< www.portal.saude.gov.br>](http://www.portal.saude.gov.br). Acesso em 02/02/2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Pública**. Ano V, n.7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004. Semestral. Brasília, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde**, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Pré – Natal: Manual técnico**, 3ª ed., Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Natural é o Parto Normal: Pré-Natal, Parto e Puerpério: Manual técnico**, 3ª ed. Curitiba: SESA, 2004.
- BRUNNER & SUDDARTH. **Enfermagem Médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.
- CONSAUDE. **SUS**. Disponível em: <http://www.consaude.com.br/SUS/índice.htm>  
Acesso em: 26/07/2006.
- COSTA, E. M. A. e CARBONE, M. H. **Saúde da Família – Uma abordagem Interdisciplinar**. Rio de Janeiro, Rubio, 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: MS/Inca, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Prevenção do câncer de próstata**. Rio de Janeiro: MS/Inca, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. 2ª ed. – Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Programas de Controle de Câncer – Pro – Onco, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de condutas para agentes comunitários de saúde; Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, AIDIPI; Procedimentos para crianças de 2 meses a 5 anos de idade** / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- NUNES et. Al. **Semiologia e Semiotécnica em Pediatria**. Departamento de Enfermagem. Material Didático Instrucional. Campo Grande, 2007 - 2008.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual da Gestante: fatores de risco para a gestação**. 2ª ed., Curitiba: SESA, 2004.
- PENNA, M.L.F. e FAERSTEIN, E. **Coleta de dados ou sistema de informação? O método epidemiológico na avaliação de serviços de saúde**. Cadernos do IMS, 1997.
- Portal da Saúde Pública do Pará. **SUS – Princípios e Diretrizes**. Disponível em: [http://portal.sespa.pa.gov.br/portal/page?\\_pageid=73,36424&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&pagina=susprincipiosdiretrizes.html](http://portal.sespa.pa.gov.br/portal/page?_pageid=73,36424&_dad=portal&_schema=PORTAL&pagina=susprincipiosdiretrizes.html) . Acesso em 10/07/2006.

RAFE - Informação e Saúde. **Saúde do Idoso**. Disponível em:

[http://www.rafe.com.br/sql\\_vamosprevenir/index.asp?setor=23&idc=119](http://www.rafe.com.br/sql_vamosprevenir/index.asp?setor=23&idc=119) . Acesso em 02/07/2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS. Departamento de Ações Programáticas. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Rondonópolis, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MATO GROSSO. Escola de Saúde Pública do Mato Grosso. Gerência de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde. **Curso Introdutório em Saúde da Família**. Cuiabá, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MATO GROSSO. Escola de Saúde Pública do Mato Grosso. Coordenadoria de formação Técnica em Saúde. **Curso de Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Cuiabá, 2006.

WRIGHT, Lorraine M. e LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na Família**. 3ª ed., São Paulo: Roca, 2002.

----- FIM DO CURSO! -----