

**Curso de Qualificação de**  
**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS**  
**Caderno 2**

1ª edição revista e ampliada  
1ª reimpressão



## **Governo do Estado de Minas Gerais**

### **Secretaria de Estado de Governo**

### **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**

#### **Diretoria Geral da ESP-MG**

Thaís Lacerda e Silva

#### **Superintendência de Educação e Trabalho em Saúde/ESP-MG**

Harrison Miranda

#### **Assessoria de Comunicação Social/ESPM-MG**

#### **Organizadores**

Érica Menezes dos Reis

Danielle Costa Silveira

Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita

Juracy Xavier de Oliveira

#### **Assessoras Pedagógicas**

Érica Menezes dos Reis

Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita

Juracy Xavier de Oliveira

#### **Comissão de Revisão de Conteúdo/ESP-MG**

Adriana Alves de Andrade Melo Franco

Alessandra Rios de Faria

Amanda Nathale Soares

Ana Carolina Santana de Sousa

Ana Paula Martins Lara

Elizabeth Costa Dias

Danielle Costa Silveira

Érica Menezes dos Reis

Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita

Juliana Lúcia Costa Santos Moraes

Juracy Xavier de Oliveira

Kátia Santos Dias

Kennedy Crepalde Ribeiro

Magda Helena Reis Cota de Almeida

Marta de Freitas

Rose Ferraz do Carmo

Thais Lacerda e Silva

#### **Revisão Textual**

Sílvia Amâncio - ASCOM/ESP-MG

#### **Diagramação/Layout**

Raphael Josef Ottoni Santos (estagiário) - ASCOM/ESP-MG

## **AUTORES**

#### **Adriana Alves de Almeida**

Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde. Faculdade Pitágoras.

#### **Adriana Alves de Andrade Melo Franco**

Enfermeira Obstetra. Especialista em Reabilitação em Geriatria e Gerontologia. Especialista em Saúde da Família. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

#### **Aletea Ferreira Prado de Figueiredo**

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Envelhecimento e Saúde do Idoso. Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde e Rede de Atenção à Saúde. Mestranda em Saúde Pública. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais / SES-MG.

#### **Amanda Nathale Soares**

Doutora em Enfermagem. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Superintendência de Educação e Trabalho em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

#### **Ana Regina Machado**

Psicóloga. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Coletiva. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

#### **Anelise Andrade de Souza**

Especialista em Alimentação e Nutrição Escolar. Mestre em Saúde e Nutrição. Doutoranda em Saúde Coletiva.

#### **Cristiane Moreira Magalhães Andrade**

Farmacêutica. Especialista em Saúde Pública e em Vigilância Sanitária.

#### **Daniela Magalhães de Pinho Tavares**

Fisioterapeuta. Especialista em Envelhecimento e Saúde do Idoso. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

#### **Danielle Costa Silveira**

Graduada em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

#### **Elma Lúcia de Freitas Monteiro**

Nutricionista. Especialista em Saúde Coletiva.

#### **Gislene Aparecida Lacerda**

Psicóloga. Mestre em Psicologia. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

#### **Iracy Sofia Barbosa**

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

**Juliana Lúcia Costa Santos Moraes**

Bióloga. Especialista em Ensino de Ciências e Mestre em Parasitologia. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

**Ludmila Brito e Melo Rocha**

Graduada em Odontologia. Especialista em Saúde Coletiva e em Gestão em Saúde (Ensp/Fiocruz). Mestre em Enfermagem (UFMG). Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

**Marcela Quaresma Soares**

Enfermeira. Especialização em Saúde da Família; Atenção Básica em Saúde da Família e em Gestão em Saúde. Mestre em Educação em Diabetes. Prefeitura Municipal de Viçosa.

**Maria Rizoneide Negreiros de Araújo**

Graduada em Enfermagem. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Epidemiologia. Doutora em Enfermagem. Profa. Emérita da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Michelly de Lima Ferreira Vargas**

Doutora em Políticas Públicas da Educação (FaE-UFMG). Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

**Paula Dias Bevilacqua**

Graduada em Medicina Veterinária, Mestre em Medicina Veterinária-Epidemiologia, Doutora em Ciência Animal-Epidemiologia. Universidade Federal de Viçosa.

**Rodrigo Chaves Nogueira**

Psicólogo. Especialista em Saúde Mental e em Gestão Pública de Saúde. Analista de Educação e Pesquisa em Saúde da ESP-MG.

**Thais Lacerda e Silva**

Fisioterapeuta. Pesquisadora na área Saúde, Educação e Trabalho. Doutora em Saúde Pública. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais / ESP-MG.

Impresso no Parque Gráfico da Companhia de Tecnologia da Informação do Estado de Minas Gerais - Prodemge

M663c Minas Gerais. Escola de Saúde Pública.  
Curso de qualificação de agentes comunitários de saúde – ACS: caderno 2. /  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - 1. ed. rev. e ampl. - Belo Horizonte: ESP-MG,  
2018.

316 p.

ISBN: 978-85-8408-011-3

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Saúde pública. 3. Curso de qualificação. I. Título.

NLM WA 18

# Sumário

## APRESENTAÇÃO ..... 9

### UNIDADE DE APRENDIZAGEM IV – PRODUZINDO PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE DAS FAMÍLIAS NO TERRITÓRIO

Concepções de família e visita domiciliar ..... 16

Práticas do ACS no cuidado à saúde das famílias ..... 26

A atuação do Agente Comunitário de Saúde na abordagem à saúde da criança ..... 26

A atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde do adolescente ..... 64

A atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde da mulher ..... 82

A atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde do homem ..... 119

A atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde do idoso ..... 130

Saúde do trabalhador e da Trabalhadora: Política transversal no cuidado à saúde do homem e da mulher ..... 160

Saúde do trabalhador rural ..... 169

### UNIDADE DE APRENDIZAGEM V - ACOMPANHAMENTO DE SITUAÇÕES DE SAÚDE ESPECÍFICAS

Saúde Mental ..... 186

Saúde Bucal ..... 211

### UNIDADE DE APRENDIZAGEM VI - ALGUMAS DOENÇAS DE IMPORTÂNCIA PARA A SAÚDE PÚBLICA

Doenças negligenciadas ..... 236

Doenças infecciosas e parasitárias ..... 241

Diabetes e Hipertensão ..... 286

Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST ..... 300

# Apresentação

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) vem, desde 1946, desenvolvendo ações educacionais e de pesquisa na área de saúde pública, visando à formação de profissionais críticos, capazes de transformar suas práticas cotidianas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações educacionais desenvolvidas pela ESP-MG orientam-se pelos pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS), que se fundamenta na aprendizagem a partir, no e para o trabalho, discutindo os problemas enfrentados na realidade, levando em consideração as experiências e os conhecimentos que os profissionais já possuem, contribuindo, dessa forma, para o alcance de melhorias nos processos de trabalho em saúde.

Com atuação em todo o Estado de Minas Gerais, a ESP-MG trabalha ainda de forma descentralizada, buscando atender às necessidades das regiões de saúde do Estado. Com a missão de produzir e disseminar conhecimentos para a promoção, vigilância, atenção e cuidado em saúde, a instituição contribui para a organização do sistema e para a qualidade dos serviços prestados à população.

O Curso de Qualificação do Agente Comunitário de Saúde representa uma dessas ações educacionais descentralizadas e pretende dar continuidade à qualificação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Estado de Minas Gerais, entendendo que este profissional constitui um importante segmento da força de trabalho no setor saúde e que a abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aponta para a necessidade de uma qualificação permanente desses atores.

A retomada da oferta do curso pela ESP-MG acontece em um momento de intensa e produtiva discussão e reflexão institucional sobre a EPS, o que motivou a equipe de condução do curso a repensar a matriz curricular e o material didático a partir desse referencial. O primeiro movimento nesse sentido foi a realização de oficinas com Agentes Comunitários de Saúde, que representaram espaços de reflexão, discussão e troca de experiências sobre o cotidiano de trabalho do ACS, suas interfaces com a equipe de saúde, a comunidade e os desafios e potencialidades do trabalho em saúde.

Essa ação educativa é, portanto, resultado de intensos movimentos de discussão e elaboração, e busca contribuir para o aprimoramento das ações desenvolvidas pelos ACS, no âmbito dos diferentes territórios do estado de Minas Gerais.

## Pressupostos Pedagógicos

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma opção político-pedagógica que orienta os cursos ofertados pela ESP-MG, nos quais os profissionais de saúde são formados com base na reflexão e na análise das situações e dos problemas da realidade em que atuam.

Quando se fala em EPS, estamos falando também de uma concepção crítica da Educação, a partir da qual os alunos são entendidos como sujeitos históricos e atuantes na transformação da sociedade. A concepção crítica da Educação baseia-se no pensamento de Paulo Freire (1987) que entende a educação como libertação do sujeito e o pleno exercício de seus direitos enquanto cidadãos.

Nessa perspectiva, a problematização sustenta a prática dos docentes e convoca-os a promover processos dialógicos, favorecendo o exercício da autonomia dos alunos nos diversos contextos onde se atua. O processo de ensinar e de aprender é desenvolvido por meio da articulação entre conhecimentos teóricos e experiências/vivências do cotidiano das práticas do ACS. Essa é uma abordagem própria do currículo integrado, que tem a articulação entre a teoria e a prática como seu eixo norteador.

A organização do curso compreende dois períodos letivos, denominados concentração e dispersão. Por concentração entende-se o resgate da prática e a reflexão sobre ela e por dispersão entende-se o confronto entre os novos conhecimentos e a prática. A soma desses dois processos possibilita ao aluno ressignificar a sua prática e propor mudanças no contexto onde vive.

O atendimento aos pressupostos da EPS, inscritos no Projeto Político Pedagógico da ESP-MG, requer e envolve encontros com os docentes, com a intenção de produzir debates e construir diversas estratégias didáticas que potencializem a aprendizagem no trabalho, a partir do trabalho e para o trabalho.

Desejamos a todos um excelente curso!

**Unidade de  
Aprendizagem 4**

**Produzindo práticas de cuidado à  
saúde das famílias nos territórios**

**Tema 1:**

*Concepções de família e visita domiciliar*

**Tema 2:**

*Práticas do ACS no cuidado à saúde das famílias*

“O senhor... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra montão”

Guimarães Rosa

“No fim da tarde, nossa mãe aparecia nos fundos do quintal : Meus filhos, o dia já envelheceu, entrem pra dentro.”

Manoel de Barros

### **Seja bem vinda e bem vindo à nossa quarta Unidade de Aprendizagem!**

Os objetivos desta Unidade de Aprendizagem são:

- Discutir o conceito de família e compreender suas diferentes concepções;
- Discutir e refletir sobre a importância da visita domiciliar como uma importante ferramenta de trabalho do ACS;
- Compreender e discutir a atuação do ACS na abordagem à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem e do idoso;
- Compreender o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença e qualificar as ações no cuidado à saúde dos trabalhadores.

## Compartilhando as experiências da atividade de dispersão

Caros educandos, esta unidade inicia-se com a discussão da atividade de dispersão proposta na unidade de aprendizagem III: ACS: Trabalho, Educação e Saúde. Naquele momento, pedimos para você analisar uma ação educativa desenvolvida pela Unidade Básica de Saúde em que você e sua equipe atuam e propor possíveis mudanças para torná-la mais dialógica e participativa. Agora chegou o momento de socializar esta experiência com a turma.

Vamos relembrar a atividade na íntegra:

### ATIVIDADE DE DISPERSÃO

#### Analisando uma ação educacional da minha UBS

Esta atividade de dispersão tem como objetivo analisar e problematizar uma ação educacional realizada na sua UBS e propor, caso seja possível, mudanças que a tornem mais dialógica e participativa. A ação analisada poderá contemplar tanto usuários quanto trabalhadores da saúde. Retome a diversidade de atividades que você desenvolve no seu dia a dia de trabalho e utilize o roteiro abaixo para analisá-la, fazendo as adaptações que forem necessárias. Você deverá apresentar para a turma no próximo encontro da aula presencial:

Roteiro para análise da Ação Educativa:

- Breve descrição sobre a unidade básica de saúde em que você atua: tempo de existência da UBS; composição e número da equipe; número de famílias sob responsabilidade das equipes; principais ações ofertadas.
- Identificação da Ação Educativa escolhida para análise.
- Por que a ação escolhida é desenvolvida? Que fatores ou situações justificam o desenvolvimento desta atividade?
- Qual o público da ação, ou seja, para quem ela se destina?
- Que objetivos você e a equipe de saúde pretendem alcançar com o desenvolvimento desta ação?
- Como a(s) atividade(s) é (são) desenvolvidas e conduzidas? Há eleição de temas previamente? Se sim, quem os define? Vocês utilizam algum material de apoio? Que tipo de material?
- É realizado algum tipo de avaliação da ação, seja pelos próprios trabalhadores, pela equipe e/ou pelos usuários?
- Reflita sobre a ação educacional escolhida. Em sua opinião, ela cumpre com os objetivos pretendidos? Que pontos você considera positivos? Que questões podem ser melhoradas? Você considera que a ação se aproxima mais de uma ação educacional realizada no modelo Tradicional de Educação em Saúde ou no modelo Dialógico? Explique.

Em seguida, forme uma roda e conte como foi o desenvolvimento dessa atividade, tendo as questões abaixo como norteadoras da discussão:

- Qual foi a ação educacional analisada?
- Qual era o seu objetivo?
- Qual é a justificativa para a existência desta ação educacional?
- Qual o público que a ação pretendia atingir?
- De qual modelo de educação em saúde (tradicional ou dialógico) a ação educativa analisada mais se aproxima? Em quais aspectos?
- Quais recursos foram utilizados?
- Como foi a participação da equipe de saúde? E dos usuários?
- Que mudanças você sugeriu para a ação educativa analisada?
- Que resultados podem ser esperados com a mudança sugerida por você?



## Tema 1: Concepções de família e visita domiciliar



Fonte: <http://cap21.blogspot.com.br/p/blog-page.html>

Iniciaremos esta unidade destacando a família como centro de atenção e cuidado do ACS e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Por isso, é importante conversarmos sobre os diferentes arranjos familiares produzidos na nossa sociedade, entendendo a importância dessa discussão para a produção do cuidado em saúde.

*Você já parou para pensar nos muitos arranjos familiares que hoje podemos observar em nossa sociedade?*

*Que arranjos familiares você tem observado no território em que atua?*

### Dinâmica 1: No Varal

Participe da dinâmica proposta pelo docente, que tem o objetivo de refletir sobre as diversas composições familiares.

Para desenvolvê-la, é importante que você e seus colegas construam um varal em que serão afixadas ilustrações representando as pessoas que compõem a sua família.

### Texto 1 - Famílias e a atuação do ACS

Nos últimos anos, a família tem se tornado cada vez mais foco de políticas públicas em diversas áreas e setores, a exemplo da ESF. No entanto, muitas vezes, as práticas de atenção à saúde voltadas para as famílias não vêm acompanhadas de reflexão e discussão aprofundadas sobre o conceito de família, desconsiderando ou minimizando a importância de levar em conta as dinâmicas e o funcionamento dos diversos arranjos familiares para além de laços sanguíneos.

*Vamos pensar um pouco sobre o que compõe as diferentes famílias?*

Cada família é única: suas memórias, histórias, alegrias e tristezas são singulares, assim como seus componentes e os laços que os unem, sejam sanguíneos ou afetivos. A partir dessas especificidades é que se deve compreender a diversidade de maneiras por meio das quais as famílias se responsabilizam e se envolvem no cuidado à saúde. Fatores culturais e sociais também interferem na diversidade de formas por meio das quais as famílias produzem cuidado à saúde de seus membros.

Portanto, é muito importante considerar que as trajetórias, as visões de mundo e as condições de vida ajudam a conformar as maneiras como as famílias se organizam e as estratégias que utilizam, com maior ou menor autonomia, para recorrer aos serviços de saúde e para processar as informações e as orientações que recebem e compartilham sobre os cuidados com a saúde.

Considerando que o trabalho desenvolvido pela ESF demanda uma reflexão constante sobre as formas de abordagem e de intervenção no cotidiano e na intimidade das pessoas, ampliar a análise sobre as implicações decorrentes de se eleger a família como foco de atenção pode auxiliar na construção e na manutenção de vínculos entre os trabalhadores da saúde e as famílias sob sua responsabilidade.

**Não existe uma só concepção de família: a ideia de família é historicamente determinada e, portanto, podem acontecer mudanças em seus formatos e em suas finalidades.**

Conforme podemos visualizar na figura 01, os formatos de famílias são muitos e assumem várias configurações, tais como família nuclear; extensa; homoafetiva; monoparental; reconstituídas e ainda aquelas formadas por cônjuges sem filhos. Em comum, os diferentes arranjos compartilham o entendimento de que os laços afetivos são essenciais e, muitas vezes, não coincidem com os vínculos de parentesco.

## FAMÍLIAS

### FAMÍLIAS EXTENSA

INCLUI ALÉM DO NÚCLEO CENTRAL DA FAMÍLIA OS PARENTES EXTENSOS: TIOS, PRIMOS, SOBRINHOS, AVÓS ENTRE OUTROS FAMILIARES.

### FAMÍLIAS HOMOAFETIVAS

CASAL HOMOAFETIVO COM OU SEM FILHOS

### FAMÍLIAS MONOPARENTAL

APENAS UM DOS PROGENITORES ASSUME A CRIAÇÃO DOS FILHOS

### FAMÍLIAS NUCLEAR

PROGENITORES E SEUS DESCENDENTES DIRETOS (OS FILHOS)

### FAMÍLIAS RECONSTRUIDA

NOVAS UNIÕES ENTRE PARCEIROS ORIUNDOS DE UNIÕES ANTERIORES, COM OU SEM FILHOS

Figura 01: Conceitos de família e suas definições



### Leitura complementar

Você pode conhecer um pouco mais sobre a diversidade de arranjos e formatos familiares, por meio da reportagem “A “nova” família brasileira” .

Link para acesso: <http://www.homorealidade.com.br/2011/06/nova-familia-brasileira-publicado-na.html>.

Embora mais frequente, durante muito tempo, o modelo nuclear conviveu desde os primórdios da colonização do Brasil com outros formatos e arranjos, tais como as famílias formadas por concubinato; as uniões extraoficiais; as famílias monoparentais além das relações entre escravos e proprietários de terras; entre padres e suas escravas e/ou concubinas. Apesar disso, a família socialmente aceita tem sido aquela representada pelo formato nuclear, sendo que as que não se enquadravam nesse modelo, considerado padrão, enfrentavam e ainda enfrentam preconceitos e muitas dificuldades para acessar direitos básicos.

*Você observa em seu território experiências de famílias que enfrentam dificuldades por não se enquadrarem no formato nuclear?*

*Que dificuldades você tem observado?*

*Como você acredita que tem sido o atendimento a essas famílias na Unidade Básica de Saúde?*

**Concubinato:** Significa uma união entre um homem e uma mulher que, embora não sejam casados formalmente por algum impedimento, vivem como tal.

Os casais em união estável e as famílias homoafetivas, por exemplo, ainda vivenciam obstáculos para garantir o acesso a direitos, tais como a possibilidade de adotar filhos, ser dependente do parceiro (a) em plano de saúde, herdar bens e receber pensão alimentícia, em caso de morte do cônjuge.

Ainda que persistam alguns entraves e dificuldades, nos últimos anos, importantes conquistas têm sido obtidas em decorrência das demandas por legitimidade e pela garantia de direitos sociais a todas as famílias. Como exemplos podem ser mencionados o reconhecimento de direitos aos casais em união estável e a proteção legal aos casais do mesmo sexo. Outro avanço foi o fim da distinção entre filhos legítimos e filhos “naturais”, resultantes de relações extraconjugais. A legislação brasileira, por muito tempo, previa que apenas filhos gerados por progenitores legalmente casados poderiam ser considerados “legítimos”, ou seja, detentores de direitos como herança.

Em 1988, a Constituição Federal, em seu artigo 227, parágrafo 6º, estabeleceu que todos os filhos possuem os mesmos direitos, independentemente da maneira como foram gerados e se foram, por exemplo, adotados. Mas ainda há muito que avançar para que todas as famílias tenham igual acesso à saúde, à educação e à proteção social.

### Para Refletir...



Até hoje o Código Civil, em seu artigo 1.723, reconhece somente como entidade familiar a união estável entre homem e mulher com o objetivo de constituição de família, excluindo, assim, casais homoafetivos. Isso sinaliza que uma parcela significativa da sociedade brasileira ainda não tem plenamente reconhecidos seus direitos como cidadãos.

Considerando o contexto mencionado, é essencial refletir constantemente sobre as formas de abordagem e a decisão sobre quando e como intervir na realidade dos grupos familiares com os quais se trabalha. Para se trabalhar com famílias, é preciso respeitar e reconhecer a diversidade de arranjos possíveis, abrindo mão de preconceitos que possam influenciar negativamente a criação de vínculos entre os trabalhadores da saúde e as famílias.

Deve-se evitar que nossas formas particulares de ver o mundo e nossas experiências pessoais e familiares prejudiquem a maneira como nos relacionamos com os indivíduos e as suas famílias. É preciso nos atentarmos para a importância do desenvolvimento de uma escuta qualificada, realmente aberta às necessidades do outro, sem julgamentos de valor. Isso também pressupõe reconhecer e valorizar as redes familiares, que muitas vezes ultrapassam os muros do domicílio e influenciam a tomada de decisão pelas famílias. Quando se consegue perceber e respeitar as dinâmicas próprias de cada família, pode-se então ajudar os grupos familiares a se envolverem efetivamente no processo de cuidado à saúde.

Do mesmo modo que os arranjos familiares são muitos e diversos, é também diversa a forma como esses grupos se organizam e funcionam, sendo que nem sempre esse funcionamento se enquadra no ideal de harmonia socialmente esperado.

As famílias são também palco de relações de poder, de conflitos entre gerações e de disputas entre seus membros. Estar ciente de que as relações familiares não estão isentas de conflitos e rupturas pode auxiliar a evitar idealizarmos as famílias e o seu funcionamento.

Além disso, o reconhecimento de que nem sempre a lógica do profissional da saúde e a lógica das famílias adscritas coincidem. Isso seria essencial para possibilitar a construção de pontes entre esses mundos, às vezes aparentemente separados, mas que se encontram precisamente na necessidade do cuidado à saúde, tanto do lado de quem cuida, quanto de quem recebe cuidado.

*Pensando nisso, como você tem lidado com os conflitos que aparecem nas famílias do território em que você atua?*

*Como você acredita que pode ser possível conciliar as suas formas de ver o mundo e as formas como as diferentes famílias do seu território se organizam?*

Compete ao profissional da saúde, especialmente o ACS, responsável por realizar visitas domiciliares e manter contato frequente e próximo com as famílias, estar atento para evitar exercer um papel meramente disciplinador, restrito a repassar informações e a fiscalizar o modo de vida das famílias. É importante ressaltar que é principalmente por meio do ACS que a ESF encontra caminhos para criar e fortalecer vínculos com a população. Para isso, o respeito e o reconhecimento da singularidade de cada família e de sua capacidade para cuidar da saúde são questões fundamentais na abordagem da ESF. Essa pode ser uma forma de assegurar que as famílias atuem cada vez mais como parceiras dos profissionais no cuidado à sua própria saúde, substituindo práticas e abordagens pautadas em uma relação verticalizada entre as famílias e os profissionais da saúde e buscando construir vínculos mais amparados no respeito e na confiança mútua.

### Atividade 1

#### Discutindo concepções de família

A partir das informações contidas no Texto 1 - Famílias e a atuação do ACS - e da reflexão sobre a dinâmica "No varal", discuta com docente e colegas sobre as diferentes formas de família representadas, fazendo um paralelo com as questões levantadas no texto.

Houve algum tipo de família abordado no texto que não foi retratado no varal construído pela turma?

Agora que discutimos sobre o conceito de família e as suas diferentes concepções, vamos abordar uma das principais formas de cuidado às famílias do território: a visita domiciliar. O momento de visitar as famílias deve ser reconhecido com uma importante oportunidade para conhecer melhor os moradores do domicílio, os seus hábitos e as suas necessidades em saúde, além de estabelecer vínculo e propor ações de cuidado que sejam direcionadas às suas realidades.

### Atividade 2

#### Discutindo visita domiciliar

Em uma roda de conversa, discuta com docente e colegas, a partir das suas experiências de trabalho, as principais dificuldades, limitações e curiosidades vivenciadas em visitas domiciliares, a partir das seguintes questões:

- Como foram suas primeiras visitas domiciliares? Quais as principais dificuldades você enfrentou no início? Elas ainda persistem?
- Como o tempo de trabalho (a experiência) pode impactar na realização da visita domiciliar?

#### Texto 2: Visita às famílias: uma atividade essencial do ACS

Na nossa sociedade, a visita sempre foi uma atividade de cunho social: visitamos uma amiga que ganhou neném, um vizinho que está doente, um parente que se mudou para uma nova casa, etc.

Entretanto, a visita domiciliar que aqui estamos abordando tem um sentido diferente, porque é uma ferramenta de trabalho muito importante nos serviços de saúde e, de modo especial, na Atenção Primária à Saúde. A visita domiciliar como ferramenta ou abordagem de cuidado à saúde é utilizada desde a década de 1980 pela Igreja Católica, com a fundação da Pastoral da Criança. Por meio de voluntários, a Pastoral desenvolve a visita familiar para orientação e acompanhamento de famílias em ações básicas de saúde, educação e nutrição, visando ao desenvolvimento integral das crianças.

O ACS, desde o início do Programa Saúde da Família (atual ESF), tem na visita domiciliar o eixo principal do seu processo de trabalho e a Ficha de Visita Domiciliar como uma importante ferramenta para orientar esse momento.



**Importante!**

“A visita domiciliar tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, a integralidade, a acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família” (CUNHA; GAMA, 2017).

**Por que a visita domiciliar é importante?**

A visita domiciliar é o momento destinado à atenção e ao cuidado a uma família. Embora o cuidado na Atenção Primária seja uma atribuição da equipe multiprofissional, o ACS é o profissional que realiza a visita domiciliar com maior frequência. O cuidado às famílias em suas residências é compartilhado de acordo com as demandas e as necessidades das pessoas: pessoas com dificuldade de locomoção ou acamadas, idoso morando sozinho, criança, gestante, entre outros, de acordo com as características da população adscrita. Por isso, a importância de conhecer bem a população sob seus cuidados!

A partir da visita domiciliar, o ACS tem a possibilidade de:

- Conhecer e interagir com as famílias que residem na sua área de abrangência, identificando aquelas que precisam ser visitadas com mais frequência;
- Acompanhar continuamente o ciclo de vida de cada um de seus membros: criança, adolescente, adulto e idoso;
- Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos no domicílio;
- Identificar pessoas e famílias em situações de vulnerabilidade social: pobreza, desemprego, violência, crianças sem acesso à escola;
- Identificar fatores ambientais que possam interferir na saúde e no bem estar das pessoas: tipo de moradia, residência em área de risco, falta de acesso à água potável, instalações sanitárias precárias, entre outros.

O levantamento de todas essas questões durante a visita domiciliar, por meio de uma observação atenta do profissional e de conversas com os moradores, irá contribuir para que as famílias sejam acolhidas e assistidas pela ESF a partir da sua realidade de vida. Isso quer dizer que cada família possui em seu contexto de moradia condições que podem beneficiar ou prejudicar sua saúde e um olhar atento para isso é essencial na tentativa de modificar riscos e problemas existentes no cotidiano das pessoas.

*Como você tem percebido as condições das famílias durante as visitas domiciliares que realiza?*

*Você tem se atentado às questões que podem interferir na situação de saúde e doença dos moradores?*

**Acolhimento e ética na visita domiciliar**

A visita domiciliar é um importante momento de acolhimento! Acolher é saber ouvir, respeitar, valorizar a fala das pessoas e saber interpretar essas falas. O acolhimento é um modo de se relacionar com as famílias, em que o ACS ouve com atenção o usuário/família que expressa o seu saber e suas experiências sobre determinado problema de saúde, social, etc. É importante ressaltar que a escuta irá gerar uma expectativa de retorno e de solução para as questões e os problemas informados. Em muitos casos, esse retorno vai depender do envolvimento de outros profissionais ou, à vezes, de toda a equipe, no planejamento de ações de saúde capazes de intervir no problema enfrentado pela família.

**Para Refletir...**

O ACS é o agente de transformação social mais importante que integra a equipe de saúde. Para ser esse agente, ele de fato precisa ter compromisso social, gostar do que faz, ter prazer com as pequenas realizações e saber compartilhar com o outro o seu saber.

A entrada do ACS na casa de uma família requer, também, uma conduta firmada na ética, além do atendimento ao princípio jurídico da inviolabilidade do domicílio, inscrito nos direitos e nas garantias fundamentais, individuais e coletivos da Constituição Federal: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas e a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador” (BRASIL, 1988).

Sendo assim, ao entrar no domicílio, o olhar do ACS deve ser amplo para captar, interpretar e saber agir, de acordo com sua capacidade de resolução ou, ainda, com a necessidade de encaminhamento da demanda à ESF, à Rede de Atenção ou ainda a outros setores (assistência social, educação). Em todos esses casos, as questões éticas pontuadas acima devem orientar toda a conduta do ACS e dos demais profissionais e setores envolvidos na atenção à família.

Outro ponto importante na visita domiciliar é a **comunicação**, que deve ser triangular: família - ACS - ESF. É essa característica que permite que a troca de informações seja capaz de orientar o planejamento da assistência à saúde, tanto pela equipe da ESF, quanto por outros serviços da Rede de Atenção. Portanto, é importante que as informações coletadas na visita sejam bem registradas e disponibilizadas a todos os profissionais envolvidos na atenção e no cuidado à família.

*Como você tem realizado os registros após as visitas domiciliares?*

*Você acredita que seus registros têm permitido aos demais profissionais acessar as condições de saúde que você percebe na casa das famílias que visita?*

### Atividade 3

#### Uma visita domiciliar em análise

Propomos que você compartilhe com o docente e com seus colegas a experiência de uma visita que você realizou. Pense nas visitas que você fez nos últimos meses e escolha uma que mais chamou a sua atenção pelas condições que você observou no domicílio. Compartilhe os motivos que levaram você a escolher essa visita e analise como foi a sua atuação com base nas questões que se seguem. Faça uma síntese sobre sua análise em relação a essas questões e compartilhe com o docente e com os colegas.

1 – Você acredita que os objetivos que você propôs para essa visita aproximaram-se das expectativas da família visitada em relação à sua presença?

2 – Você acredita que a família que você visitou se sentiu acolhida e respeitada durante a visita? Como você percebeu a comunicação entre você e os membros familiares?

3 – Você considera que o tempo que você disponibilizou para essa visita foi adequado para acolher as demandas da família e conversar sobre as questões que surgiram?

4 – O que você percebeu durante a visita? O que mais chamou a sua atenção? Você acredita que durante a visita você se colocou atento às condições de moradia e às relações entre os membros familiares?

5 – As demandas da família visitada exigiram o diálogo com outros profissionais ou serviços? Como as demandas foram abordadas ou encaminhadas?

6 – Você acredita que o seu registro representa bem o que você vivenciou durante a visita? Outros profissionais tiveram acesso aos seus registros? Vocês conversaram sobre a situação da família visitada?

7 – Fazendo hoje a análise de como foi essa visita, você pensaria em fazer algo diferente? Se sim, o quê?

## Tema 2: Práticas do ACS no cuidado à saúde das famílias

### A atuação do Agente Comunitário de Saúde na abordagem à saúde da criança



Fonte: BRASIL, 2017

#### Dinâmica nº 1 – Minha infância, minha história

Participe da dinâmica proposta pelo docente, que tem o objetivo de refletir sobre os sentidos de uma infância que se foi e de uma infância que persiste em nós.

Com esse tema, pretendemos promover uma reflexão sobre a saúde da criança e compreender quais são as possíveis atribuições do ACS na prevenção de doenças e agravos e na promoção à saúde. Para tanto, discutiremos alguns temas que consideramos para sua atuação:

1. Crianças recém-nascidas e Puericultura;
2. Calendário básico de vacinação;
3. Alimentação e nutrição na infância;
4. Acidentes na infância;
5. Violência contra a criança.

São muitas as atribuições do ACS para a promoção do cuidado à saúde das crianças e prevenção de agravos e situações de risco ou vulnerabilidade. Vamos conhecer algumas das ações consideradas essenciais:

- Incentivar o acompanhamento regular da criança na unidade básica de saúde;
- Incentivar e orientar sobre a importância do cumprimento do calendário vacinal e realizar busca ativa dos faltosos às vacinas;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade;
- Orientar às famílias sobre a prevenção de acidentes comuns na infância;

- Comunicar à equipe da Estratégia Saúde da Família quando perceber situações de risco para a criança, como desestrutura familiar, falta de alimentos, abandono, suspeita de violência doméstica ou abuso sexual, entre outras;
- Acompanhar com maior frequência as crianças portadoras de doenças graves, baixo peso, prematuros ou que estejam vivendo situações de risco aumentado;
- Verificar se a criança está com algum problema de saúde que requer o acompanhamento mais próximo de outros profissionais da equipe de saúde.

Qualquer problema que interfira na saúde da criança deve ser comunicado à ESF. Caso, durante a visita domiciliar você identifique que a criança tenha sido internada recentemente, é importante solicitar à família uma cópia do sumário de alta para que a equipe conheça e possa também anexar ao prontuário da criança.

De acordo com a demanda, deverá ser agendada consulta para avaliação do médico ou do enfermeiro da equipe. Caso a família negue problemas com a criança, mas você perceba alguma alteração (magreza, excesso de peso, cáries visíveis, tristeza incomum, lesões de pele, etc), oriente o familiar que leve a criança à Unidade Básica de Saúde (UBS) para avaliação.

#### Atividade 1

##### (Re)lembrando meu território de atuação

Pense em seu território, responda as questões a seguir e compartilhe com docente e colegas:

1. Que ações vocês desenvolvem, em seu cotidiano de trabalho, voltadas para o cuidado à saúde das crianças que vivem no território em que você atua?
2. O que é importante observar e abordar durante as visitas domiciliares, nas casas onde há crianças?

#### Texto 1 - Atenção às crianças recém-nascidas

O nascimento de um bebê é um momento de mudanças na vida da família. Por isso, é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. É importante que a equipe de saúde seja reconhecida pela família como sendo um ponto de apoio para a superação das dificuldades e desafios que podem acompanhar esta fase da vida.

*Como você tem percebido, durante as visitas domiciliares, a relação que as famílias têm construído com a sua equipe no processo de nascimento de uma criança?*

**Importante!**

“Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção. Cabe lembrar que a visita domiciliar não é apenas uma atribuição do agente comunitário, pois toda a equipe faz uso dessa prática, podendo a primeira consulta do RN e da puérpera ocorrer em domicílio, conduzida pelo(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a)” (BRASIL, 2012).

O acompanhamento da criança inicia-se na gravidez, durante a consulta do pré natal. No entanto, é muito importante que toda a ESF fortaleça o vínculo com a gestante antes do nascimento do bebê. No final da gestação, você, ACS, deve ficar atento à data do parto e reduzir o intervalo entre as visitas, para que possa saber do nascimento do bebê mais precocemente. Assim fica mais fácil a identificação de situações que requerem a intervenção da equipe de saúde.

A criança, do seu nascimento até completar 28 dias de vida, é chamada de recém-nascida (RN). Nessa fase, qualquer doença pode se tornar grave.

*Como o ACS pode contribuir com a fase inicial de vida da criança?*

Você pode colaborar conversando com os pais, esclarecendo suas dúvidas e diminuindo suas preocupações. Observando os cuidados com o bebê no banho, nas mamadas, nas trocas de fralda e no cuidado com o coto umbilical. Você também poderá perceber como a criança está sendo cuidada e identificar possíveis situações de risco a que a criança está exposta.

**Importante!**

A mãe costuma ficar bastante cansada por estar se recuperando do parto, passando por mudanças hormonais muito intensas e ainda tendo que dar atenção ao bebê o tempo todo. Dessa forma, é muito importante para a saúde da mulher e do bebê que haja alguém para ajudar com as tarefas da casa e com os cuidados com o bebê, o que permite à mulher descansar quando o filho dorme, se alimentar bem, cuidar da sua saúde e ainda se dedicar exclusivamente ao bebê nos primeiros dias. Essa contribuição pode ser do marido, da avó, da sogra ou mesmo de vizinhos ou amigos da família. Mulheres que não contam com ajuda nessa fase têm maior risco de desenvolver depressão pós-parto e abandono do aleitamento materno (BRASIL, 2012).

**Principais características dos recém nascidos e cuidados essenciais**

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

**Pele**

A pele do RN é avermelhada e recoberta por uma camada de gordura, que serve de proteção e aumenta sua resistência a infecções. É delicada e fina. Costuma descamar nos primeiros dias de vida. Podem aparecer alguns pontinhos brancos no nariz, isso é normal e desaparece em até 2 meses. Também podem aparecer casquinhas no couro cabeludo, que são comuns e não incomodam o bebê. O importante é manter a cabecinha limpa e seca. É importante orientar os familiares para não tentarem tirá-las a seco e verificarem se com o tempo elas desaparecem.

Se o bebê apresentar coloração da pele amarelada em qualquer intensidade, é necessário orientar para procurar a UBS, pois pode ser um indicativo de “icterícia”.

**Saiba Mais:**

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

*O que você conhece ou já ouviu falar que ajuda a prevenir a icterícia?*

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



## Peso

Normalmente, os bebês nascem com peso entre 2,5 e 4 quilos. Aqueles que nascem com peso menor do que 2,5 kg têm maiores riscos de apresentar problemas. Podem ser prematuros, ou seja, nascerem antes da data prevista para o parto. Podem também ser crianças que nasceram no tempo certo, mas com baixo peso em decorrência de diversas razões, como desnutrição da mãe, infecções da mãe durante a gravidez, mãe fumante durante a gravidez ou por outras razões. Não podemos nos esquecer dos bebês que nasceram acima de 4 kg, o que pode ser um indicativo de mãe que apresentou diabetes gestacional. Todos esses bebês precisam ser acompanhados com mais frequência pelo ACS e pelos demais profissionais da UBS, pois geralmente precisam de cuidados especiais.

Nos primeiros dias de vida, é normal que o RN perca até 10% do peso de nascimento, mas até o 10º dia deve ter seu peso recuperado. Isso ocorre devido à eliminação de líquidos e à diminuição de edema. Se o bebê estiver amamentando normalmente, seu peso será recuperado rapidamente e aumentará visivelmente a cada dia. Caso a criança continue a perder peso e não recupere após o décimo dia de vida, pode indicar problema de desnutrição ou desidratação e deve ser encaminhado à unidade de saúde ou a um hospital.

## Cabeça

Durante o trabalho de parto, a cabeça do recém-nascido sofre uma certa pressão necessária para o nascimento. Por esse motivo, o bebê pode apresentar um inchaço no couro cabeludo, como uma bolha, devido à compressão da cabeça para dilatar o colo do útero. Esse processo é muito comum em nascimento quando o parto é natural/normal.

*O que é a “moleira”, termo muitas vezes ouvido quando se trata de RN?*

A “moleira” é também uma característica do recém-nascido e não deve ser motivo de preocupação. Ela nada mais é que uma região mais mole na parte de cima dos ossos da cabeça, que ainda não estão emendados. Isso ocorre para facilitar a passagem da cabeça do bebê pelo canal vaginal na hora do parto. A moleira é importante para que a cabeça do bebê continue crescendo, acompanhando o crescimento do cérebro. Ela vai se fechando aos poucos, em um processo que só se completa por volta dos 18 meses de vida.

## Tórax e abdome

Alguns bebês podem nascer com as mamas aumentadas. Isso porque os hormônios da mãe passam para a criança através do cordão umbilical. Isso é natural e, aos poucos, as mamas irão diminuir.

O coto umbilical é esbranquiçado e úmido e vai ficando seco e escuro, até cair. É preciso que o coto esteja sempre limpo e seco.

*O que você já observou, no território em que atua, sendo usado no coto umbilical do RN?*

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

É importante orientar aos pais ou aos cuidadores para ficarem atentos a qualquer sinal de secreção parecida com pus, vermelhidão ou cheiro desagradável. Se isso acontecer, é preciso informar à equipe de saúde o mais breve possível.

### **Importante!**

É comum pessoas mais velhas terem muitas receitas para curar o umbigo. Às vezes recomendam usar fumo, óleos, moedas, etc. Tudo isso traz um risco grande de infecção ao bebê. As famílias devem ser esclarecidas sobre isso. Aqueles paninhos tipo faixas também são contraindicados por atrapalhar a respiração do bebê (BRASIL, 2017).

## Funcionamento intestinal

Nas primeiras 24 horas de vida, os recém-nascidos eliminam o mecônio (substância verde bem escuro, quase preto e grudento, parecendo graxa), depois as fezes se tornam esverdeadas e, posteriormente, amareladas e pastosas. As crianças amamentadas no peito costumam apresentar várias evacuações por dia, com fezes mais líquidas. Se o bebê está ganhando peso, mamando bem, mesmo evacuando várias vezes ao dia, isso não significa diarreia.

Você já se deparou com algum familiar queixando com você que o bebê não está evacuando?

É importante saber que alguns bebês não evacuam todos os dias e chegam a ficar até uma semana sem evacuar. Se, apesar desse tempo, as fezes estiverem pastosas e a criança estiver mamando bem, isso não é um problema.

É importante informar aos pais ou aos cuidadores que se o bebê estiver mamando só no peito, e ficar alguns dias sem evacuar, não se deve dar frutas, laxantes ou chás. O ideal é



acompanhar a criança e, no caso de persistência prolongada do quadro, informar à equipe de saúde.

### Urina

Os bebês urinam bastante. Isso indica que estão mamando o suficiente.

### Sono

Na primeira semana, o recém-nascido dorme muito, podendo chegar a 15 ou 20 horas por dia. É normal dormir muito de dia e ficar mais acordado durante a noite durante o primeiro mês. Lembrando que é importante a mãe acordar os bebês que dormem muito para amamentar. Para que o bebê vá se acostumando a horários de sono mais próximos aos da família, é importante proporcionar um ambiente claro e arejado durante o dia e escuro e acolhedor durante a noite.

### Posição para dormir

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

### Choro

O choro é uma manifestação natural. Depois do nascimento, o bebê tem que se adaptar a uma série de mudanças: novas sensações, sons, roupas, banhos, etc. Não é de se estranhar o fato de ele chorar.

O bebê se comunica pelo choro sempre que se sentir desconfortável ou estiver com fome (principal causa de choro), sede, frio, fralda molhada, roupa apertada, coceira, cólica ou irritação por excesso de barulho. Não se deve usar medicamentos para evitar o choro. Certamente, um “remédio” sempre útil é o peito e o aconchego do colo da mãe. Porém, se por qualquer motivo ela achar que o bebê está chorando demais e desconfiar que haja algo errado com ele, oriente a levá-lo à UBS para receber a orientação adequada. Conforme a mãe for conhecendo o seu bebê, conseguirá distinguir os diferentes “choros”, isto é, o significado de cada uma de suas manifestações. No começo, porém, vai ter que pensar em muitos motivos até acertar a causa.

Raramente o bebê chora sem que haja uma razão. Ele pode chorar quando se encontrar em algumas dessas situações (BRASIL, 2009):

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

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

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

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

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

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

### Cólicas

As cólicas acontecem devido à movimentação acelerada do intestino na fase de formação da flora intestinal. Nem todo bebê tem. Em geral, começam no fim da terceira semana de vida e vão até o fim do terceiro mês. O bebê chora e se contorce, melhora quando suga o peito e volta a chorar. Isso faz com que a mãe pense que é fome e pode levá-la a substituir o leite materno por mamadeira.

#### *O que você pode orientar nos casos de cólica?*

Para ajudar no alívio da cólica algumas medidas simples podem funcionar muito bem, como fazer massagens suaves na barriga da criança, além de movimentos que levem a perna do bebê perto da barriga e, depois, para a posição normal.

Fazer compressas secas mornas e aconchegar o bebê no colo da mãe também podem ajudar a aliviar a dor. Um banho quente também pode ajudar a acalmar o bebê.

É importante orientar a não usar medicamentos sem orientação da equipe de saúde, pois podem ser perigosos para a saúde do bebê.

## Refluxo

É comum e consiste na devolução frequente de pequeno volume de leite logo após as mamadas. Se o ganho de peso do bebê estiver satisfatório, é uma situação normal.

Você pode orientar mães e familiares para manterem o bebê de pé para arrotar após a mamada por cerca de 10 minutos e para elevarem a cabeceira no local em que ele dorme.

## Soluços e espirros

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

## Hidratação

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

## Banho

Deve ser diário e nos horários mais quentes, podendo ser várias vezes no dia, principalmente nos lugares de clima quente. Sempre com água morna, limpa e sabonete neutro. Algumas orientações podem ser importantes de você passar para mães e familiares, sobretudo os de primeira viagem:

- Testar a temperatura da água antes de colocar a criança no banho;
- Enxugar bem a criança, principalmente nas regiões de dobras, para evitar as assaduras;
- Não usar perfume, óleos industrializados e talco na pele do bebê, pelo risco de aspiração do talco e por causar alergias;
- As unhas do bebê devem ser cortadas para evitar arranhões e acúmulo de sujeiras;

## Troca de fraldas

A cada troca de fraldas, é importante higienizar com água morna e limpa, mesmo que o bebê só tenha urinado. Não deixar passar muito tempo sem trocá-las, pois o contato das fezes ou da urina com a pele delicada do bebê provoca assaduras e irritações.

Não usar talco ou perfume, pois podem causar alergias. Você pode orientar sobre uma medida importante para melhorar a assadura: deixar o bebê sem fraldas para tomar banho de sol até às 10 horas da manhã e após às 16 horas, por cinco minutos. O sol tem uma ação de matar os

micro-organismos e ajuda a proteger a pele da irritação provocada pelo contato com a urina e as fezes. Nos casos em que as assaduras não apresentarem melhora, pode-se suspeitar de dermatite por fralda, que é uma irritação na pele causada pelo contato com a urina e com as fezes retidas pelas fraldas e pelos plásticos. É observada uma vermelhidão de pele, com descamação, aspecto brilhante e, eventualmente, com pontinhos elevados, restrita às regiões cobertas pelas fraldas. Nesses casos, deve-se orientar para procurar a UBS para identificar a causa e iniciar o tratamento.

## Cuidados com o ambiente

A higiene do ambiente, das roupas e dos objetos usados pelo bebê é muito importante, considerando que ele tem poucas defesas e pode ter infecções.

Quem cuida do bebê deve lavar bem as mãos, com água e sabão, antes e depois de cada cuidado. Além disso, todas as pessoas que forem pegar o bebê devem antes lavar as mãos.

As roupas e as fraldas devem ser bem lavadas e, sempre que possível, colocadas ao sol para secar. Devem ser passadas com ferro quente. O sabão em pó comum e os amaciantes devem ser evitados para lavagem das roupas da criança. O ideal é usar sabão neutro. Um bom exemplo é o sabão de coco.

Você pode verificar junto à família a possibilidade de deixar a casa mais arejada e iluminada e estudar em conjunto formas de diminuir a poeira e a fumaça (fogões à lenha e cigarros) dentro da casa.

Nos locais em que há doenças transmitidas por insetos, como dengue, zika, chikungunya, febre amarela, malária, doença de chagas, etc., é necessário o uso de mosquiteiros. Sua orientação e ação também podem ser complementadas pelas do agente de controle de endemias.

## 5º Dia de Saúde Integral

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

- Triagem neonatal;
- Consulta do bebê;
- Orientações sobre os cuidados com o bebê e sinais de alerta;
- Consulta da puérpera (mãe do RN);
- Orientações sobre amamentação e planejamento familiar;
- Vacinação do bebê contra Hepatite B e Tuberculose (BCG), caso não tenha sido realizada na maternidade;

- Vacinação da puérpera contra rubéola, caso não tenha registro anterior;
- Agendamento de consulta para o bebê (puericultura) e para a mulher (pós-parto).

É muito importante que você oriente pais e familiares sobre o 5º Dia de Saúde Integral e também sobre os testes que o RN precisa fazer logo nos primeiros dias. Vamos agora conhecer cada teste e qual a finalidade de cada um deles?

### Triagem neonatal

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

Em relação ao **Teste do pezinho**, o ACS deve orientar a sua realização no quinto dia de vida do bebê, ou antes, caso o quinto dia seja no fim de semana. O exame revela doenças que podem causar graves problemas ao crescimento e ao desenvolvimento do bebê, que são irreversíveis se não diagnosticadas e logo tratadas. Por isso, a importância da sua realização o mais cedo possível.

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

O exame não dói, não incomoda, não acorda o bebê, é barato, fácil de ser realizado, não tem contraindicação e é eficaz para detectar problemas auditivos.

O **Teste do olhinho**, também conhecido como exame do reflexo vermelho, pode detectar diversos problemas nos olhos, o mais importante é a catarata congênita. Deve ser realizado de preferência ainda na maternidade, mas pode ser feito na UBS por um médico treinado, nos três primeiros anos de vida.

Já o **Teste do coraçãozinho** tem a função de identificar precocemente se o bebê tem alguma doença grave no coração e, em caso positivo, a criança é submetida ao exame de ecocardiograma para confirmar o diagnóstico. O procedimento é simples, rápido e indolor. Consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do recém-nascido

com o auxílio de um oxímetro - espécie de pulseirinha - instalado nos primeiros dias de vida no pulso e no pé da criança. É importante que o exame seja feito entre 24 e 48 horas após o nascimento. Isso porque, no primeiro dia de vida, algumas alterações no organismo do recém-nascido podem atrapalhar o resultado.

### Atividade 2

#### Discutindo e construindo saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido

Possivelmente, você e os demais profissionais de sua equipe de saúde ouvem muitas informações dos usuários acerca dos primeiros cuidados com o recém-nascido. Como visto na unidade 3 (ACS: Trabalho, Educação e Saúde), a Educação Popular em Saúde, modelo que orienta as ações educativas em saúde, é preciso reconhecer os saberes da comunidade, pois cada pessoa possui um saber prévio, construído em sua história de vida, em sua prática social e cultural.

Relembre as visitas às mães e recém nascidos de sua área de atuação:

- Quais são as principais dúvidas apresentadas pelas mães?
- Você identifica alguma prática de cuidado ao bebê que pode ser prejudicial à sua saúde, como por exemplo, o uso de moedas para curar umbigo?
- Como você aborda essa mãe ao identificar essa prática?

Discuta com seus colegas e docente.

### Texto 2 – Puericultura

A **puericultura** refere-se ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança. É importante que você, ACS, acompanhe sistematicamente a presença das crianças às consultas agendadas na UBS e faça busca ativa dos faltosos, informando à ESF os motivos de falta.

Cada município pode estabelecer um calendário de consultas conforme as suas possibilidades. Porém, de acordo com o Ministério da Saúde, recomenda-se sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, no 2º mês, no 4º mês, no 6º mês, no 9º mês e no 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário.



**Quadro 1: Calendário de consultas de puericultura proposto pelo Ministério da Saúde até o 2º ano de vida**

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

Essas faixas etárias são selecionadas por coincidir com momentos de vacinação da criança, além de serem períodos que necessitam de orientações para promoção de saúde e prevenção de doenças. Esse seria o calendário mínimo, porém, em casos de risco, as crianças devem ser avaliadas com maior frequência (BRASIL, 2012).

É direito da criança e da família receber a Caderneta de Saúde da Criança e ter o preenchimento dela a cada consulta. A Caderneta de Saúde da Criança é um documento que, se devidamente preenchido pelos profissionais de saúde, contém informações valiosas sobre vários aspectos de saúde da criança, que podem ser utilizadas por diversos profissionais e serviços.

*Você costuma olhar a Caderneta das crianças que visita?*

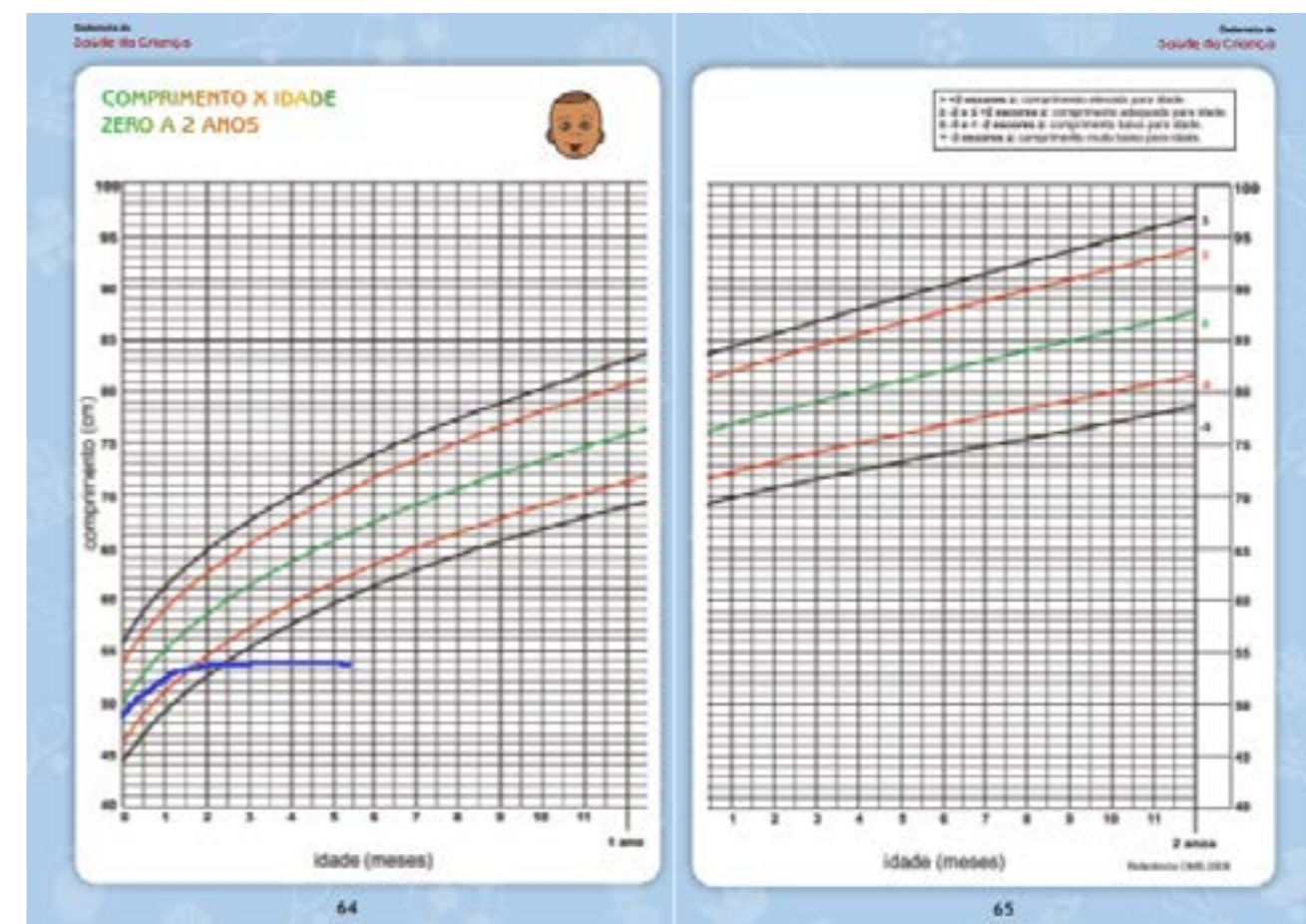
Durante as visitas domiciliares, é importante solicitar a caderneta e verificar as anotações feitas pelos profissionais, principalmente no que diz respeito à vacinação. Dessa forma você poderá orientar melhor a família.

Constam na caderneta os gráficos de crescimento e ganho de peso da criança. A leitura dos gráficos é fácil, podendo ser um instrumento utilizado por você para identificar possíveis situações de risco envolvendo o crescimento e a nutrição da criança.

Todos os gráficos seguem a mesma regra: existem duas linhas vermelhas delimitando os limites inferior e superior da faixa da normalidade e uma linha verde central que representa a média de todas as crianças no dado em questão.

É importante que a criança tenha uma curva crescente, dentro da faixa da normalidade, aproximando da curvatura das linhas de base (curvas vermelhas). Quando uma criança tem linha muito acentuada para cima, para baixo ou reta na horizontal é sinal de perigo. Veja exemplo abaixo, em que a linha azul representa os dados da criança:

Exemplo: Crescimento da criança saindo da curva proposta, indicando problema de crescimento e necessitando de intervenção.



Fonte: BRASIL, 2013.

**Você Sabia?**

“A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010.

Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Além disso, 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida.

Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde, tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, faz parte da realidade social e sanitária de nosso país.” (BRASIL, 2012).



## Calendário de vacinação

Agora vamos abordar um assunto muito importante para a saúde da criança: a vacinação. O calendário básico de vacinações tem sido frequentemente alterado pelo Programa Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde, com a inclusão de vacinas novas e a ampliação de faixas etárias de cobertura para algumas vacinas. Dessa forma, é importante que você busque informações na sala de vacinas e/ou com profissionais da equipe, de forma a acompanhar as mudanças.

É importante que você tenha sempre uma cópia do calendário básico de vacinação vigente, para que possa consultar quantas vezes for necessário!

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

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

### Para Refletir...

Como você avalia a presença das crianças do seu território nas consultas de puericultura? Elas são frequentes? Exigem que você faça busca ativa?

Outro tema importante a ser debatido quando falamos em saúde das crianças é a alimentação e nutrição. Neste sentido, convidamos você a ler o texto 3 “Alimentação e nutrição” e discutir com seus colegas sobre as práticas educativas que têm desenvolvido no dia a dia de trabalho e que envolvem a temática.

## Texto 3 - Alimentação e nutrição



Figura 7: Pirâmide alimentar  
Fonte: <http://2.bp.blogspot.com/-iatEm3BWgdw/UR5xhdO3yBI/AAAAAAAAAE0/Vw5dyzMXVIM/s1600/Piramide-SBP-Infantil1.jpg>

A alimentação adequada é um dos aspectos determinantes para a saúde da criança. Neste sentido, é importante que você compreenda os modos como as crianças se alimentam e esteja atento para identificar problemas ou situações de risco nutricional, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de doenças para este público.

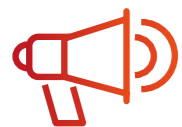
*Durante as visitas domiciliares às famílias, como você tem percebido os hábitos alimentares das crianças?*

O leite materno é o melhor e o primeiro alimento para o bebê recém-nascido indicado desde as primeiras horas de vida até dois anos de idade ou mais. Até os seis meses, ele deve ser oferecido de forma exclusiva, pois em sua composição há todos os nutrientes que as crianças precisam para crescer de forma saudável.

*Como você percebe a relação das mães do seu território com a amamentação? Geralmente, a amamentação é exclusiva até o seis meses de idade? As mães possuem dificuldades para amamentar? Que orientações você tem realizado para apoiá-las na amamentação?*

Ao completar seis meses de idade, a criança precisa receber outros alimentos para complementar as necessidades de energia e micronutrientes que já não são mais supridas apenas pelo leite materno. Entretanto, o leite materno deve continuar sendo oferecido, pois continua sendo fonte de nutrientes e de fatores imunológicos que protegem a criança de doenças.





**Atenção!**

São poucas as situações que contra-indicam a amamentação. É importante que toda a equipe seja informada, caso haja algum caso na UBS.

Ao iniciar a alimentação complementar, não é preciso ter preocupação com a quantidade de comida ingerida nos primeiros dias. O mais importante é proporcionar introdução lenta e gradual dos novos alimentos para que a criança se acostume aos poucos. Além disso, é indicado que se dê liberdade para que ela explore os alimentos. Isso aumenta o interesse da criança pela comida e faz com que aproxime mais alimentos, de seus sabores e consistências.

Ao conversar com as mães e/ou familiares, fale da necessidade de variar ao máximo a alimentação para que a criança receba todos os nutrientes de que necessita e, também, para contribuir com a formação dos hábitos alimentares saudáveis. Além disso, a criança aprende muito pelo exemplo e, dessa forma, os hábitos alimentares dos pais e dos cuidadores irão influenciar decisivamente em suas preferências alimentares (BRASIL, 2015).

Abaixo, segue quadro elaborado pelo Ministério da Saúde, com orientações sobre uma proposta de alimentação saudável para crianças até 2 anos de idade. Você pode utilizá-lo como suporte em suas conversas com mães e/ou familiares. Conforme pode ser observado, recomenda-se o leite materno até os 2 anos de idade, conforme necessidade da criança. No período de 6 meses a 2 anos, o leite materno deve ser complementado com frutas e refeição:

**Quadro 3 - Esquema alimentar para criança de seis meses até dois anos de idade que estão em aleitamento materno**

Ao completar seis meses	Ao completar sete meses	Ao completar 12 meses até 24 meses
Leite materno à demanda	Leite materno à demanda	Leite materno à demanda
Fruta (raspada/amassada) + Refeição almoço(amassada) + Fruta	Fruta (raspada/amassada) + Refeição almoço(amassada/em pedaços pequenos e bem cozidos) + Fruta (raspada/amassada/em pedaços bem pequenos) + Refeição jantar (amassada/em pedaços pequenos e bem cozidos)	Fruta ou Cereal ou Tubérculo + Fruta (em pedaços) + Refeição da família(almoço) + Fruta (em pedaços) + Refeição da família(jantar)

Fonte: BRASIL (2010a).

\*Recomenda-se que a fruta seja oferecida *in natura*, ao invés de sucos que possuem baixa densidade energética.

\*A refeição deve conter um alimento de cada grupo ( cereais ou tubérculos + leguminosas + legumes ou verduras ou carne ou ovos).

A criança aprende a gostar dos alimentos que lhe são oferecidos com frequência e da mesma forma pela qual os alimentos foram introduzidos inicialmente. É importante que os alimentos tenham baixos teores de açúcar, gorduras e sal, o que pode contribuir para que a criança consiga manter esse hábito em sua fase adulta.

Alimentos mais doces ou mais condimentados fazem com que a criança não se interesse por consumir frutas, verduras e legumes, em sua sua forma natural. É muito comum que as mães e/ou outros cuidadores ofereçam às crianças os alimentos que são de sua preferência, sendo, muitas vezes, desaconselháveis para crianças menores de dois anos.

O estabelecimento dos hábitos alimentares acontece durante os primeiros anos de vida, por volta de dois a três anos, por isso, é muito importante a escolha dos alimentos saudáveis.

**Você Sabia?**



Açúcar, enlatados, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos que possuem grande quantidade de açúcar, gordura e corantes devem ser evitados, especialmente nos primeiros anos de vida. O consumo desses tipos de alimentos está associado ao excesso de peso e à obesidade na infância, condições que podem perdurar até a idade adulta, além de provocarem problemas de saúde, como alteração da pressão arterial e dislipidemias, ou seja, taxa de colesterol elevada ou gorduras (lipídeos) no sangue. São também causa de anemia e alergias.

As crianças já nascem com preferência ao sabor doce; portanto, oferecer alimentos adicionados de açúcar ou alimentos com grandes quantidades de energia faz com que a criança se desinteresse pelos cereais, pelas verduras e pelos legumes, alimentos que são fontes de nutrientes importantes.

Fonte: (BRASIL, 2015a)

Há também algumas recomendações propostas pelo Ministério da Saúde às famílias de crianças pequenas que apresentam dificuldades para alimentar-se:

- separar a refeição em um prato individual para se ter certeza do quanto a criança está realmente ingerindo;
- estar presente junto às refeições mesmo que a criança já coma sozinha e ajudá-la, se necessário;
- não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar, e comer novamente. É necessário ter paciência e bom humor;
- alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Se a criança esperar muito, ela pode perder o apetite;
- não forçar a criança a comer. Isso aumenta o estresse e diminui ainda mais o apetite. As refeições devem ser momentos tranquilos e felizes.

### Atenção!



O mel é altamente contraindicado para crianças até 12 meses de vida, pois é uma fonte potencial de transmissão do botulismo, que é causado por uma bactéria chamada *Clostridium botulinum*. Por isso, oriente os pais e os responsáveis a não oferecerem o mel de abelha para crianças até 1 ano de idade.

Como vimos no texto Puericultura, as consultas de puericultura feitas pelos médicos e pelos enfermeiros da ESF também são estratégias fundamentais para o acompanhamento nutricional e orientações individualizadas, de acordo com o quadro de cada criança. Mais uma vez, nesse sentido, reforça-se a importância de você acompanhar o comparecimento das crianças às consultas e fazer busca ativa aos faltosos.

Para sintetizar os conhecimentos sobre alimentação e nutrição, apresentamos **Os dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos**. Trata-se de mais um instrumento que você pode utilizar na abordagem das mães e/ou familiares.

### Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de 2 anos

**Passo 1:** “Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”.

**Passo 2:** “A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais”.

**Passo 3:** “Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada”.

**Passo 4:** “A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança”.

**Passo 5:** “A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família”.

**Passo 6:** “Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida”.

**Passo 7:** “Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições”.

**Passo 8:** “Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação”.

**Passo 9:** “Cuidar da higiene no preparo e no manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e a sua conservação adequados”.

**Passo 10:** “Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação”.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2010.

*Vamos agora conhecer os principais problemas relacionadas à má alimentação?  
É importante você pensar em crianças do seu território acometidas por estes problemas  
para já ir traçando possibilidades de orientações e condutas para cada caso.*

## Principais problemas relacionados à má alimentação

A **anemia** é uma doença muito frequente e está associada a prejuízos no desenvolvimento neurológico e psicomotor das crianças, comprometendo a capacidade de aprendizagem, além de diminuir a resistência às infecções. Ela pode passar despercebida e, por isso, é importante que você se mantenha atento às crianças do seu território e ajude pais e familiares a identificarem uma situação de anemia.

### Você Sabia?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define anemia como a condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal, como resultado da carência de um ou mais nutrientes essenciais, seja qual for a causa dessa deficiência. Pode ser causada por deficiência de vários nutrientes, como ferro, zinco, vitamina B12 e proteínas, porém a anemia ferropriva, causada pela deficiência de ferro, é muito mais comum que as demais (BRASIL, 2015a)

Nas crianças a partir dos 4 meses de idade, o estoque de ferro diminui e a alimentação passa a ter papel fundamental na prevenção da anemia. O ferro presente nas carnes é mais facilmente absorvido. O ferro presente nos vegetais depende do estado nutricional e dos outros alimentos para ser absorvido. É importante conhecer os alimentos que favorecem ou prejudicam a absorção para incluí-los ou evitá-los (aqueles que prejudicam a absorção) quando nas refeições ricas em ferro, como o almoço e o jantar.

Fatores que facilitam a absorção do ferro:	Fatores que prejudicam a absorção do ferro:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ácido ascórbico - presente nos sucos cítricos, como: laranja, limão, abacaxi, acerola, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cálcio (presente no leite e em seus derivados).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ácidos orgânicos - presentes na casca de feijão, nos cereais crus e nos farelos, como aveia, linhaça, chia, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Polifenóis (presentes nos chás e na cafeína).</li> </ul>

As principais recomendações do MS em relação à prevenção da anemia para o público infantil, são:

- Ao preparar as papas para bebês, deve-se, sempre que possível, acrescentar carne e, pelo menos uma vez por semana, fígado de boi;
- Não é recomendável dietas vegetarianas não fortificadas ou sem suplementos para crianças menores de 2 anos, por não suprirem as necessidades de alguns nutrientes, como ferro, zinco e cálcio;
- Deve-se oferecer uma fruta com vitamina C *in natura*, amassada, após as refeições principais, como o almoço e o jantar. Deve-se preferir a fruta em vez do suco natural. Entretanto, o suco feito na hora pode ser oferecido, em pequenas quantidades;
- Recomenda-se a suplementação de ferro para todas as crianças na faixa etária de 6 meses a 2 anos. As doses devem ser prescritas nas consultas de puericultura.

### Atenção!



Sempre que tiver na família visitada por você uma criança na faixa etária de 6 meses a 2 anos, verifique se ela faz uso do ferro.

A **obesidade** é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal. O número de crianças e adultos obesos é cada vez maior, tanto em países pobres quanto nos ricos. Por esse motivo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a considerar a obesidade como um problema de saúde pública tão preocupante quanto a desnutrição.

A principal causa da obesidade são os maus hábitos alimentares, seguida pelo sedentarismo. Os fatores genéticos e culturais, assim como algumas doenças, influenciam nos hábitos de vida e no metabolismo (produção de energia) e podem favorecer o excesso de peso. O desequilíbrio entre o consumo e o gasto de energia leva o indivíduo a acumular gordura.

Existem alguns fatores de risco frequentemente associadas à obesidade (BRASIL, 2012):

- Sobrepeso ou obesidade dos pais;
- Grande número de horas no dia dedicadas à televisão, ao videogame, à internet e a outras atividades que não exijam movimentação e gasto considerável de energia;
- Hábitos alimentares da família e práticas alimentares não saudáveis dos cuidadores da criança;
- Ausência de aleitamento materno. A maioria dos estudos atribui ao aleitamento materno uma ação protetora contra a obesidade em crianças.



**Para Refletir...**

“As práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão intimamente relacionadas à morbimortalidade de crianças, representadas por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes, como ferro, zinco e vitamina A” (BRASIL, 2015b).

Ao perceber a presença de tais fatores de risco ou mesmo notar excesso de peso na criança, é fundamental que você oriente pais e familiares a buscarem atendimento na UBS para avaliação clínica, acompanhamento da criança e orientações para a busca por hábitos de vida mais saudáveis.

Outro tema importante quando falamos de alimentação, é a **desnutrição**.

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

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

As práticas alimentares das crianças brasileiras estão muito aquém das recomendações de uma alimentação adequada e saudável. Poucas crianças brasileiras consomem verduras de folhas, legumes e frutas diariamente (BRASIL, 2015a).

A desnutrição grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crônica e levando a óbito, caso não seja tratada adequadamente. No Brasil, a taxa de letalidade hospitalar das crianças internadas com desnutrição grave é de cerca de 20% (BRASIL, 2015a).

O sucesso no cuidado da criança com desnutrição requer que ambos os problemas, clínico e social, sejam identificados, prevenidos e resolvidos da melhor forma possível. Se a doença é abordada apenas do ponto de vista clínico, é provável que a criança tenha uma recaída e que outras crianças da família estejam, entrem ou permaneçam em risco de desnutrição. Do mesmo modo, se o problema é abordado apenas como social, muitas vidas serão perdidas, uma vez que a desnutrição requer agilidade e presteza no seu enfrentamento.

*Como você pode ajudar em situações de desnutrição infantil?*

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

Crianças desnutridas devem ser sistematicamente acompanhadas na UBS e receber visitas domiciliares mais frequentes que a rotina.

**Atividade 3****Refletindo sobre hábitos alimentares das crianças de minha área de atuação**

Agora que você aprendeu um pouco mais sobre alimentação e nutrição para crianças, elabore um pequeno texto, tomando as seguintes questões como norteadoras da discussão:

1. Como você percebe os hábitos alimentares das crianças que moram em sua área de atuação? Em sua opinião, de que forma a saúde das crianças pode ser influenciada pela alimentação?
2. Você considera que os meios de comunicação de massa, ou seja, a disseminação de informações pela TV, internet, rádio e jornais, influenciam na escolha dos alimentos pelas famílias e pelas crianças? Como?
3. Que iniciativas podem ser realizadas pela equipe de saúde para a melhoria da alimentação das crianças?

Ao terminar o seu texto, discuta as questões com docente e colegas.

### Texto 4: Acidentes na infância



Figura 9: Acidentes na infância  
Fonte: <http://consenfmh.blogspot.com.br/2013/07/>

Os acidentes estão entre as principais causas de morte na infância e podem comprometer o futuro e o desenvolvimento da criança. As crianças convivem com muitos riscos e perigos diariamente.

*Alguma família do seu território já passou por uma situação de acidente doméstico? Como aconteceu? Quais foram as consequências?*

De acordo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2017), o acidente doméstico é aquele que ocorre dentro do domicílio ou em seu entorno e os locais de maior risco predominam: cozinha, banheiro, escadas, quintal, sala e quarto.

Os principais fatores que podem estar relacionados a uma frequência maior de traumas dentro de casa são: pouca iluminação, existência de móveis ou objetos pontiagudos, piso e/ou tapete escorregadios, tomadas elétricas sem proteção (ou mal protegidas), ausência de tela de proteção em janelas, falta de corrimão em escadas, contato com objetos que podem causar danos, como, por exemplo: martelo, serrote, alicate, furadeira, faca, espeto de churrasco, etc.

Uma pesquisa realizada no município de Belo Horizonte no ano de 2007 apontou que, entre crianças de um a três anos, os meninos são as maiores vítimas de acidentes. O número de acidentes com crianças de um a dois anos foi superior ao de crianças de dois a três anos, provavelmente porque nessa primeira faixa etária as crianças começam a ficar em pé sozinhas, o que pode causar quedas com consequentes traumatismos na região da cabeça. Os acidentes envolvendo produtos tóxicos, queda e queimaduras apresentaram na pesquisa um número elevado de vítimas (SILVEIRA; PEREIRA, 2011).

Os acidentes na infância são frequentes e constituem um grave problema de saúde pública devido à alta taxa de morbidade (sequelas e complicações) e mortalidade (morte) que ocasionam. Geralmente, os acidentes são considerados inevitáveis e imprevisíveis, porém quase sempre ocorrem como consequência de:

- **Grau de desenvolvimento da criança:** curiosidade em explorar o meio ao seu redor;
- **Comportamento da família:** desatenção com os riscos aos quais a criança está exposta;
- **Ocorrência de situações facilitadoras:** escadas sem proteção, produtos tóxicos em regiões de alcance da criança, panelas no fogão com cabo virado para fora, etc.

Para elaboração de medidas preventivas que sejam eficazes na redução da quantidade e da gravidade de acidentes envolvendo crianças, é necessário o levantamento dos principais riscos reais ou potenciais passíveis de prevenção - uma vez que existem acidentes que não podem ser previstos (como uma lesão por bala perdida) (SILVEIRA; PEREIRA, 2011).

Devido à sua significativa ocorrência, os acidentes na infância devem ser estabelecidos, pelos gestores de saúde e pela sociedade, como foco de programas de prevenção por meio da elaboração de estratégias de educação em saúde que contemplem os tipos de acidentes com crianças, as suas causas e as medidas para evitá-los. A prevenção dos acidentes na infância resultará na redução da demanda aos serviços de saúde, dos custos hospitalares e, sobretudo, do sofrimento dos pais, dos cuidadores e da própria criança (SILVEIRA; PEREIRA, 2011).

A equipe de saúde pode contribuir muito na prevenção de acidentes na infância. Para isso, é preciso orientar pais e cuidadores sobre importantes medidas, de acordo com a faixa etária da criança.

#### Atividade 4

##### Prevenindo acidentes domésticos com crianças

A partir de visitas realizadas em seu cotidiano de trabalho, você já deve ter se deparado com situações de acidente doméstico com crianças.

- Que fatores contribuíram para a ocorrência do acidente?
- Que medidas poderiam ter sido tomadas para que o acidente fosse evitado?

Refleta sobre essas questões e produza cartazes educativos para serem expostos na UBS em que você atua. Utilize pincel hidrocor, recortes de revistas, jornais e outros.

No final desta unidade, no Anexo 1, apresentamos algumas sugestões do Ministério da Saúde para auxiliar na prevenção de acidentes.

Estamos chegando ao final da seção sobre Saúde da Criança. Para finalizar, vamos falar um pouco sobre violência contra a criança. Você costuma lidar com situações de violência contra a criança com frequência em seu dia a dia de trabalho? Como a sua equipe lida com as situações que surgem na UBS?

### Texto 5: A abordagem e o enfrentamento da violência contra a criança



Figura 9: Imagem de cena de violência contra a criança.  
Fonte: <http://reginaldobatistasartes.blogspot.com.br/2014/05/acidentes-domesticos-imagens.html>

É importante ressaltarmos que a violência contra a criança pode atingir todas as classes sociais e todos os tipos de família, podendo manifestar-se de diversas formas.

As principais formas de violência são:

- **violência sexual** - quando envolve conteúdo sexual, podendo ou não haver contato direto;
- **violência psicológica** - quando há risco de comprometimento emocional da criança, seja por exigências desproporcionais ou depreciação da criança e de sua imagem/autoestima;
- **violência física** - quando há uso da força física com intenção de agredir a criança;
- **negligência** - quando os pais ou responsáveis não cuidam da saúde, da higiene, da nutrição ou da educação da criança (inclui o abandono, forma extrema de negligência).

A negligência e a falta de cuidados também são formas de violência contra a criança, podendo resultar de diversos fatores, tais como conflitos no relacionamento, gravidez não desejada, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros.

É preciso atentar para o fato de que crianças portadoras de deficiência são particularmente vulneráveis a esses tipos de violência e que a negligência é uma das principais causas de morte entre as crianças mais novas e, portanto, mais dependentes de cuidados.

#### **Importante!**

“Insultos, isolamento, rejeição, ameaças, indiferença emocional e humilhação são formas de violência que podem prejudicar o desenvolvimento de uma criança – especialmente quando os seus autores são o pai ou a mãe ou alguém de quem a criança gosta” (Unicef, 2017).

Você, como ACS, por estar inserido na comunidade e visitar mais frequentemente os domicílios, é um profissional essencial na identificação de situações de risco para maus tratos à criança, devendo comunicar à ESF sempre que notar evidências de violência ou mesmo presenciar agressões de qualquer natureza.

#### **Importante!**

O Conselho Tutelar é uma instituição criada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente nos artigos 131 a 140, com a importantíssima missão de zelar pelo cumprimento de todos os direitos garantidos a esses indivíduos em formação.



Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), são **situações de risco** para violência infantil:

- Ambientes familiares instáveis (em decorrência de violência intrafamiliar), uso abusivo de álcool e/ou drogas;
- Pais com baixa autoestima, controle deficiente de impulsos, problemas de saúde mental, comportamentos antissociais;
- Pais que foram maltratados na infância;
- Violência aprendida como forma de resolução de conflitos;
- Uso da punição física (palmada) como prática normal de disciplina;
- Abuso de substâncias, estresse e isolamento social;
- Fatores que aumentam o nível de conflito e a capacidade de lidar com problemas e encontrar apoio (perda de emprego, doenças etc.);
- Elevados níveis de pobreza, desemprego e rotatividade populacional que impactam o comportamento parental, deteriorando as estruturas físicas e sociais da comunidade;
- Normas culturais com definições rígidas de papéis do casal, relação com os filhos, famílias isoladas do convívio social;
- Rede de proteção social frágil e ausência de políticas públicas de proteção para crianças e famílias, além da facilidade de ingresso e da receptividade das organizações criminosas que utilizam crianças e adolescentes;
- Crianças com distúrbios psíquicos ou mentais.

Diante de alguma dessas situações, é preciso que todos os profissionais da rede de enfrentamento à violência infantil, incluindo aí o ACS, realize um acompanhamento mais frequente da família, promovendo as ações necessárias de acordo com cada caso.

Durante as visitas domiciliares, é necessário que você avalie cuidadosamente possíveis sinais de violência. Além disso, atuar na prevenção da violência deve envolver o diálogo com pais e cuidadores como estimulador do afeto e o vínculo com a criança.

A ESF também pode fazer grupos e orientar individualmente, no sentido de incentivar a educação sem violência e ressaltar os direitos da criança, estabelecidos por lei. Além dessas ações, a notificação dos casos de violência também representa uma importante tarefa.

São locais comuns de ocorrência de violência contra a criança:

#### **a) No território**

O ambiente de convivência coletiva pode ser um espaço de ocorrência de diversas formas de violência contra a criança. Destacamos aqui as crianças em situação de rua. De acordo com dados da Unicef (2017), as crianças que vivem ou trabalham na rua correm o risco de violência associada à discriminação e preconceito da sociedade, atuação violenta da polícia e poder público, disputas entre gangs rivais, etc. Essas crianças também são particularmente vulneráveis à violência sexual e exploração para o trabalho. Além das crianças em situação de rua, o território também pode conter outros locais que podem representar espaços de violência infantil.

#### **b) No domicílio**

Normalmente, o ambiente domiciliar representa um espaço de proteção e felicidade para todos, especialmente para a criança. No entanto, para muitas crianças, esse é um local propício para episódios de violência.

Muitas vezes, a violência é justificada como se fosse uma forma de disciplina rígida, envolvendo além de agressões físicas, insultos e humilhações à criança.

Quando se trata de violência sexual no ambiente domiciliar, na maioria das vezes, o agressor é uma pessoa próxima à criança (parente, amigo da família, vizinho), tornando a situação ainda mais difícil, por quebrar um laço de confiança estabelecido pela criança, além de provocar sentimentos de culpa, constrangimento e medo, impedindo, inclusive, que a criança consiga denunciar o ocorrido.

### c) Na escola

A escola é um local onde a criança permanece por muitas horas do dia, sob a responsabilidade de adultos e convívio com muitas outras crianças da mesma faixa etária ou idade semelhante. Nesse ambiente, episódios de violência também podem ser comuns.

#### Atenção!



“A violência praticada pelos professores e outros membros do pessoal auxiliar inclui violência física, castigos psicologicamente humilhantes, violência sexual e com base no gênero e *bullying* (intimidação, chantagem, assédio)” (Unicef, 2017).

Além dos episódios de violência praticados por adultos, muitas vezes o agressor pode ser uma outra criança. O *bullying*, termo muito utilizado atualmente, refere-se a episódios de violência física e psicológica sofridos pela criança e que, geralmente, deixam marcas profundas na vítima, afetando seu comportamento, rendimento escolar, prazer em ir à escola e de se relacionar com outras crianças.

Segundo a Unicef (2017), o *bullying*, praticado por alunos e por professores, está frequentemente associado à discriminação de alunos pertencentes a famílias pobres, grupos marginalizados ou que têm características pessoais muito particulares, incluindo deficiências. Geralmente é verbal, mas pode também assumir a forma de violência física.

### d) Instituições de acolhimento

De acordo com dados da Unicef (2017), em todo o mundo, há cerca de 8 milhões de crianças que vivem em instituições, na maior parte dos casos devido a deficiências, problemas familiares ou à pobreza. Estas crianças correm sério risco de serem vítimas de violência praticada pelas pessoas responsáveis por elas e raramente têm acesso a mecanismos de queixa eficazes.

Nesse locais, os atos de violências podem ocorrer sob o pretexto de disciplina e até mesmo tratamento. Entre as próprias crianças também podem ser comuns episódios de violência na tentativa de se estabelecer relações de submissão e respeito.

Além disso, há ainda, outros tipos de violência contra à criança, como por exemplo, o trabalho infantil e prostituição de crianças.

*O que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prima como principais ações de combate a violência contra a criança?*

As principais ações de combate a violência contra a criança são:

- Promoção de campanhas educativas permanentes para a divulgação do direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante e dos instrumentos de proteção aos direitos humanos;
- Integração com os órgãos do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, com o Conselho Tutelar, com os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e com as entidades não governamentais que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente;
- Formação continuada e a capacitação dos profissionais de saúde, educação e assistência social e dos demais agentes que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente para o desenvolvimento das competências necessárias à prevenção, à identificação de evidências, ao diagnóstico e ao enfrentamento de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente;
- Apoio e o incentivo às práticas de resolução pacífica de conflitos que envolvam violência contra a criança e o adolescente;
- Inclusão, nas políticas públicas, de ações que visem a garantir os direitos da criança e do adolescente, desde a atenção pré-natal, e de atividades junto aos pais e responsáveis com o objetivo de promover a informação, a reflexão, o debate e a orientação sobre alternativas ao uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante no processo educativo;
- Promoção de espaços intersetoriais locais para a articulação de ações e a elaboração de planos de atuação conjunta focados nas famílias em situação de violência, com participação de profissionais de saúde, de assistência social e de educação e de órgãos de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.

Ainda de acordo com o ECA (1990), a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão atuar de forma articulada na elaboração de políticas públicas e na execução de ações destinadas a coibir o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante e difundir formas não violentas de educação de crianças e de adolescentes.

Como se pode perceber, a violência contra a criança é um grave problema de saúde pública que precisa ser amplamente enfrentado, com envolvimento do Estado e de toda a sociedade! Portanto, também é papel da ESF atuar na prevenção e enfrentamento da violência infantil!

Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e às autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.

A não notificação de suspeita ou confirmação de violência e maus tratos é definida pelo ECA como infração administrativa, quando não comunicado pelos médicos, professores ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, à autoridade competente (art. 245, Lei nº 8.069/1990).

Você conhece a ficha de notificação/investigação individual violência doméstica, sexual e /ou outras violências interpessoais fornecida pelo Ministério da Saúde?

Essa ficha pode ser utilizada pelos profissionais de saúde para notificação dos diversos tipos e casos de violência, não só contra a criança, mas também para as demais faixas etárias. É importante conhecê-la e saber que ela deve estar disponível em todos os serviços de saúde.

**República Federativa do Brasil**  
**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL**  
**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS**

Nº \_\_\_\_\_

**Definição de caso:** Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

**Dados Gerais**

1 Data de Notificação 2 UF 3 Município de Notificação Código (IBGE) \_\_\_\_\_  
 4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código (CNE/S) \_\_\_\_\_  
 5 Data da Ocorrência do Evento 6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas) \_\_\_\_\_

**Dados da Pessoa Atendida**

7 Nome \_\_\_\_\_ 8 Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 9 Idade 1 - Nova 2 - Baixa 3 - Velha 4 - Avançada 10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado 11 Gestante 1) 1º trimestre 2) 2º trimestre 3) 3º trimestre 4) Idade gestacional ignorada 5) Não 6) Não se aplica 7) Ignorado  
 12 Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado 13 Escolaridade 01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo 06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 11) Ignorado  
 14 Ocupação \_\_\_\_\_ 15 Situação conjugal 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - Ignorado  
 16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 5 - Ignorado 17 Possui algum tipo de deficiência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado  
 18 Número do Cartão SUS \_\_\_\_\_ 19 Nome da mãe \_\_\_\_\_  
 20 UF 21 Município de residência Código (IBGE) \_\_\_\_\_ 22 Bairro de residência \_\_\_\_\_  
 23 Logradouro (rua, avenida, ...) \_\_\_\_\_ 24 Número \_\_\_\_\_  
 25 Complemento (apto., casa, ...) \_\_\_\_\_ 26 Ponto de Referência \_\_\_\_\_ 27 CEP \_\_\_\_\_  
 28 (DDD) Telefone \_\_\_\_\_ 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 3 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil) \_\_\_\_\_

**Dados da Ocorrência**

31 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Via pública 04 - Ambiente de trabalho 05 - Escola 06 - Creche 07 - Estabelecimento de saúde 08 - Instituição socioeducativa 09 - Instituição de longa permanência 10 - Instituição prisional 11 - Terreno baldio 12 - Bar ou similar 13 - Outros \_\_\_\_\_ 14 - Ignorado  
 32 UF 33 Município de Ocorrência Código (IBGE) \_\_\_\_\_ 34 Bairro de ocorrência \_\_\_\_\_  
 35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida, ...) \_\_\_\_\_ 36 Número \_\_\_\_\_ 37 Complemento (apto., casa, ...) \_\_\_\_\_  
 38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 3 - Ignorado 39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado 40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado  
 41 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 4 - Ignorado 42 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado  
 43 Arma branca 44 Entorcimento/sufocação 45 Física 46 Sexual 47 Torsão  
 48 Arma de fogo 49 Queimadura 50 Psicológica / Moral 51 Tráfico de seres humanos 52 Patrimonial  
 53 Objeto contundente 54 Força corporal 55 Outros \_\_\_\_\_ 56 Negligência/ Abandono 57 Trabalho infantil 58 Outros \_\_\_\_\_

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais S/S 28/06/2006

Entre as ações de prevenção que podem ser realizadas pela ESF, conhecer as famílias do território contribui para a identificação de situação de violência e de risco.

Lembre-se, a violência contra a criança é um assunto que envolve uma abordagem sensível, acolhedora e respeitosa à família e, especialmente, à criança!



## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009a. 260 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009b. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó : manual operacional** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doação e transplante de órgãos: fígado**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-transplantes-de-orgaos/figado>>. Acesso em 20 out. 2017.

BRASIL. **Lei N. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm). Acesso em 06 set. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pcan.php?conteudo=desnutricao](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php?conteudo=desnutricao)>. Acesso em 31 jan.2018.

BRETAN, M. E. A. N. Direitos Humanos e Cidadania: **Proteção, Promoção e Reparação dos Direitos da Pessoa Idosa**. Belo Horizonte: Marginalia Comunicação, 2016. (Coleção Cadernos de Direitos Humanos: Cadernos Pedagógicos da Escola de Formação em Direitos Humanos de Minas Gerais, V.06).

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). **Violência contra às crianças**. Disponível em: [http://www.unicef.pt/pagina\\_estudo\\_violencia.php](http://www.unicef.pt/pagina_estudo_violencia.php). Acesso em 12 dez. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016,132 p.

SILVEIRA, D.C.; PEREIRA, J.T. **Acidentes prevalentes em crianças de um a três anos em um Pronto Socorro de Belo Horizonte no ano de 2007**. REME. Revista Mineira de Enfermagem. , v.15, p.181 - 187, 2011

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Acidentes Domésticos**. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/acidentes-domesticos/>. Acesso em 29 nov. 2017.

## Anexos

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) propôs orientações de prevenção de acidentes de acordo com a idade da criança. Com isso, os profissionais podem agir ativamente, orientando para que as famílias evitem os acidentes:

## Quadro 01: Orientações para prevenção de acidentes com crianças de 0 a 6 meses

de 0 a 6 meses	
Quedas	Proteja o berço e o cercado com grades altas com no máximo 6cm entre elas. Nunca deixe a criança sozinha em cima de qualquer móvel, nem por um segundo. Jamais deixe a criança sob os cuidados de outra criança.
Queimaduras	No banho, verifique a temperatura da água (o ideal é 37°C). Enquanto estiver com a criança no colo, não tome líquido quentes. Evite fumar dentro de casa, principalmente com a criança no colo.
Sufocação	Nunca use talco próximo ao rosto da criança. Ajuste o lençol do berço, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros. Utilize brinquedos grandes e inquebráveis.
Afogamentos	Nunca deixe a criança sozinha na banheira.
Medicamentos	Nunca dê à criança um remédio que não tenha sido receitado pelo médico.
Acidentes no trânsito	O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada no <i>bebê-conforto</i> ou assento infantil conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).

Fonte: BRASIL, 2012

## Quadro 2: Orientações para prevenção de acidentes com crianças de 6 meses a 1 ano

de 6 meses a 1 ano (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos)	
<i>Nesta faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha e está mais ativa e curiosa.</i>	
Choques	Coloque protetores nas tomadas e nos fios elétricos, deixando-os longes do alcance de crianças.
Quedas	Coloque, nas janelas, redes de proteção ou grades que possam ser abertas em casos de incêndio. Instale barreiras de proteção nas escadas. Certifique-se de que o tanque de lavar roupas está bem fixo, para evitar acidente.
Queimaduras	Use as bocas de trás do fogão e mantenha os cabos das panelas voltadas para o centro do fogão. Mantenha as crianças longe do fogo, de aquecedores e ferros elétricos.
Sufocação	Afaste sacos plásticos, cordões e fios.
Afogamentos	Não deixe as crianças sozinhas perto de baldes, tanques, poços e piscinas.
Intoxicação	Mantenha produtos de limpeza e medicamentos fora do alcance das crianças, em locais altos e trancados.
Acidentes no trânsito	O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada no <i>bebê-conforto</i> ou assento infantil conversível para carros e veículos de trânsito automotivo (uma cadeira especial em forma de concha, levemente inclinada, que deve ser colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme as orientações do fabricante).

Fonte: BRASIL, 2012

**Quadro 3:** Orientações para prevenção de acidentes com crianças de 1 a 2 anos

De 1 a 2 anos (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos) <i>A criança já anda sozinha e gosta de mexer em tudo.</i>	
Quedas	Coloque proteções nas escadas e janelas. Proteja os cantos dos móveis.
Segurança em casa	Coloque obstáculos na porta da cozinha e mantenha fechada a porta do banheiro.
Outros cuidados	Não deixe ao alcance das crianças objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos. Coloque longe do alcance das crianças objetos que se quebrem, detergentes, medicamentos e outros produtos com substâncias corrosivas, pois as crianças gostam de explorar o ambiente onde vivem.
Acidentes no trânsito	O CTB determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Não permita que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e rua) e escolha lugares seguros para as crianças brincarem (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).

Fonte: BRASIL, 2012

**Quadro 4:** Orientações para prevenção de acidentes com crianças de 2 a 4 anos

De 2 a 4 anos (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos) <i>A criança está mais independente, mas ainda não percebe as situações de perigo.</i>	
Acidentes no trânsito	Para esta fase, o CTB define que a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Não permita que a criança brinque ou corra em locais com fluxo de veículos (garagem e locais próximos a rodovias), escolha lugares seguros para as crianças brincarem e andarem de bicicleta (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).
Outros cuidados	Não deixe a criança aproximar-se de cães desconhecidos ou que estejam se alimentando.

Fonte: BRASIL, 2012

**Quadro 5:** Orientações para prevenção de acidentes com crianças de 4 a 6 anos

De 4 a 6 anos (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos) <i>Embora mais confiantes e capaz de fazer muitas coisas, a criança ainda precisa de supervisão. Converse com ela e explique sempre as situações de perigo.</i>	
Acidentes no trânsito	Para esta fase, o CTB define que a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.
Queimaduras	As crianças não devem brincar como fogo. Evite que usem fósforo e álcool. Mantenha-as longe de armas de fogo.
Afogamentos	A criança não deve nadar sozinha. Ensine-a a nadar. Não é seguro deixar crianças sozinhas em piscinas, lagos, rios ou no mar, mesmo que elas saibam nadar.
Segurança em casa e na rua	Mantenha a criança sob supervisão constante quando estiver com ela em lugares públicos como parques, supermercados e lojas. Produtos inflamáveis (álcool e fósforos), facas, armas de fogo, remédios e venenos devem estar totalmente fora do alcance das crianças
Acidentes no trânsito	As crianças devem usar os equipamentos chamados de assentos de elevação ( <i>boosters</i> ), com cinto de segurança de três pontos, no banco traseiro, até os 7 anos e meio.
Atropelamentos	Evite acidentes na rua. Segure a criança pelo pulso. Assim, você impede que ela se solte e corra em direção à rua. Não permita que a criança brinque ou corra em locais com fluxo de veículos (garagem e locais próximos a rodovias), escolha lugares seguros para as crianças brincarem e andarem de bicicleta (parques, ciclovias, praças e outros lugares próprios para o lazer infantil).

Fonte: BRASIL, 2012

**Quadro 6:** Orientações para prevenção de acidentes com crianças de 6 a 10 anos

de 6 a 10 anos (Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos) <i>Com a criança quase independente, aumenta a necessidade de medidas de proteção e de supervisão nas atividades fora de casa. Explique sempre para a criança os riscos que ela pode correr no dia a dia.</i>	
Quedas	Nunca deixe que a criança brinque em lajes que não tenham grades de proteção. Ao andar de bicicleta, <i>skate</i> ou patins, a criança deve usar capacete de proteção e não deve circular em ruas por onde transitam veículos.
Queimaduras	Não deixe a criança brincar com fogueiras e fogos de artifício.
Choque elétrico	Não deixe a criança soltar pipa (papagaio, arraia) em locais onde há fios elétricos, devido ao risco de choque de alta tensão.
Acidentes no trânsito	Evite acidentes. Utilize corretamente para a criança o assento de elevação até ela completar 7 anos e meio de idade. A partir desta idade, as crianças deverão usar o cinto de segurança de três pontos no banco de trás. Sentar-se no banco da frente só é permitido pela lei a partir das 10 anos de idade e com o uso do cinto de segurança.
Acidentes com armas de fogo	Armas de fogo não são brinquedos. Evite-as dentro de casa.
Atropelamentos	Nesta fase, ainda é preocupante este tipo de acidente. Por isso, oriente seu filho sobre as normas de trânsito.

Fonte: BRASIL, 2012



## O Agente Comunitário de Saúde na Atenção à saúde do adolescente

*Ela só quer  
Só pensa em namorar  
Ela só quer  
Só pensa em namorar...*

*De manhã cedo já está pintada  
Só vive se cheirando  
Sonhando acordada  
O papai levou ao doutor  
A filha adoentada  
Não come não estuda  
Não dorme nem quer nada*

*Ela só quer  
Só pensa em namorar  
Ela só quer  
Só pensa em namorar...*

*Mas o doutor nem examina  
Chamando o pai de lado lhe diz logo em surdina  
Que o mal é da idade e que prá tal menina  
Não há um só remédio em toda medicina...*

*(Xote das Meninas – Luiz Gonzaga)*

O objetivo deste tema é compreender e discutir a atuação do ACS na abordagem à saúde do adolescente.

Serão abordados os seguintes temas: a) Puberdade; b) Os desafios e as práticas de atenção à saúde do adolescente; c) Educação e trabalho na adolescência.

Ao trabalhar com alguma pessoa ou grupo específico, acreditamos ser muito importante refletir um pouco acerca das ideias e imagens que nos vem ao pensamento quando estamos diante desses sujeitos. E é assim que gostaríamos de iniciar o percurso da atenção à saúde do adolescente, propondo que você e seus colegas reflitam e discutam sobre algumas questões que percorrem a vida dos adolescentes, sejam elas biológicas, sociais, econômicas, ambientais ou culturais.

### Dinâmica 1 - Adolescente, ser divergente?

A dinâmica que se segue tem o objetivo de provocar reflexões à respeito das particularidades comportamentais próprias desta fase da vida.

Num primeiro momento, ouça a música e preste atenção na letra, refletindo os sobre as particularidades próprias desta fase da vida.

No segundo momento, pense em 3 problemas que considere mais conflitantes na vida dos adolescentes, registre em tarjetas e monte um painel com a ajuda do docente.

*Adolescente*

*Adolescente, é um bicho diferente  
adolescente, não chegue perto, porque morde  
adolescente, esse bebezão gigante não me pares  
me conquista...(refrão)*

*página em branco  
estamos escrevendo  
com os segredos  
do crescimento*

*onda de vento  
explosões sem aviso  
futuro incerto  
esperança em movimento*

*alma que baila  
cheia de sentimentos  
vamos ao resgate de nossos desejos  
pessoas que crescem em caminhos diferentes  
Tudo a seu tempo somos Adolescentes! (refrão)*

*Protagonistas,  
nos buscamos em espelhos  
da nossa vida  
somos os donos  
equilibristas  
na corda bamba dos sonhos  
com ou sem redes  
ao cruzá-la não te freies (refrão) 2x*

*E vem comigo... huuuuuuuuuu...*

*(Kemon & Lara)*

*Você observa diferenças e semelhanças entre a sua vivência da adolescência e a dos(as) jovens em sua volta, em seu território?*

*Todos os adolescente são iguais? Vivem da mesma maneira este momento da vida?*

A partir da reflexão sobre as questões acima, podemos dizer que são muitas as ideias acerca da adolescência e dos(as) adolescentes. Não é mesmo?


### **Texto 1 – Saúde do Adolescente: desafios e oportunidades para o cuidado em saúde na Atenção Básica/Primária em Saúde**

Os desafios no atendimento aos adolescentes nos serviços de saúde podem ser atribuídos a fatores estruturais, a forma de organização do serviço, a formação dos profissionais, entre outros. Mas, há dificuldades na atenção a esse grupo que advém da concepção circulante sobre o jovem na sociedade. Em geral, as concepções sobre os adolescentes são ambíguas: ora apresentam imagens de fascinação e desejo de juventude como a melhor época da vida, ora o jovem é visto como um problema social, representando uma ameaça a si e à sociedade, relacionado-o a temas como a violência, drogas e ao exercício de uma prática sexual irresponsável. Essa confusão, pouco refletida, pode contribuir para gerar grandes estereótipos e, conseqüentemente, resistências e inseguranças para tratar dos temas que envolvem a saúde dos adolescentes na contemporaneidade.

A letra da música “Xote das Meninas”, de Luiz Gonzaga, apresentada no início deste tópico, ilustra o encontro de uma adolescente com um profissional de saúde e as conseqüências dos estereótipos que são produzidos ao se naturalizar ideias sobre a adolescência. A ideia cristalizada de que o sofrimento por amor e certos comportamentos são típicos de uma fase da vida e passarão com o tempo, tornam a menina invisível quanto às suas necessidades de saúde.

Não precisamos abrir mão da beleza sonora e poética de Gonzaga. O que propomos é uma reflexão sobre as concepções e os preconceitos que temos em relação à adolescência. Pensar essas questões é muito importante na abordagem ao adolescente, com suas necessidades e demandas de saúde, já que a maneira como pensamos sobre algo ou alguém interfere em nossas ações quando estamos diante dessa pessoa. Acompanhados dessas reflexões podemos ampliar nossos esforços para melhor compreender os aspectos envolvidos no cuidado à saúde do adolescente.

#### **Saiba Mais:**



“A adolescência é tida como a transição da infância para a vida adulta, acarretando importantes transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Essa trajetória é marcada por crescente autonomia e independência em relação à família, bem como pela experimentação de novos comportamentos e vivências. Paralelamente, observa-se, na atualidade, maior exposição a fatores de risco para a saúde, como uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo” (IBGE, 2015, p. 11).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é considerado adolescente o indivíduo entre a faixa etária de 12 a 18 anos (BRASIL, 1990). A geração atual de adolescentes e jovens no Brasil é a mais numerosa de toda a história, correspondendo a 30% da população brasileira. A grande maioria desse grupo (84%) vive nas grandes cidades, em áreas urbanas (BRASIL, 2010).

Essa etapa da vida pode ser permeada por conflitos internos para o adolescente e, também, junto aos seus familiares, devido a diversas mudanças vivenciadas, como o amadurecimento corporal, ansiedade pela vivência sexual, incertezas quanto ao futuro, entre outras. O afastamento da rotina familiar e a busca pela identidade junto aos amigos, comportamento típico do adolescente, pode ser um fator de vulnerabilidade e risco em determinados casos, considerando a realidade atual, com índices preocupantes de violência e abuso de drogas.

É muito importante que quem trabalhe com adolescentes, como o ACS por exemplo, esteja atento à necessidade de estabelecer uma relação de confiança e vínculo. O relacionamento aberto com o adolescente contribui para um clima favorável e quebra de resistência. Além disso, é muito importante ter disposição para escutar, respeitando a história de vida do adolescente, sua inserção social, cultura e diversidade de ideias.

Adolescentes de ambos os sexos são especialmente sensíveis ao primeiro contato, tanto nos aspectos positivos, quanto nos aspectos negativos da aproximação. **Atitudes preconceituosas e discriminatórias** em relação ao jeito de vestir, de falar e em demais dimensões da aparência, são captadas facilmente pelos jovens e podem ser motivo de recuo e/ou falta de adesão aos encaminhamentos e orientações propostas.

Nesse sentido, a abordagem e a continuidade do cuidado tornam-se potencialmente mais produtivos quando se evita o viés adultocêntrico.

**Saiba Mais:**

**Adultocentrismo** refere-se ao conjunto de todas as atitudes por parte dos profissionais que impõem regras e estilos de vida baseadas em suas próprias experiências, julgando-as as mais corretas simplesmente pelo fato de serem mais velhos, vividos, etc.

Portanto, no contato com adolescentes, é fundamental vê-los a partir do contexto atual, sem emitir julgamentos e comparações, além de considerá-los em sua autonomia. **Escutar o adolescente** é uma questão essencial no atendimento e que faz toda diferença para que ele se sinta mais seguro quanto à confidencialidade de suas informações e queixas. Estar seguro é um aspecto importante para este público buscar e se vincular aos serviços na atenção primária em saúde. No encontro com o adolescente, o profissional deve esclarecer sobre a confidencialidade e razões que podem resultar em seu rompimento, além de informar sobre as ações disponíveis na UBS e os recursos intersetoriais do território ou município.

**Importante!**

A escuta e o acolhimento do adolescente, sem julgamentos prévios é fundamental. Entretanto, é muito importante ter em mente que a conversa também é o momento propício para alertar sobre comportamentos de risco e condutas que podem representar prejuízos à qualidade de vida e saúde do adolescente!

Visando o cuidado, a promoção da saúde e a prevenção de doenças entre os adolescentes, é necessário que os profissionais das equipes de saúde promovam ações educativas capazes de contemplar a realidade do território, atentando-se também para as demandas e necessidades colocadas pelo grupo. Além disso, no planejamento das ações também é fundamental pensar em um trabalho intersetorial, envolvendo escola, igreja, associações locais (esporte, música, dança, etc.), possibilitando maior integração no acompanhamento, suporte e assistência aos adolescentes.

Essa estratégia é muito importante, uma vez que o adolescente dificilmente procura a UBS para levar suas demandas. Dessa forma, é preciso que as ações sejam desenvolvidas nos espaços mais comumente frequentados por eles.

Uma experiência positiva com o ACS e o serviço de saúde tende a melhorar a utilização do serviço pelo adolescente, além de tê-lo como porta-voz para multiplicar as informações a seus pares.

A compreensão das particularidades próprias desta fase da vida pelos profissionais de saúde é fundamental e deve ser considerada na abordagem deste grupo populacional. Além das transformações ocorridas na puberdade, as quais vamos abordar a seguir, na adolescência, ocorrem mudanças psicológicas, cognitivas e sociais que devem ser consideradas no processo de acolhimento e atendimento integral do adolescente, no âmbito dos serviços de saúde.

**Puberdade**

Puberdade é o processo vivenciado na adolescência, geralmente entre os 10 e 14 anos de idade, caracterizado por modificações físicas, como aceleração do crescimento esquelético, alteração da composição corporal e pelo amadurecimento sexual.

As modificações vivenciadas pelo adolescente durante a puberdade estão relacionadas a uma intensa produção de hormônios, com ações específicas em cada sexo. Nas meninas ocorre a primeira menstruação, desenvolvimento dos seios, alargamento do quadril, entre outros. Nos meninos ocorre o desenvolvimento do pênis e dos testículos, mudanças na voz, crescimento de pelos no corpo, etc.

Entre as meninas, a maturação sexual e a chegada da menstruação faz com que muitas adolescentes queixem de alterações, devido à instabilidade hormonal. Dessa forma é comum a ocorrência de ciclos menstruais muito longos, ou muito curtos.

Você pode conversar com a adolescente sobre essas questões, estando sempre atento para queixas que podem necessitar de atendimento da equipe de saúde: suspeita de gravidez, fluxo menstrual muito intenso, dor e desconforto intenso durante o período menstrual entre outras.

A fase da adolescência é marcada, também, por momentos de instabilidade emocional, motivo frequente de episódios de ansiedade, medo e estresse. Além disso, nessa fase ocorrem os primeiros relacionamentos amorosos, que também podem causar sentimentos de euforia, frustração, tristeza. O profissional envolvido no cuidado ao adolescente precisa estar disponível para acolher, escutar e conversar sobre essas questões, estando atento para sinais ou queixas que possam indicar situações de risco à saúde do adolescente, como, por exemplo, conflitos familiares, situações de privação, violência, etc.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2015), realizada pelo IBGE com adolescentes em todo Brasil, mostrou que a insônia, os sentimentos de solidão e isolamento estão presentes entre os adolescentes de 13 a 17 anos. Portanto, a equipe de saúde precisa estar atenta para as causas e consequências de quadros como esses entre os adolescentes do seu território de atuação.

**Atividade 1****Discutindo a adolescência nos meios de comunicação**

Propomos que você forme duplas ou trios e busque nas revistas e nos jornais disponibilizados algumas matérias que abordem algo sobre o adolescente e/ou a adolescência. Identifique: O que tem sido veiculado em jornais e revistas sobre o adolescente e a adolescência?

Produza um cartaz com o que encontraram e apresente aos colegas.

Após as apresentações, discuta com docente e colegas as seguintes questões:

- O que tem sido priorizado nessas matérias?
- Que imagens de adolescente e adolescência têm sido produzidas em revistas e jornais?
- Que relações essas imagens têm com o cuidado ao adolescente na Atenção Básica?

**Texto 02: O cuidado à saúde na adolescência**

De acordo com o MS (2010) o adolescente, por ser considerado uma pessoa saudável, muitas vezes não tem a devida atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Essa limitação acaba desconsiderando sua vulnerabilidade frente a diferentes riscos, formas de violências e ao crescente número de mortes nessa faixa etária, relacionadas, sobretudo, a causas externas.

Essas questões nos levam a refletir sobre o tipo de abordagem e cuidado que tem sido direcionado ao adolescente. Assim como em outras etapas da vida, a adolescência é uma fase marcada por diversos fatores, que precisam ser considerados, pois influenciam no processo saúde-doença desse grupo.

Não é tarefa simples refletir sobre isso! Exige conhecer bem esse grupo, seu contexto de vida e familiar, sua relação com o território, e, principalmente, com o serviço de saúde.

**Adolescência e sexualidade**

Na adolescência afloram-se muitos questionamentos relacionados à identidade sexual, às transformações do corpo e à vivência das primeiras experiências sexuais. A sexualidade não é restrita ao ato sexual. Envolve desejos e práticas relacionados à satisfação, ao prazer, à afetividade e à autoestima.

Para promover a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, é fundamental a realização de ações educativas que tenham como princípio a igualdade entre homens e mulheres, incentivo ao respeito mútuo nas relações e que sejam rejeitadas todas as formas de violência e atitudes discriminatórias – discriminação contra homossexuais ou a ridicularização dos que não sejam sexualmente ativos, entre outras.

Essas atividades podem ser realizadas nos diversos espaços comunitários (clubes, escolas, grêmios recreativos, associações). Utilizando uma linguagem acessível, simples e objetiva, devem ser dadas informações completas e precisas sobre sexualidade, contracepção, gravidez, proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e realização do exame preventivo de câncer do colo uterino.

A maturação sexual e os impulsos hormonais fazem com que a adolescência seja a fase mais comum de iniciação sexual. Segundo pesquisa do IBGE (2015), 27% dos adolescentes de 13 a 15 anos e 54% dos adolescentes de 16 a 17 anos já tiveram relação sexual alguma vez. Ainda, de acordo com a pesquisa, a falta de uso de preservativo representou um problema entre esses adolescentes, ressaltando o risco para infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez não planejada.

Embora o adolescente tenha o direito de decidir e programar se deseja ou não ter filhos, em que época de sua vida e como tê-los, a gravidez em menores de 15 anos é considerada de risco.

Por isso, o diálogo sobre esse assunto exige clareza e sensibilidade, sempre procurando apontar para questões importantes, como impacto da maternidade/paternidade na vida, na relação com o parceiro/parceira, nos estudos, na formação profissional e inserção no mercado de trabalho, entre outras, produzindo repercussões, ainda, na vida e futuro dos próprios filhos.

Diante dessa abordagem, caso a adolescente manifeste o desejo de engravidar, ou engravide de forma não planejada, é importante que você o oriente a procurar pela UBS para realização do diagnóstico, início do pré-natal o mais cedo possível, estimulando a participação do companheiro em todas as etapas.

O início da atividade sexual, precoce ou não, deve ser precedido de informações necessárias para uma vida sexual saudável, livre de doenças:

- Conversar sobre sexualidade deve envolver uma reflexão sobre afeto, carinho, respeito, autoestima, valores e crenças do adolescente;
- O uso do preservativo, masculino ou feminino, deve ser sempre incentivado e, inclusive, disponibilizado pelos serviços de saúde;



- Incentivar ao adolescente com vida sexual ativa, a realização de exames de rotina para testagem de HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C (algumas UBS já fazem testes rápidos dessas doenças, facilitando o acesso aos exames). Entre meninas, a orientação deve envolver ainda a realização do exame preventivo de câncer do colo do útero;
- Identificar pessoas e famílias em situação de maior vulnerabilidade relacionada à saúde sexual e reprodutiva, respeitando o direito de privacidade e facilitando o vínculo com o serviço de saúde;
- Orientar a procura por atendimento na UBS no caso de dúvidas, queixas ou sempre que o adolescente sentir tal necessidade.

Assim, é importante que toda a equipe converse com o adolescente sempre que tiver oportunidade, respeitando sua privacidade, individualidade e direito ao sigilo.

### Violência contra o adolescente

A violência se expressa de diferentes modos na sociedade atual e atinge grupos e classes sociais de maneiras distintas. A violência invade objetiva e subjetivamente a vida de todos, interferindo, das mais variadas formas, nas escolhas e ações dos indivíduos.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a violência pode ser definida como: o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A OMS também classifica as formas de violência, de acordo com a natureza dos atos cometidos:

- **Violência física:** uso da força de forma intencional para produzir lesões, traumas, feridas, dores, incapacidades e, em casos extremos, a morte.
- **Violência psicológica:** agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a pessoa, restringir sua liberdade, ou ainda isolá-la do convívio social. É o conjunto de atitudes, palavras e ações dirigidas a envergonhar, censurar e pressionar a criança ou adolescente. Apesar de ser muito frequente, essa forma de violência é difícil de ser identificada, pois não apresenta sinais físicos, mas pode trazer sérios danos ao desenvolvimento emocional, físico, sexual e social da criança ou adolescente.
- **Negligência ou abandono:** ausência ou recusa de atenção necessária a alguém que deveria receber cuidados. É o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento sadio.

- **Violência sexual:** ato ou jogo sexual que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa a estimular a vítima ou a utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio da sedução, aliciamento, violência física ou ameaças.

Especificamente em relação à violência sexual, no ano 2000 começaram a ser discutidos e definidos, por meio de consensos entre diferentes setores e segmentos, as diretrizes gerais para a criação do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil.

O Plano tornou-se uma referência para a discussão e planejamento de políticas, programas e serviços de enfrentamento à violência sexual. O documento trata das diversas formas de abuso e exploração sexual. Vejamos a seguir cada um destes conceitos (BRASIL, 2013).

- **Abuso Sexual:** Caracteriza-se pela violação do corpo por meio de atos de natureza sexual. No abuso sexual, o agressor visa unicamente satisfazer seus desejos por meio da violência sexual. Em geral, esse tipo de violência é caracterizado pela relação de confiança entre o agressor e a vítima, ainda que momentânea e enganosa. O abuso sexual frequentemente é praticado por alguém que participa do convívio da criança ou adolescente, o que não necessariamente significa que seja do convívio familiar da vítima.

Há abuso sexual intrafamiliar quando a agressão ocorre dentro da família, ou seja, a vítima e o agressor possuem alguma relação de parentesco. Considera-se, nesse caso, o contexto familiar ampliado. O abuso sexual extrafamiliar ocorre quando não há vínculo de parentesco entre o agressor e a criança ou adolescente.

- **Exploração sexual:** A exploração sexual caracteriza-se pela utilização da sexualidade de crianças e adolescentes com a intenção de lucro, seja financeiro ou de qualquer outra espécie. Nesse caso, pode haver a participação de uma pessoa intermediária entre a criança ou adolescente e o usuário ou cliente.

Ocorre principalmente como consequência da pobreza e violência doméstica, que faz jovens, crianças e adolescentes fugirem de seus lares e se refugiarem em locais que os exploram em troca de moradia. E, por isso, dizemos que a criança ou adolescente foi explorada, e não que ela se prostituiu, pois ela é vítima do sistema de exploração comercial de sua sexualidade.

#### Saiba Mais:

A partir do III Congresso Mundial Contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes ocorrido em 2008, passou-se a classificar a exploração sexual em quatro modalidades:

- Exploração sexual no contexto de prostituição;
- Tráfico para fins de exploração sexual;
- Exploração sexual no contexto do turismo;
- Pornografia infantil.

## Sinais e sintomas da violência

As experiências de violência são sentidas de forma diferente por cada criança ou adolescente, dependendo do momento de vida e das diversas respostas vindas do meio em que vivem. Sendo assim, os efeitos da violência dependem, principalmente:

- da idade e das características individuais da criança ou do adolescente, tais como o desenvolvimento psicológico, tipo de personalidade e a capacidade intelectual;
- do tipo de violência: se física, psicológica, sexual ou negligência (apesar de na maioria das vezes ocorrer mais de um tipo de violência simultaneamente);
- da frequência, intensidade e duração das situações de violência;
- do tipo de relação afetiva que a criança ou adolescente tem com o autor da agressão;
- dos fatores relacionados à situação violenta: anteriores, atuais e posteriores;
- da representação que a criança ou adolescente têm da violência sofrida;
- das medidas tomadas para a prevenção de novos episódios violentos.

### **Importante!**

Dentre os vários sinais e sintomas da violência sofrida por crianças e adolescentes, podemos citar:

- a) a ideação, tentativa ou cometimento de suicídio;
- b) problemas de comportamento sexual, como gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis;
- c) reprodução da violência no próprio comportamento;
- d) distúrbios nutricionais infantis;
- e) fuga de casa.

A evolução dos meios de comunicação e das tecnologias também possibilitou o desenvolvimento de novas formas de abuso e exploração sexual, que podem ocorrer via internet. Várias práticas têm sido caracterizadas como tal, ou muitas vezes iniciam um processo de abuso ou exploração. Algumas já vêm ocorrendo com maior frequência, tornando-se importante conhecê-las.

### **Cyberbullying**

*Cyberbullying* ou Assédio virtual é uma prática que envolve o uso de tecnologias de informação e comunicação com o objetivo de divulgar imagens na Internet, de forma a expor a vítima a situações humilhantes e vexatórias, como, por exemplo, meninas que são filmadas ou fotografadas em cenas sexuais, ou meninos que são provocados para brigar e são fotografados no momento em que estão apanhando, ou ainda, cenas são forçadas com os recursos da informática.

### **Sexting**

*Sexting* é uma expressão de abuso sexual recente, no qual adolescentes, jovens ou adultos usam celulares, e-mail, salas de bate-papo, comunicadores instantâneos e sites de relacionamento, para enviar fotos sensuais, mensagens de texto eróticas ou com convites sexuais para conhecidos. Algumas vezes essa prática, ao cair na rede, pode configurar abuso sexual ou exploração sexual, a depender da forma como será utilizada.

Assim, para se compreender as causas e as consequências da violência na adolescência é preciso analisar os diversos fatores presentes no cotidiano que podem contribuir para a ocorrência e persistência de situações de sofrimento físico, psicológico e, até mesmo, morte entre adolescentes.

Caso você perceba situações de violência ou de risco é importante comunicar a equipe de saúde e acionar a assistência social.

*O que fazer em casos de suspeita ou confirmação de maus tratos?*

Como visto no tema *Saúde da criança*, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê, em seu artigo 13, que casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos (inclui qualquer tipo de abuso ou violência) devem ser, obrigatoriamente, comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. Caso não haja Conselho Tutelar na região, a comunicação deverá ser feita à Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude e à Vara da Infância e da Juventude. Cabe ressaltar que as violências contra as crianças e adolescentes também podem ser denunciadas ao Disque 100 e ao 190, da Polícia Militar.

**Saiba Mais:**

Saiba um pouco mais sobre os órgãos de defesa da infância e da juventude:

- **Conselho Tutelar** é definido pelo ECA em seu artigo nº 131, como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”. Trata-se de um órgão municipal, com existência obrigatória de ao menos um por município, tendo como função aplicar medidas administrativas especiais de proteção às crianças e adolescentes e não medidas judiciais e nem de poder de polícia.
- **Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude** é órgão do Ministério Público para o desempenho das funções institucionais nas comarcas, nas esferas judicial e extrajudicial referente aos direitos da infância e da juventude.
- **Vara da Infância e da Juventude** - Tem por objetivo garantir os direitos da criança e do adolescente, por meio da prestação jurisdicional, assegurando-lhes condições para seu pleno desenvolvimento individual e social, velando pelo cumprimento das disposições previstas no ECA. Assim, são promovidas resoluções de conflitos e a regularização de situações que envolvam os interesses infanto-juvenis, bem como atende a questões relativas aos atos infracionais. Dentre outras atribuições, podemos citar a designação de comissários voluntários, conhecimento dos pedidos de guarda e tutela, destituição do pátrio poder e questões de adoção, fiscalização da execução das medidas socioeducativas, dentre outras.

Fonte: BASTOS et al, 2016

**Vacinação na adolescência**

Entre as muitas formas de cuidar da saúde, a prevenção de doenças por meio da vacinação representa uma importante medida. A vacinação é fundamental em todos os ciclos de vida, incluindo a adolescência.

A falta de atenção para a vacinação entre os adolescentes é uma questão muito comum. De maneira geral, as pessoas lembram da vacinação na infância, gravidez e, depois, entre os

idosos. Sendo assim, é importante que a equipe de saúde esteja atenta para esse fato e que consiga ampliar seu olhar sobre a prevenção de doenças por meio de vacinas aos grupos de diferentes faixas etárias, incluindo aí os adolescentes.

*Você já pensou sobre isso? Como a ESF prioriza a vacinação no seu território?*

Mudanças no calendário de vacinação são comuns para todas as faixas etárias. Um exemplo de alteração no grupo dos adolescentes foi a inclusão recente da vacina, para ambos sexos, contra o HPV – vírus sexualmente transmissível que pode causar o câncer. Dessa forma, é fundamental que você esteja sempre atualizado, possibilitando melhor orientação à população.

*Existem muitas outras medidas de cuidado à saúde que também devem ser dirigidas aos adolescentes. Você consegue pensar em alguma?*

**Educação e trabalho**

De acordo com o ECA: “a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes: igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; direito de ser respeitado por seus educadores; direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores; direito de organização e participação em entidades estudantis; acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência” (BRASIL, 1990).

No entanto, em nosso país, o nível de escolaridade entre a população brasileira é considerado baixo e desigual. Em 2014, cerca de 90% dos adolescentes frequentavam a escola (IBGE, 2014). Apesar do alto número, é preciso ter em mente que 10% dos indivíduos desse grupo estava fora da sala de aula.

Além disso, a elevada frequência escolar nem sempre significa que esses adolescentes estejam frequentando o nível adequado à sua faixa etária. Em 2013, de acordo com dados do IBGE, a distorção idade-série atingia 41% dos adolescentes brasileiros, o que correspondia a cerca de 3,7 milhões de estudantes. A proporção de estudantes com atraso era mais elevada entre meninos, alunos da rede de ensino pública, residentes em área rural e de cor preta ou parda (IBGE, 2014). Esse tipo de questão pode ser um importante motivo para evasão escolar – quando o aluno deixa de frequentar a aula, caracterizando o **abandono da escola** durante o ano letivo.

Muitas crianças e adolescentes abandonam os estudos por diversos motivos: necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família, dificuldade de acesso à escola próximo do local onde mora, situações de violência física e emocional (*bullying*) na escola, problemas de saúde,



falta de interesse pelos estudos, entre outros. Como consequência, o tipo de ocupação no mercado de trabalho, na maioria das vezes, resultará em baixos salários, vínculos precários, jornada e tipo de trabalho desfavoráveis à saúde.

Em relação ao trabalho, é interessante pensar na sua importância para o processo de passagem do adolescente para a vida adulta, por meio do acesso à profissionalização, mercado e renda. Entretanto, é preciso estar atento para questões que assegurem sua proteção, saúde e bem estar.

O ECA determina a proibição de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendizes a partir de quatorze. Preconiza ainda, a proteção ao trabalho de adolescentes que respeite a sua condição de pessoas em desenvolvimento e que sua capacitação profissional seja adequada ao mercado de trabalho. No caso de adolescentes com deficiência, assegura o direito ao trabalho protegido (BRASIL, 1990).

Entretanto, na prática, no levantamento de dados relacionados ao adolescente no trabalho, em 2013, 22% dos adolescentes brasileiros entre 15 e 17 anos estavam trabalhando (IBGE, 2014).

Os avanços alcançados nos últimos anos em relação à inserção de adolescentes e jovens na escola e no mercado de trabalho precisam ser considerados. Porém, também é preciso ter em mente a proporção de pessoas nesses grupos, sem trabalho e fora da escola. Em 2013, esse problema atingia cerca de 10% dos adolescentes entre 15 e 17 anos (IBGE, 2014).

Educação e trabalho são questões essenciais na vida de todos nós. Pensando no adolescente, é preciso garantir o acesso ao ensino de qualidade, contribuindo para sua formação, profissionalização e inserção no mercado de trabalho de maneira satisfatória. Também é preciso garantir um trabalho que priorize a proteção e saúde do adolescente, sempre respeitando aquilo que é preconizado pelas leis.

Na abordagem ao adolescente e à família, essas questões devem ser levantadas e discutidas, contribuindo para que o adolescente viva plenamente seus direitos e planeje seu futuro!

## Atividade 2

### (Re)vivendo a adolescência

Para esta atividade, forme uma dupla com um colega de modo que um da dupla se imagine como um adolescente e o outro se posicione como ACS. A proposta é que a pessoa da dupla que será o ACS entreviste o outro da dupla que se imaginará como adolescente, conversando sobre as seguintes questões:

1. Para você, o que é ser adolescente?
2. Com relação às transformações pelas quais seu corpo está passando, você tem dificuldades em lidar com elas?
3. Como é a sua relação com a família, com os amigos, com a escola, com o trabalho, com o amor?
4. Quais são suas principais preocupações e expectativas?
5. Você recorre a alguma pessoa ou serviço de saúde quando sente necessidade?
6. Você já sentiu ou presenciou alguma situação de preconceito que você acredita estar relacionada às questões da adolescência? Como reagiu?

Após conversarem sobre essas questões, participe da roda de conversa com a turma, resgatando os cartazes que foram produzidos na Atividade 1, a partir das seguintes reflexões:

- Que relações há entre o que apareceu nos cartazes e o que vocês conversaram? Há semelhanças? Há diferenças?
- As questões que vocês conversaram em duplas sobre a vida, o corpo e as relações dos adolescentes aparecem nas matérias expostas nos cartazes?



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Adriana Alves de. **Concepções sobre os desafios no atendimento do adolescente na perspectiva dos profissionais de equipes de saúde da família. 2011.** 154f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-8M5GKM>>. Acesso em 06 set. 2017

BRASIL. Lei N. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm). Acesso em 06 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 260 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. 2013.** Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/criancas-e-adolescentes/publicacoes-2013/pdfs/plano-nacional-de-enfrentamento-da-violencia-sexual-contra-crianca-e-adolescentes>. Acesso em 07 nov. 2017.

BASTOS, A.B et al. **Direitos Humanos e Cidadania: Proteção, Promoção e Reparação dos Direitos das Crianças e Adolescentes. Belo Horizonte: Marginália Comunicação, 2016.** (Coleção Cadernos de Direitos Humanos: Cadernos Pedagógicos da Escola de Formação em Direitos Humanos de Minas Gerais, V.15

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015.** Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

**ATIVIDADE DE DISPERSÃO 1****Conversando com adolescentes do território em que atua**

Esta atividade de dispersão deverá ser realizada em 3 etapas, conforme as orientações a seguir:

**Etapa 1:** Converse com, pelo menos, três adolescentes que vivem no território em que você atua. Algumas questões podem ajudá-lo nessa conversa, como, por exemplo:

1. Como você sente que é ser adolescente nesta comunidade?
2. Que aspectos da vida de um adolescente mais lhe causam angústias/conflitos (relações na escola e na família, sexualidade, violência, trabalho, etc.)
3. Você recorre a alguma pessoa ou serviço de saúde quando sente necessidade?

**Etapa 2:** Registre o que você conversou com os adolescentes e discuta com a equipe de saúde que você integra. Na discussão com a equipe, reflitam:

- Já têm sido desenvolvidas ações que atendam às questões da adolescência que apareceram durante as conversas que você, ACS, teve com os adolescentes?
- Que propostas podem ser pensadas na equipe de saúde para contribuir com a vida dos adolescentes do território em que atuam?

**Etapa 3:** Registre o que você e a equipe conversaram e apresente para docente e colegas no próximo período de concentração.

## Atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde da mulher



Fonte: MINAS GERAIS, 2017.

Neste tema, pretendemos promover uma reflexão sobre a saúde da mulher e, para tanto, precisamos vê-la para além das dimensões biológicas. Cuidar da mulher, no contexto da Saúde da Família, é reconhecê-la como um ser que enfrenta desigualdades, construídas e fortalecidas ao longo da história humana. Diferenças sociais, econômicas, culturais, relacionadas a gênero e à raça influenciam diretamente o seu processo saúde-doença.

Assim, discutiremos a atuação do ACS no cuidado à mulher, gestante e puérpera a partir de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde com as seguintes abordagens:

1. Aspectos importantes sobre o câncer de colo de útero e de mama;
2. Calendário básico de vacinação;
3. O cuidado na gestação e no puerpério;
4. Direitos sexuais e reprodutivos;
5. Mulheres em situação de violência.

### Dinâmica 1: Uma mulher especial

Para conversarmos sobre os sentidos relacionados à mulher, pense em uma mulher que marcou a sua vida e que te traga boas lembranças. Escreva um pouco sobre a história dessa mulher, sobre como e por que ela influenciou (ou influenciou) sua vida.

Coloque suas anotações no varal da família construído no início dessa unidade de aprendizagem.

### Texto 1: - As ações do ACS na promoção da saúde da mulher: identificando aspectos necessários para o cuidado

Como vimos ao longo do curso, as condições em que as pessoas vivem e trabalham influenciam diretamente na sua saúde e bem estar. Vimos também que determinados grupos populacionais são expostos a situações de risco e vulnerabilidade diferentes, que variam de acordo com o local e a condição de moradia; renda; escolaridade; o tipo e as condições de trabalho que desenvolvem; entre tantas outras situações que expressam os diferentes modos de vida da população e seus grupos.

No caso das mulheres não poderia ser diferente. Embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas adoecem mais frequentemente. Além de questões biológicas específicas do sexo feminino, as condições de vida e situações de discriminação e violência vivenciadas pelas mulheres em nossa sociedade também contribuem para seu adoecimento físico e mental e, em alguns casos, a morte. Assim, para garantir o princípio da integralidade na atenção à saúde da mulher, precisamos considerar as diversidades e especificidades da população feminina, constituída, por exemplo, por mulheres: negras, indígenas, trabalhadoras da cidade e do campo, mulheres em situação de prisão e de rua, lésbicas, transexuais, e aquelas mulheres que se encontram na adolescência, no climatério e na terceira idade,

Um conceito que nos ajuda a pensar sobre as formas de viver e adoecer da mulher é o conceito de gênero.

**“Gênero: refere-se às relações sociais desiguais de poder entre homens e mulheres que são o resultado de uma construção social do papel do homem e da mulher a partir das diferenças sexuais” (DIAZ; CABRAL, 2017).**

Quando falamos de gênero, portanto, estamos falando de certas características e diferenças atribuídas pela sociedade para homens e mulheres. Muitas vezes, a imagem que a sociedade estabelece para homens e mulheres faz com que haja uma distribuição de valor e poder diferenciada entre eles, onde as mulheres, frequentemente, ocupam uma posição inferior a do homem.

As autoras Diaz e Cabral (2017) comentam que as relações de gênero são produto de um processo que se inicia no nascimento e continua ao longo de toda a vida, reforçando a desigualdade existente entre homens e mulheres, principalmente em relação à:

- Sexualidade: a sexualidade na mulher tem sido relacionada com a reprodução e, por isso, desde que nascem, as mulheres são educadas para serem mães, para cuidar dos outros, para “dar prazer ao outro”. Isso faz com que a sua sexualidade da mulher seja, historicamente, negada, reprimida e temida.

- Reprodução: o fato da mulher poder gerar um filho, ao mesmo tempo que representa uma fonte de poder também representa uma forma de controle sobre outras áreas de sua vida, diminuindo as possibilidades e limitando sua participação em âmbitos, como por exemplo, no campo do trabalho.

- Trabalho: culturalmente, cabe às mulheres o trabalho de casa, cuidar dos filhos e dos afazeres domésticos. Caso essa seja uma opção da mulher e do casal, essa atividade não deveria ser desvalorizada. Mas, para muitas mulheres, o desejo é de que o mundo do trabalho não esteja limitado ao mundo do lar, como muitas vezes, acontecia com nossas avós e mães. Felizmente, já podemos perceber mudanças positivas quanto a isso, mas que ainda precisam ser ampliadas, garantindo direitos iguais para homens e mulheres no mercado de trabalho.



### Para Refletir e Discutir

Em relação à sexualidade, reprodução e trabalho, qual a sua percepção das diferenças para mulheres e homens? O que ainda não foi dito?

*Que tal agora aprofundar o olhar sobre as condições de vida das mulheres que moram no território em que você atua? Vamos à atividade.*

## Atividade 1

### Dialogando sobre as condições de vida e saúde das mulheres

Retome as atividades realizadas na unidade 2, lembrando o tema território e o processo saúde-doença. Nas atividades desenvolvidas, você identificou características que contribuem para o processo saúde-doença da população de sua área de abrangência, discutiu sobre determinantes sociais em saúde e refletiu sobre os principais problemas que a população de sua área de abrangência enfrenta.

Agora, vamos pensar especialmente nas mulheres dessa localidade. A partir das questões abaixo, reflita e discuta com os colegas:

1. Como vivem as mulheres do território em que você atua? Com que trabalham?
2. Quantas são chefes de família?
3. De que adoecem? Quais são as principais questões que influenciam em seu bem estar?
4. Em seu cotidiano de trabalho, você já observou situações de discriminação e preconceito vivenciadas por essas mulheres?
5. Qual o papel da saúde, e de modo especial, das equipes de Saúde da Família no cuidado às mulheres?

É importante atentarmos para o fato de que quando falamos das mulheres estamos nos referindo a uma grande parcela da população brasileira. No último censo demográfico do IBGE, realizado em 2010, as mulheres representavam 51% da população, o equivalente a 97.348.809 milhões de mulheres.

Além disso, de maneira geral, as mulheres vivem mais que os homens e constituem as principais usuárias do SUS, tanto para resolver suas próprias demandas e problemas de saúde quanto como parte do cuidado que dispensam aos seus familiares, parentes, amigos e vizinhos.



### Para Refletir...

Ao permanecer mais tempo viva, a mulher necessita de mais cuidados por parte da equipe, ao mesmo tempo em que precisará de apoio dos serviços de saúde para prestar cuidado aos seus familiares envelhecidos.

No que diz respeito às formas de adoecer e morrer das mulheres brasileiras, algumas doenças são muito específicas e importantes nesse grupo, como por exemplo, o câncer de colo de útero e de mama. Vamos conversar sobre esses agravos e sobre as medidas de prevenção? O texto 2 apresenta alguns aspectos sobre o assunto! Leia e realize com os colegas a atividade proposta.

### Texto 2 - Câncer de colo de útero e mama

O **câncer do colo do útero** é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano. O **câncer de mama** é o câncer mais comum na população feminina, sendo a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WHO, 2008).

Considerando a alta incidência (descoberta de novos casos) e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é muito importante que a ESF priorize a abordagem junto às mulheres do território, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce e inclusão na rede de atendimento e tratamento para todos os casos diagnosticados.



**Importante!**

O controle do câncer do colo do útero e do câncer da mama depende de uma atenção qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade.

As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos, seja em momentos de consultas individuais.

Embora as **ações de prevenção do câncer do colo uterino e de mama** tenham aumentado nos últimos anos, essas têm sido insuficientes para reduzir a mortalidade das mulheres por essas doenças.

Para a **prevenção**, além de orientações adequadas, que devem ser feitas por todos da equipe, é imprescindível o acesso a consultas (médica ou de enfermagem) de qualidade. Nessas consultas, o exame clínico das mamas e o exame preventivo do câncer do colo uterino, também conhecido como exame citopatológico ou Papanicolau, devem ser realizados.

Para muitas mulheres, esses procedimentos podem causar medo ou vergonha. Portanto, você precisa compreender esses sentimentos, não deixando de esclarecer a importância dos exames, que são realizados rotineiramente pela equipe. A orientação esclarecedora e sensível pode fazer com que muitas mulheres se aproximem da equipe de saúde, participando das ações necessárias para a prevenção destas doenças.

Quando o resultado de algum exame for positivo, cabe à ESF realizar o encaminhamento ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento. Nesse processo, é fundamental que a mulher se sinta continuamente acompanhada pela ESF. O diálogo com ela também é muito importante para garantir a compreensão de todo o processo, estimulando a adesão ao tratamento.

**a) Prevenção do câncer do colo do útero**

A prevenção do câncer do colo do útero está baseada no rastreamento das mulheres que apresentam a probabilidade de ter lesões pré-cancerosas (preventivo). Portanto é imprescindível que você oriente todas as mulheres que têm ou já tiveram atividade sexual a submeter-se ao exame, especialmente aquelas na faixa etária dos 25 aos 59 anos. Inicialmente o exame preventivo de câncer de colo uterino deverá ser colhido anualmente, após dois exames negativos, esses podem ser repetidos a cada três anos.

Para realização do exame, são necessários alguns cuidados:

- não ter relações sexuais com penetração vaginal, nem mesmo com camisinha, 48 horas antes do exame;
- não usar duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais 48 horas antes do exame;
- não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode alterar o resultado.

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

- dor durante a relação sexual;
- corrimentos vaginais;
- sangramento intenso ou dor durante a menstruação ou sangramento fora do período menstrual;
- ausência de menstruação;
- cheiro ruim na vagina;
- dor, verrugas ou feridas na região genital ou nódulos (caroços) nas virilhas;
- ardência ao urinar;
- dor ao evacuar.

**b) Prevenção do câncer da mama**

A mulher deve ser orientada a realizar a palpação/observação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. Porém, é necessário enfatizar que mesmo que nenhuma alteração seja percebida, o exame clínico, realizado pelo profissional de saúde também é muito importante e não deve ser dispensado.

Quando o câncer de mama é identificado em estágios iniciais (lesões menores que dois centímetros de diâmetro) as chances de cura também são melhores. Para o diagnóstico precoce é fundamental a educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, assim como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

**c) Formas de tratamento e acompanhamento**

“Dentre todos os tipos de câncer, o câncer de colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a perto de 100%, quando diagnosticado precocemente e podendo ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos” (BRASIL, 2002).



A mamografia é o exame utilizado para rastreamento de câncer de mama, sendo o ultrassom o exame complementar para determinados casos. A frequência e intervalo de realização da mamografia vai depender da idade da mulher e do grau de risco relacionado ao histórico familiar de câncer de mama. Atualmente, **o Ministério da Saúde preconiza a realização da mamografia a todas as mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos.**

Além da mamografia e ultrassom, o auto exame das mamas pela mulher mensalmente também é fundamental para identificação precoce de qualquer tipo de alteração nas mamas como, por exemplo:

- caroços nas mamas ou axilas;
- endurecimento das mamas;
- ferida ao redor do mamilo (“bico do seio”);
- secreção pelos mamilos;
- deformação ou alterações no formato das mamas, dos mamilos ou aréolas;
- veias aparecendo em uma só mama;
- alterações na pele parecendo “casca de laranja” ou crostas;
- vermelhidão nas mamas.

**Importante!**

Na linha de cuidado para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama, o modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que seja garantido o acesso aos serviços e ao cuidado integral.

As pessoas devem ser vistas como sujeitos na singularidade de sua história de vida, nas condições socioculturais, nos anseios e nas expectativas.

A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida.

Fonte: BRASIL, 2013

**Atividade 2**

**Refletindo sobre ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama junto à minha equipe**

Abordar o assunto câncer do colo do útero ou câncer da mama não é uma tarefa simples, pois envolve sensibilidade, ética, respeito e sigilo do profissional para com a mulher acolhida. Neste momento, convidamos você a refletir sobre as suas atribuições responsabilidades em relação à prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama junto à sua equipe.

Em grupos, formados com ACS da mesma área de abrangência, preencha o quadro abaixo, que trata das atribuições do ACS e ESF na prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama. Comente se as atribuições descritas estão dentro da realidade de trabalho de sua equipe. Após escreverem as suas ideias, socialize o quadro com a turma.

Atribuição do ACS e ESF	Está dentro da realidade de trabalho da equipe? Justifique.	É realizada integral ou parcialmente? Como é desenvolvida?	O grupo considera que a ação deveria ser realizada de forma diferente para alcançar melhores resultados? Justifique.
Conhecer a importância da realização da coleta do exame citopatológico (Papanicolau) como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua microárea.			
Conhecer as recomendações para detecção precoce do câncer de mama na população feminina de sua microárea.			
Realizar visita domiciliar às mulheres de sua microárea orientando sobre a importância da realização dos exames e facilitando o acesso a eles.			

Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco.			
Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com o planejamento da equipe, visando à promoção da saúde, à prevenção, e ao acompanhamento das mulheres.			
Realizar visitas domiciliares às mulheres com resultados alterados, para estimular a adesão ao tratamento e fazer busca ativa das faltosas.			

### Texto 3 – O cuidado na gestação e no puerpério

As fases gestacional e puerperal são muito peculiares na vida da mulher, que vive intensos momentos de dúvidas e ansiedades. Esses períodos merecem ser tratados de forma singular e especial por todos os profissionais da ESF.

O ACS poderá fazer visitas domiciliares acolhedoras, tranquilizando as gestantes, que, às vezes, não tem estrutura familiar estável ou favorável para o cuidar da sua saúde e do bebê, tanto antes de nascer quanto após ao nascimento, especialmente no caso das adolescentes.

A identificação precoce da gravidez e o início imediato do acompanhamento no pré-natal são os primeiros passos para cuidar da saúde da gestante e do bebê.

O ideal é que a gestante inicie o pré-natal no primeiro trimestre, por isso a importância do diagnóstico da gestação e o acesso às consultas. Recomenda-se que a mulher faça no mínimo sete consultas de pré-natal durante a gestação.

O ACS tem um papel muito importante na identificação precoce da gestante, uma vez que através do contato direto com as famílias é possível orientar as mulheres sobre os sinais sugestivos de gravidez e encaminhá-las ao serviço de saúde.

Os principais sinais sugestivos de gravidez são:

- Falta de menstruação;
- Seios doloridos e aumentados;
- Enjoos, tonturas e sonolência.

Já na primeira consulta, a mulher deve receber o Cartão da Gestante, importante documento no qual a história da mulher e as consultas realizadas serão registradas, servindo como apoio e referência aos serviços de saúde e diferentes profissionais que a atenderão, inclusive no hospital maternidade ou na casa de parto.

Oriente a gestante a conservar o cartão em bom estado e sempre levá-lo consigo, principalmente quando for aos serviços de saúde. Independentemente do tipo de serviço onde a gestante esteja fazendo seu pré-natal (Unidade Básica de Saúde, com a Equipe de Saúde da Família, clínica particular ou hospital), é importante que você, sempre que possível, faça o acompanhamento e ofereça informações que forem percebidas como necessárias durante a conversa na vista domiciliar.

Veja no quadro abaixo as principais atribuições do ACS no cuidado à gestante. Lembramos que as atribuições não se limitam a esta listagem, pois você, ao conversar com a gestante, terá autonomia para identificar o que, de fato, é necessário para atender às suas necessidades.

#### Quadro 1: Principais atribuições do ACS no pré-natal

- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, monitorando as consultas subsequentes;
- Orientar a mulher e parceiro sobre a importância do pré-natal;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares, esclarecendo dúvidas e fornecendo orientações importantes à gestante sobre os cuidados básicos de saúde, nutrição e cuidados necessários durante a gravidez;
- Visitar as gestantes que estão realizando o pré-natal em outros serviços, mantendo a equipe informada sobre o estado de saúde da mulher e do bebê;

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

Fonte: BRASIL, 2012.

O período gestacional produz diversas manifestações sobre o organismo da mulher, cabendo ao profissional de saúde orientar sobre os sinais e sintomas mais comuns e como resolvê-los, estando, também, alerta para situações que podem representar risco para a saúde da mãe e do bebê.

Grande parte das queixas durante a gravidez diminui ou desaparece com a evolução da gestação, não sendo necessário o uso de remédios. Por isso, a visita domiciliar é um momento muito importante para esclarecer as dúvidas da mulher e do seu(a) parceiro(a).

No quadro abaixo podemos observar as principais queixas das mulheres em relação à sua saúde durante a gravidez e as respectivas orientações que podem ser consideradas para resolvê-las ou amenizá-las.

**Quadro 2: Queixas no período gestacional e possíveis soluções**

PRINCIPAIS QUEIXAS NO PERÍODO GESTACIONAL	ORIENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Enjoo, vômitos e tonturas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer alimentos secos, como torradas e pães pela manhã;</li> <li>• Evitar líquidos na hora das refeições;</li> <li>• Comer pequenas quantidades, de 3 em 3 horas;</li> <li>• Evitar alimentos gordurosos, doces, refrigerantes, café e alimentos temperados (exemplo: salsicha, mortadela e enlatados);</li> <li>• Beber muito líquido no intervalo das refeições, principalmente água, em caso de vômitos;</li> <li>• A última refeição do dia deve ser feita pelo menos duas horas antes de dormir.</li> </ul>

Queimação (azia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer pequenas quantidades, de 3 em 3 horas;</li> <li>• Evitar frituras;</li> <li>• Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.</li> </ul>
Salivação excessiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentação semelhante a de enjoo e vômitos;</li> <li>• Tomar muito líquido (principalmente na época de calor).</li> </ul>
Fraquezas e desmaios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar ficar parada por muito tempo na mesma posição;</li> <li>• Evitar mudanças bruscas de posição (ex.: levantar-se rapidamente);</li> <li>• Comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades;</li> <li>• Para aliviar a tontura, sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se com a barriga virada para o lado esquerdo, respirando profunda e pausadamente.</li> </ul>
Cólicas, gases e intestino preso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta rica em fibras (ex: laranja, verduras, mamão, ameixas, aveia, etc);</li> <li>• Beber mais água;</li> <li>• Evitar alimentos como: repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;</li> <li>• Fazer caminhadas.</li> </ul>
Corrimento vaginal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um aumento do corrimento é comum na gestação;</li> <li>• Avisar a equipe de saúde, caso esteja esverdeado ou com cheiro ruim ou coceira.</li> </ul>
Aumento da frequência da urina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ir ao banheiro mais vezes é comum no início e final da gestação, devido ao crescimento do útero e à compressão da bexiga;</li> <li>• Comunicar à equipe de saúde em caso de dor ao urinar e sangue na urina.</li> </ul>
Falta de ar e dificuldade para respirar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esses sintomas acontecem devido o aumento do útero ou ansiedade da gestante;</li> <li>• Procurar deitar com o lado esquerdo do corpo apoiado na cama. Essa é a forma mais adequada porque o coração fica do lado esquerdo do corpo, melhora a circulação e respiração da gestante e envia mais oxigênio e nutrientes para o bebê, que fica mais tranquilo;</li> <li>• Para ficar mais confortável, colocar um travesseiro no meio das pernas.</li> </ul>
Dor nas mamas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso constante de sutiã com boa sustentação.</li> </ul>
Dores nas costas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boa postura ao sentar-se, levantar e ao andar;</li> <li>• Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis;</li> <li>• Aplicação de compressas mornas no local;</li> </ul>

<b>Varizes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não permanecer muito tempo em pé ou sentada;</li> <li>• Repousar (20 minutos) várias vezes ao dia com as pernas elevadas;</li> <li>• Não usar roupas muito justas.</li> </ul>
<b>Câimbras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer massagens e compressas mornas no local;</li> <li>• Evitar excesso de exercícios físicos.</li> </ul>
<b>Manchas no rosto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comuns na gravidez;</li> <li>• Evitar exposição direta ao sol;</li> <li>• Usar protetor solar.</li> </ul>
<b>Estrias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• São resultados da distensão dos tecidos e não existe um método realmente eficaz de prevenção;</li> <li>• No início, são arroxeadas e, com o tempo, ficam da cor da pele;</li> <li>• Pode-se fazer massagens com óleos, porém os resultados são incertos.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2013; SES/MG, 2006.

De maneira geral, toda gestante deve fazer uso de ácido fólico e sulfato ferroso durante a gravidez, de acordo com as orientações que receber nas consultas de pré-natal.

O **ácido fólico** é uma vitamina recomendada antes mesmo da mulher engravidar, no período chamado de pré-concepção, ou seja, três meses antes da concepção. Seu uso é importante para reduzir o risco de má formação no tubo neural do feto e, também, prevenção de anemia materna.

O **sulfato ferroso** é um composto a ser utilizado de duas formas pela gestante: em dose profilática (preventiva) a partir do 5º mês de gravidez até o fim do puerpério; ou em dose terapêutica (tratamento) em casos de anemia materna em qualquer época da gestação.

O ácido fólico e sulfato ferroso podem ser obtidos, de forma gratuita, na Unidade Básica de Saúde. É necessário que você oriente a gestante sobre a importância do uso durante a gestação, conforme orientações recebidas nas consultas de pré-natal.

Em relação à **alimentação na gestação** é preciso ter um olhar mais atencioso na escolha dos alimentos. Veja, a seguir, a versão adaptada dos “Dez Passos para Alimentação Saudável para gestantes” elaborada pelo Ministério da Saúde.

### Quadro 3: Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes

1. Realizar pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba água, pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) por dia.
2. Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim. Dando preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.
3. Procurar consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
4. Comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana, pois esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas excelente para a saúde.
5. Consumir diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e de pele das aves antes da preparação, tornando esses alimentos mais saudáveis!
6. Diminuir o consumo de gorduras. Consuma, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.
7. Evitar refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia.
8. Diminuir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa. Evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.
9. Para evitar a anemia, consuma diariamente alimentos fontes de ferro como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto desses alimentos fontes de vitamina C, como: acerola, laranja, caju, limão e outros. Procure orientação de um profissional de saúde para complementar a sua ingestão de ferro.
10. Mantenha o seu ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Pratique, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2011.



Ressalte, junto à gestante e sua família, a importância de lavar em água corrente as frutas, os legumes e as verduras, além de evitar carnes cruas ou mal passadas. Essas medidas são importantes para prevenção de doenças.

Incentive-a a evitar o açúcar em excesso e utilizar temperos naturais, como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas (como) limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal.

É um mito muito comum pensar que durante a gestação a mulher precisa comer por dois. Apesar de necessitar se alimentar mais vezes ao dia, a gestante precisa estar atenta para a quantidade e qualidade da comida que ingere, a fim de evitar o ganho de peso exagerado, o que pode trazer problemas para a saúde da mãe e de seu bebê.

### Importante!

O excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, pressão alta e outros problemas circulatórios que levam a complicações na gravidez, podendo ocasionar o nascimento prematuro e, também, problemas de saúde para o bebê.

Um outro ponto que merece atenção é a **higiene bucal**. A gestante deve ser orientada a cuidar com mais atenção da higiene bucal, uma vez que as alterações hormonais da gravidez podem acarretar o aparecimento de doenças gengivais. É importante que você, além de incentivar as consultas odontológicas no pré-natal, sempre reforce as seguintes orientações:

- fazer a higiene bucal diária, sempre após a alimentação e antes de dormir;
- escovar as partes internas e externas dos dentes e a língua, massageando a gengiva com a escova (a escova deve ser macia);
- passar fio dental delicadamente, no mínimo uma vez ao dia, de preferência à noite;
- não usar palitos de dentes para não machucar a gengiva;
- trocar a escova de dente quando ela já estiver desgastada.

Sinais de alerta para encaminhamento odontológico:

- sangramento nas gengivas;
- dor e sangramento na escovação;
- feridas na língua, bochecha e lábios;
- dentes ou dentaduras quebradas ou mal adaptadas.

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

- perder líquidos ou sangue pela vagina;
- acordar com as pernas, mãos, braços e olhos inchados;
- ter febre alta;
- vomitar frequentemente;
- ter fortes dores de cabeça;
- ter contrações fortes na barriga antes do período previsto para o parto;
- perceber que a barriga parou de crescer ou cresceu abruptamente;
- perceber, no último trimestre de gestação, que o bebê não se mexeu por mais de 24 horas.

A aproximação do momento do **parto** envolve muita ansiedade, alegria, medo e outros sentimentos e sensações, tanto para a mãe, quanto para seu(a) parceiro(a). Por isso, é muito importante contar com o apoio da família e amigos para que a mulher se sinta mais segura. Por exemplo: com quem ela e o bebê contarão nos primeiros dias? Caso tenha outros filhos ainda pequenos, quem cuidará deles? A equipe da ESF estará por perto quando precisar? É muito importante que a gestante sinta-se preparada e orientada para o momento do parto e do puerpério. Ter respostas para essas questões pode tranquilizar bastante a futura mamãe!

É importante conhecer os principais **sinais do parto** para orientar à gestante quanto ao melhor momento de ir para o hospital maternidade ou casa de parto. Lembrando que é importante levar o **Cartão da Gestante** consigo, que contém todo o histórico gestacional e do pré-natal para auxiliar a equipe da maternidade a respeito de informações que são fundamentais na conduta do parto, como falamos anteriormente. Além do cartão, a gestante precisa levar também um documento de identificação, que pode ser qualquer um dos seguintes documentos: carteira de identidade ou de trabalho, certidão de casamento.

#### Quadro 4: Principais sinais de parto

Ocorrência de secreção vaginal parecida com “catarro”, de cor clara. Esse sinal acontece geralmente faltando uns 15 dias para o parto e, por isso, não necessita que a gestante dirija-se imediatamente à maternidade. Serve mais para uma referência de que o momento do parto se aproxima.

Dor nas costas que vai se estendendo para a parte de baixo da barriga, indicando que o momento do parto se aproxima.

Perda de líquido claro (parecendo água) pela vagina, o que significa o rompimento da bolsa. Nesse caso, já é importante ir para a maternidade.

Dores na barriga, que fica dura e depois relaxa (contrações do útero). Quando essas contrações acontecerem na frequência de mais de uma vez a cada 10 minutos, é momento de ir para o hospital.

As mulheres podem ter seus bebês por meio de cesárea ou parto normal.

A cesariana um tipo de parto muito comum, sendo importante em determinados casos em que a saúde do bebê ou da mãe possa estar comprometida ou ameaçada. Por ser um procedimento cirúrgico, a recuperação para a mãe é muito mais lenta e dolorosa em comparação ao parto normal. Além disso, no período pós-parto, mãe e bebê possuem maior chance de intercorrências clínicas. Portanto, apesar de representar a principal alternativa em muitos casos, é preciso que a mãe e a família sejam orientados sobre o período de recuperação da mãe (MINAS GERAIS, 2017).

O parto normal tem sido amplamente discutido e valorizado, já que respeita o tempo do bebê. Há também vantagens para a mãe, por meio de uma recuperação mais rápida. De maneira geral, para as mães, é o tipo de parto que favorece o vínculo entre mãe e filho, já que a gestante consegue participar ativamente de todo o momento da chegada do bebê.

Em algumas localidades uma prática que pode estar presente é o parto domiciliar que é um pouco menos usual, porém ainda muito presente em determinados locais, devido à cultura das pessoas e, também, tipo de acesso aos serviços de saúde.

Quanto ao parto domiciliar, é muito importante observar se em sua comunidade os partos costumam ser realizados em casa e/ou por parteiras, pois, nesses casos é necessário reconhecer as parteiras tradicionais como parceiras, respeitando suas práticas e saberes. Se uma gestante de sua área optar pelo parto em casa, é importante que a ESF seja avisada do nascimento da criança o mais breve possível, para avaliação geral da criança, da mãe, realização das vacinas, teste do pezinho e outros procedimentos.

### Atividade 3

#### Estudo de caso

Leia o caso de Ana Rosa e depois, em grupo, discuta a questão a seguir.

#### O caso de Ana Rosa\*

*Ana Rosa tem 25 anos, três filhos e o quarto morreu de desidratação há um ano e meio. Grávida pela 5ª vez, é empregada doméstica, recebendo um salário mínimo por mês e o marido está desempregado.*

*Essa gravidez está sendo diferente das outras. Está no 5º mês e tem as pernas inchadas e pesadas, tonteiras, desânimo e se cansa à toa. Resolveu procurar a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa. Chegou às 7h e esperou na fila a*

*unidade abrir. A atendente preencheu vários papéis e mandou esperar na 3ª sala à esquerda. Ana Rosa esperou por mais algum tempo ansiosa pela consulta, pois não podia chegar atrasada no serviço ou a patroa descontaria o dia. Na pré-consulta verificaram apenas sua temperatura e ela foi encaminhada para a consulta médica.*

*No consultório, o médico rapidamente pediu para Ana Rosa deitar-se na cama, ela se levantou e obedeceu, sentindo-se pouco confortável, pois achou os lençóis sujos e velhos. O médico se aproximou, apalpou e mediu a barriga, ouviu o bebê e se afastou dizendo-lhe: “Pode se levantar.” Em seguida, entregou-lhe uma receita pedindo que melhorasse a alimentação e fizesse repouso, disse ainda: “A senhora precisa fazer esses exames”.*

*Na pós-consulta a funcionária disse: “Tome esse remédio e traga, daqui a dez dias, a urina e as fezes e vá a farmácia pegar o remédio.” Ana Rosa encontrou a farmácia fechada, pois a funcionária havia saído. Após esperar por uma hora, conseguiu entregar a receita à moça que lhe respondeu: “A senhora precisa comprar o remédio, porque está em falta.”*

*Ana Rosa saiu com a receita e os papéis na mão, tentou ler, mas não compreendeu a letra do médico. Após 10 dias, Ana Rosa voltou com as fezes e a urina em vidrinhos que a vizinha aconselhou a lavar com água, sabão e passar álcool “para esterilizar”. Chegando a funcionária lhe disse: “Hoje não tem vaga para consulta médica, a senhora vai passar por um atendimento de enfermagem”; Ana Rosa disse: “Eu trouxe o cocô e o xixi” e a funcionária respondeu: “Hoje não é dia de exame, a senhora precisa voltar outro dia.” Já no 6º mês de gravidez, Ana Rosa continua do mesmo jeito. Foi orientada a continuar com o mesmo remédio e trazer o material dos exames na próxima semana. Ana Rosa perguntou o que deveria fazer com o xixi e com o cocô que trouxe e a funcionária lhe respondeu que deve jogar fora. Frustrada e decepcionada, Ana Rosa saiu da unidade e resolveu nunca mais voltar.*

*Passa-se o tempo e ela continuou com os mesmos sintomas: inchada, com dor, cansada, sem ânimo, até que chegaram as dores do parto. Procurou o hospital mais próximo tentando encontrar vaga, não conseguiu e foi orientada a procurar outro hospital. Saiu caminhando, pois não tinha dinheiro para pagar condução. Caminhou, caminhou, caminhou, sentiu a dor aumentar, um líquido escorrer pelas pernas e pediu ajuda. Foi levada por uma viatura da polícia a um hospital onde foi informada que deveria ser submetida a uma cesariana. Ana Rosa não sentia o bebê mexer. Durante a cirurgia, Ana Rosa não ouvia o bebê chorar, queria perguntar o porquê, mas não conseguia.*

Em grupo, identifique as variadas causas que contribuíram para o desfecho da história e reescreva o caso, mostrando uma proposta de atuação do ACS. Compartilhe com os outros grupos o caso reescrito.

\* Texto elaborado por Maria de Lourdes B. Diniz. Fonte: SÃO PAULO (2002).

O **período pós-parto** ou **puerperal**, também conhecido como “**período de resguardo**” compreende os primeiros 45 dias após o nascimento do bebê.

Esse período é culturalmente marcado por mitos e verdades e por muitas recomendações. Muitas delas devem ser consideradas para a saúde e bem estar da mãe e da criança, e existem aquelas que, na verdade, não possuem influências sobre a saúde.

No puerpério podem surgir intercorrências relacionadas à gravidez ou ao parto, responsáveis por muitos problemas de saúde e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções.

Desse modo, é de extrema importância que você, juntamente com a equipe de saúde, realize a visita domiciliar na primeira semana após o parto (até o 5º dia), para acompanhamento da puérpera e da criança.

#### Atividade 4

##### Cuidando de quem cuida

Assista ao vídeo sobre puerpério e em seguida, discuta com o docente e colegas os pontos abordados que você considerou mais importantes.

VÍDEO: Agentes em Ação - O resguardo: dando um tempo. Disponível em:  
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3949.mp4>>.

A **visita domiciliar**, como você já sabe, é um dos principais instrumentos de trabalho do ACS. Quando o profissional de saúde realiza a visita a uma mulher no período puerperal, exige-se uma atenção especial a ela e ao recém-nascido (RN).

Durante a visita, é importante:

- observar o estado geral da mãe, orientando sobre a necessidade de procurar imediatamente o serviço de saúde em caso de febre, sangramento vaginal exagerado, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito frequentes, mamas empedradas e doloridas;
- orientar sobre o aleitamento materno, caso não haja contraindicações;
- verificar o cartão de vacina da puérpera e, se não estiver completo, orientar sobre a necessidade de completar o esquema vacinal;

- orientar sobre as consultas de puerpério na UBS. A primeira consulta deve ocorrer entre o 7º e o 10º dia após o parto e a segunda consulta entre 30º e o 42º dia após o parto;
- verificar se os pais foram orientados quanto à licença maternidade e paternidade;
- colher dados para alimentar e finalizar o cadastro no SISPRENATAL;
- atualizar o Cadastro Familiar no E-SUS.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, o aleitamento materno exclusivo é recomendado nos primeiros seis meses de vida e complementar até os dois anos ou mais de idade. Visando manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, deve-se orientar às mães que, neste período, os suplementos (água, chás, outros leites) devem ser evitados, já que seu uso pode ocasionar desmame precoce.

A **amamentação** está associada a uma série de benefícios, tanto para a criança quanto para a mãe. Entre as principais vantagens são:

- redução da mortalidade infantil;
- redução do número de episódios de diarreia e de infecções respiratórias (bebê);
- redução do número de internações (bebê);
- redução do risco do bebê desenvolver alergias;
- melhor alimento, em termos nutricionais, para o perfeito crescimento e desenvolvimento da criança, além de ser o mais barato;
- melhor desenvolvimento da função motor-oral; ou seja, a criança que amamenta tem menos chance de apresentar problemas com a mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala;
- menor chance de engravidar (mãe);
- proteção contra o câncer de mama (mãe);
- melhora do vínculo afetivo entre mãe e bebê. Uma oportunidade ímpar de intimidade, troca de afeto, gerando sentimentos de segurança e de proteção.

Para promover, proteger e apoiar a amamentação com eficiência, o ACS, assim como os demais profissionais de saúde, deve ter habilidade no processo de comunicação com a mulher (gestante ou mãe) que recebe as informações. Algumas técnicas e atitudes podem ajudar nesse momento:

- ter empatia, ou seja, mostrar à mãe que os seus sentimentos são compreendidos e respeitados;
- aceitar os sentimentos e as opiniões da mãe, convidando-a para refletir sobre uma determinada questão ou atitude que precisa ser repensada, visando a benefícios para ela e seu bebê;
- evitar palavras que soem como julgamento, como, por exemplo, certo, errado, bem, mal, etc;
- reconhecer e elogiar as ações da mãe, o que aumenta sua confiança, encorajando-a a manter práticas saudáveis e facilitando que ela aceite sugestões;
- usar palavras de fácil entendimento para a mãe;
- fazer sugestões em vez de dar ordens.



Algumas orientações importantes para as mães em relação à amamentação:

O bebê deve mamar sempre que quiser, para evitar que o leite empedre. Por várias vezes, apalpe os seios em vários lugares, se não sentir dor é sinal que está tudo bem, mas se sentir dor é sinal que o leite começou a ficar parado aí. A mãe deve massagear as mamas e retirar um pouco de leite até ter conforto.

O bebê pode chorar não necessariamente por estar com fome, ele pode estar com frio, calor, molhado ou com cólica. É importante realizar seu acompanhamento, identificando se ele está ganhando peso.

Para evitar rachaduras nos seios, posicionar bem o bebê na hora da pega. Usar o dedo mindinho na hora de tirar o bebê do peito. Manter os mamilos (bicos) secos.

Só utilizar compressas nas mamas, se receber orientações da equipe de saúde.

Caso produza leite além do necessário para o próprio bebê, incentivar a doação do leite materno aos bancos de leite humano.

O uso da chupeta também tem sido desaconselhado pela possibilidade de interferir com o aleitamento materno. Na presença de mães com dificuldades no processo de amamentação, você deve indicar que seja feita uma avaliação com o enfermeiro ou médico da UBS.

#### **A amamentação poderá ser melhor e mais prazerosa se a mãe:**

- amamentar livremente, sem horários preestabelecidos;
- esvaziar uma mama por completo para depois oferecer a outra e deixar a criança mamar até que ela fique satisfeita. Cada bebê tem o seu próprio ritmo de mamar;
- tomar alguns cuidados para não machucar o peito na hora de colocar o bebê para mamar.
- deixar a boca do bebê bem aberta e bem na frente do mamilo. Assim, ao pegar o peito, o queixo do bebê encosta na mama, o nariz fica livre, os lábios ficam virados para fora e, muito importante, irá aparecer mais aréola (parte escura em volta do mamilo) na parte superior da boca da criança do que na parte inferior.

#### **o que pode prejudicar a amamentação:**

- dar outros leites para “complementar” o leite materno. Isso fará com que a mãe produza menos leite, além de diminuir a proteção do leite materno contra doenças;
- oferecer qualquer líquido por mamadeira. A criança pode se confundir, pois o jeito que ela suga o peito e a mamadeira é muito diferente;
- oferecer chupeta. As crianças que usam chupeta mamam por menos tempo;
- fumar, usar bebidas alcoólicas e remédios por conta própria.

### **Atividade 5**

#### **Dramatização de situação problema sobre aleitamento materno**

Em grupo, prepare uma dramatização de uma situação-problema que envolva um bebê com um mês de idade em aleitamento materno, observando:

- elementos fictícios ou situações vivenciadas;
- diversos contextos (UBS, domicílio, comunidade) e diferentes personagens (profissionais, familiares, outros);
- pontos positivos e negativos;
- finalização do atendimento e encaminhamentos.

Após as apresentações, discuta com o docente e colegas as seguintes questões, bem como aquelas que chamaram atenção durante as apresentações:

1. A dupla mãe-bebê atendidas nas UBS apresentou problemas com o aleitamento?
2. Quais os problemas aparecem com mais frequência?
3. Por que razão esses problemas acontecem?
4. Como a ESF que você atua tem incentivado o aleitamento materno das mães de seu território? Existe algum tipo de iniciativa da equipe? Quais?



### Texto 4 - Direitos sexuais e reprodutivos da mulher

Você conhece os direitos sexuais e reprodutivos da mulher? Eles são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais.

*“Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (BRASIL, 2005).*

Assim, é importante que a ESF conheça um pouco mais sobre esse assunto, abordando-o em rodas de conversa com as mulheres, e seus/suas parceiros(as) ou, ainda, nas consultas individuais. Essas questões são fundamentais na vida das pessoas, e que produzem consequências na sua saúde, bem estar e nos projetos de vida.

Ao saber mais sobre direitos sexuais e reprodutivos, espera-se que os profissionais também consigam abordar o assunto de maneira respeitosa e sem preconceito, uma vez que, frequentemente, falar sobre esse assunto envolve uma série de concepções e crenças que as pessoas costumam entender e reproduzir como certo ou errado.

Veja no quadro a seguir os principais direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

#### Quadro 5: Direitos sexuais e reprodutivos da mulher

##### Direitos sexuais

- Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a).
- Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
- Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de IST/HIV/AIDS.
- Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Fonte: BRASIL, 2005.

##### Direitos reprodutivos

- Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

##### Importante!

“O pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres depende de seu acesso a serviços de saúde de qualidade, que ofereçam meios de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e métodos contraceptivos” (OBSERVATÓRIO, 2017).

### Texto 5 - Planejamento familiar

O planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo que assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos.

Esse direito é regulamentado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e é entendido como um conjunto de ações que devem ser garantidas pelo governo, nas quais devem ser oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, quanto para prevenir uma gravidez não desejada.

A lei reconhece o direito básico de todo casal e de todo indivíduo à informação, de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, o número de filhos que se deseja conceber e a forma de programá-los, independentemente de terem ou não uma união estável ou de constituírem uma família convencional.

Nas suas visitas e conversas com as famílias no seu território, não se esqueça de abordar as mulheres e os casais sobre o desejo de ter filhos. Se a resposta for positiva, é importante orientar a procura por atendimento.

A procura por atendimento é importante para que o casal seja orientado quanto às possíveis dúvidas que tiver como, por exemplo, dificuldade de engravidar, história de abortos anteriores, queixas atuais de saúde ou histórico de doenças que podem influenciar na concepção, na gestação ou no parto. Para as mulheres, a consulta, antes mesmo de engravidar, também é importante, já que é o momento ideal para início de medicamento necessário ao bom desenvolvimento da criança durante a gestação.

Em relação à prevenção da gestação inoportuna ou não desejada, existem vários métodos disponíveis, entretanto nenhum deles constitui o método ideal. Todos eles têm vantagens e desvantagens e, portanto, é necessário conhecê-los para que a pessoa ou, preferencialmente, o casal possa optar pelo que melhor se adapta ao seu modo de vida e à sua condição de saúde.

O quadro a seguir apresenta alguns métodos contraceptivos e suas características. Vamos aprender um pouco mais sobre eles?

**Quadro 6: Resumo sobre métodos contraceptivos**

MÉTODO	COMO FUNCIONA	VANTAGENS	DESvantagens
<b>Métodos comportamentais</b>	Para serem utilizados dependem da observação das mudanças que ocorrem no corpo da mulher durante vários meses (ciclo menstrual). Ex: tabelinha, temperatura basal, muco cervical, coito interrompido e amamentação.	- Não faz mal à saúde; - Proporciona a participação do homem para evitar a gravidez; - Ensina a conhecer o corpo; - Nenhum custo.	- Não protegem contra IST's e AIDS; - Requer muita atenção, autocuidado e disciplina por parte do casal; - Baixa proteção para concepção; - Não recomendado para adolescentes e mulheres com ciclo menstrual irregular.
<b>Dispositivo intrauterino (DIU)</b>	Introduzido, pela vagina, no útero da mulher.	Método prático para evitar a gravidez.	- Não protegem contra IST's e AIDS; - Nem todas as mulheres podem usar; - Há risco de provocar aumento do sangramento menstrual; - Necessita de profissional treinado para colocação (médico) e acompanhamento.
<b>Métodos hormonais</b>	São feitos com substâncias químicas semelhantes aos hormônios do corpo da mulher. Ex: anticoncepcionais orais, injetáveis e adesivos	- É seguro para evitar a gravidez se usado corretamente; - Existem vários tipos de pílulas, injeções e adesivos; - Regulariza o ciclo menstrual e alivia as cólicas menstruais.	- Não protegem contra IST's e AIDS; - Muitas mulheres não podem utilizar (ex.: para uma mulher que tem pressão alta e é fumante, é contra indicado tomar pílula, pois aumenta o risco ter infarto ou derrame); - Alguns tipos não estão disponíveis nos serviços de saúde.

<b>Métodos de barreira</b>	Impedem que o espermatozoide consiga chegar até o óvulo. Ex: camisinha masculina e feminina, diafragma e geleias espermaticidas (produto químico que destrói os espermatozoides).	- Não faz mal à saúde; - Oferece segurança para evitar a gravidez quando utilizado corretamente; - Camisinha masculina e feminina oferecem proteção contra a AIDS e algumas IST's; - Baixo custo.	- Seu uso exige disciplina; - Muitas pessoas se queixam da perda de espontaneidade na relação sexual.
<b>Anticonceptivo de emergência (pílula do dia seguinte)</b>	Utiliza compostos hormonais concentrados e atua por curto período de tempo nos dias seguintes da relação sexual.	- Previne a gestação inoportuna ou não desejada decorrente de violência sexual ou de relação sexual eventualmente desprotegida, falha na anticoncepção de rotina; - Único método contraceptivo que pode ser utilizado pela mulher após a relação sexual.	- Não protegem contra IST's e AIDS; - Os comprimidos possuem alta concentração de hormônios e só devem ser utilizados em casos de emergência; - Podem causar efeitos colaterais; - O uso repetido ou frequente desregula o ciclo menstrual e facilita a gravidez mais do que os outros métodos.

Fonte: ESP-MG, 2012.

Em relação à camisinha masculina e feminina é importante lembrar que o seu uso, em todas as relações sexuais, também é fundamental para prevenção das infecções transmitidas sexualmente. Veremos mais sobre esse assunto na Unidade de Aprendizagem VI.

**Métodos contraceptivos definitivos: a laqueadura e a vasectomia**

A esterilização feminina e/ou masculina são considerados métodos contraceptivos definitivos. Ambas são consideradas altamente eficazes, evitando gestação entre 99 a 99,9 % dos casos, porém, não oferecem proteção para as IST/AIDS. A opção por esse tipo de cirurgia deve ser muito bem pensada e planejada, pois o processo de reversão do procedimento requer cirurgia complexa, cara e com pouca garantia de eficácia.

No quadro abaixo, seguem as especificidades de cada um dos métodos:

**Quadro 7: Métodos de esterilização feminina e masculina**

MÉTODO	COMO FUNCIONA	VANTAGENS	DESvantagens
<b>Laqueadura</b>	Cirurgia em que se bloqueia as trompas de Falópio, de modo que o espermatozoide é impedido de chegar ao óvulo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não apresenta efeitos colaterais a longo prazo;</li> <li>- Não interfere nas relações sexuais ou função sexual;</li> <li>- Não interfere na produção de hormônios pelos ovários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riscos e efeitos colaterais da cirurgia;</li> <li>- O valor dessa cirurgia é mais alto, se comparado a vasectomia;</li> <li>- Dor/desconforto de curta duração após procedimento.</li> </ul>
<b>Vasectomia</b>	Cirurgia em que se realiza um corte no canal deferente, que une internamente os testículos ao pênis. Assim, os espermatozoides não podem se mover para fora dos testículos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simplicidade do procedimento (cirurgia simples, sob anestesia local);</li> <li>- Poucas complicações;</li> <li>- Não interfere com a relação, nem com o desempenho sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não é imediatamente eficaz após a cirurgia, podem ser necessários 3 ou mais meses até que todos os espermatozoides desapareçam do canal. Enquanto isso não acontece, o casal deverá utilizar outro método anticonceptivo até que os exames de espermogramas se tornem negativos.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2009.

### Vacinação

Assim como nos demais grupos (criança, adolescente, homem e idoso), a **vacinação** é uma importante estratégia para prevenir determinadas doenças na população feminina.

*Você sabe quais são as vacinas obrigatórias em cada fase de vida da mulher?*

É importante, durante a visita domiciliar, solicitar o cartão vacinal, a fim de verificar a necessidade de orientação e/ou encaminhamento à UBS das mulheres com vacinas faltosas ou incompletas.

Os quadros abaixo apresentam o calendário vacinal da mulher de acordo com três fases de vida: adolescência, vida adulta e gestacional.

**Quadro 8: Calendário de Vacinação da mulher adolescente**

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
09 a 14 anos (meninas)	HPV quadrivalente	2 doses	Infecções pelo Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18.
11 a 19 anos	Hepatite B – a depender da situação vacinal	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT) – a depender da situação vacinal	3 doses	Difteria e tétano
	Tríplice Viral (SRC) – a depender da situação vacinal	2 doses	Sarampo, caxumba e rubéola
11 a 14 anos (meninos)	Febre Amarela – a depender da situação vacinal	1 dose	Febre Amarela
	HPV quadrivalente	2 doses	Infecções pelo Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18.
12 a 13 anos	Vacina Meningocócica C conjugada – a depender da situação vacinal	Reforço ou dose única	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.

**Quadro 9: Calendário de Vacinação da mulher adulta**

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
20 a 59 anos	Hepatite B – a depender da situação vacinal	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT) – a depender da situação vacinal	3 doses	Difteria e tétano
	Tríplice Viral (SRC) – a depender da situação vacinal	2 doses (até 29 anos) 1 dose (até 49 anos)	Sarampo, caxumba e rubéola
	Febre Amarela – a depender da situação vacinal	1 dose	Febre Amarela

**Quadro 10: Calendário de Vacinação da gestante**

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Gestantes	Hepatite B – a depender da situação vacinal	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT) e/ ou Tríplice Bacteriana Acelular (dTpa) tipo adulto – a depender da situação vacinal (OBS: dTpa pode ser administrada a partir da 20ª semana de gestação; mulheres não vacinadas na gravidez podem receber 1 dose no puerpério).	3 doses ou reforço	dT: difteria e tétano dTpa: difteria, tétano e coqueluche

**Texto 6 - Cuidado à mulher em situação de violência**

*“A violência contra mulheres constitui-se em uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física. Ela é estruturante da desigualdade de gênero” (OBSERVATÓRIO, 2017).*

A violência é um importante problema de saúde pública que atinge mulheres e homens de formas distintas. Enquanto a violência entre os homens ocorre com mais frequência nos espaços públicos e na ruas, com brigas entre desconhecidos, grande parte das violências cometidas contra as mulheres é praticada no âmbito privado, geralmente por pessoas do seu convívio diário.

*“Onde deveria existir uma relação de afeto e respeito, existe uma relação de violência, que muitas vezes é invisibilizada por estar atrelada a papéis que são culturalmente atribuídos para homens e mulheres. Tal situação torna difícil a denúncia e o relato, pois torna a mulher agredida ainda mais vulnerável à violência” (OBSERVATÓRIO, 2017).*

A violência contra a mulher corresponde a toda ação ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico ou moral à mulher. Apesar de poder ocorrer em qualquer lugar, a violência contra mulher é muito frequente dentro do próprio lar, sendo praticada por pessoas próximas à sua convivência, como maridos/esposas ou companheiros/as, sendo também praticada de diversas maneiras, desde agressões físicas até psicológicas e verbais. O estupro, os maus-tratos e o abuso entre pessoas casadas também são considerados violência contra a mulher.

As formas de violência são divididas em alguns tipos:

a) **Violência psicológica:** causar dano emocional, diminuir a autoestima, atrapalhar o pleno desenvolvimento pessoal, controlar comportamentos, crenças e decisões, ameaçar, humilhar, constranger, manipular, isolar tirando a liberdade de pensamento ou ação.

b) **Violência física:** prejudicar a integridade ou a saúde corporal como: bater, chutar, queimar, cortar, mutilar; cortar os cabelos, jogar objetos contra a mulher.

c) **Violência moral:** ofender com calúnias, insultos ou difamação – lançar opiniões contra a reputação moral, críticas mentirosas e xingamentos.

d) **Violência patrimonial:** reter, furtar, destruir parcial ou totalmente objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos.

e) **Violência sexual:** presenciar, manter ou obrigar a participar de relação sexual não desejada mediante intimidação, ameaça, ou uso da força que induza a mulher a comercializar ou a utilizar de qualquer modo, a sua sexualidade.

Um dos instrumentos mais importantes para o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres é a Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340/2006.

*Você conhece essa lei?*

*Já precisou buscar informação nela para orientar algum caso de violência contra mulher atendida em sua área de abrangência?*

A Lei Maria da Penha cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra todas as mulheres, independente de sua orientação sexual. Ela expressa, portanto, a atenção igual às mulheres lésbicas.



**Para Refletir...**

“Mulheres lésbicas e bissexuais podem sofrer diversos tipos de violência em função de sua orientação sexual, desde agressões físicas, verbais e psicológicas, até estupro corretivos (que pretendem modificar a orientação sexual da mulher).

Mulheres transexuais também se tornam alvos de preconceitos e agressões múltiplas, e ainda lidam com violências dentro de instituições, como as que ocorrem no ambiente de trabalho e nos serviços de saúde” (OBSERVATÓRIO, 2017).

Além de definir e tipificar as formas de violência contra as mulheres (física, psicológica, sexual, patrimonial e moral), a Lei Maria da Penha também prevê a criação de serviços especializados, como os que integram a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, compostos por instituições de segurança pública, justiça, saúde, e da assistência social e estabelece que qualquer pessoa pode registrar formalmente uma denúncia de violência contra a mulher, nos crimes de violência física ou sexual, e não apenas a vítima.

De acordo com a Lei Maria da Penha, as situações de violência contra a mulher podem ocorrer:

1. Na unidade doméstica: na casa onde convivem parentes ou não, incluindo pessoas que frequentam essa casa ou vivem ali como agregadas;

2. Na família: comunidade familiar formada por pessoas que são ou se consideram parentes por laços de sangue ou afinidade;

3. Nas relações íntimas de afeto: situações nas quais o agressor conviva ou tenha convivido com a mulher, independente do fato de ter vivido sob o mesmo teto, em uma mesma casa.

É importante que o ACS, e demais profissionais da ESF, conheçam a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher existente no município e Região, para acolhimento e orientações corretas e em tempo hábil à mulher vítima de violência, independente da natureza da agressão.

*Quais órgãos no seu município fazem parte dessa rede?*

*Você já precisou acionar algum deles para orientar mulher que tenha sofrido situação de violência na área de abrangência de sua equipe?*

De maneira geral, a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher possui como objetivo a proteção física e psicológica à mulher e a seus dependentes. Já em relação ao agressor ela visa, entre outras medidas, ao afastamento do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida e aos filhos.

Nos casos emergenciais, como tentativa de homicídio ou ameaça de morte, o juiz pode determinar a inclusão da mulher no cadastro de programas assistenciais dos governos federal, estadual e municipal para preservar a sua integridade física e psicológica, estendendo a manutenção do vínculo trabalhista e garantindo o afastamento do local de trabalho por até seis meses.

Por isso, é importante conhecer como a Rede está estruturada no seu município e como ela funciona, para garantir atendimento e acompanhamento às mulheres vítimas de violência assim que a agressão for percebida ou denunciada!

*Lembre-se: é fundamental que a mulher se sinta acolhida, acompanhada e protegida!*

O **assédio** também é uma violência que pode ocorrer no ambiente de trabalho, em que a mulher se sente muitas vezes intimidada, devido a este tipo de prática ser exercida principalmente por pessoas que ocupam uma posição hierárquica superior.

O **tráfico e a exploração sexual** de mulheres, meninas e jovens também representa uma forma de violência contra a mulher. Segundo o Observatório Brasil de Igualdade de Gênero (OBSERVATÓRIO, 2017), o tráfico de mulheres, envolvendo a exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, a escravidão, a servidão, a remoção de órgãos ou o casamento servil, envolve uma ampla rede de atores e ocorre tanto localmente quanto globalmente, e consiste em violação dos direitos humanos das mulheres.

**Importante!**

“O enfrentamento às múltiplas formas de violência contra as mulheres é uma importante demanda no que diz respeito a condições mais dignas e justas para as mulheres. A mulher deve possuir o direito de não sofrer agressões no espaço público ou privado, a ser respeitada em suas especificidades e a ter garantia de acesso aos serviços da rede de enfrentamento à violência contra a mulher, quando passar por situação em que sofreu algum tipo de agressão, seja ela física, moral, psicológica ou verbal”(OBSERVATÓRIO, 2017).

“É dever do Estado e uma demanda da sociedade enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres. Coibir, punir e erradicar todas as formas de violência devem ser preceitos fundamentais de um país que preze por uma sociedade justa e igualitária entre mulheres e homens”(OBSERVATÓRIO, 2017).

Falar sobre violência, principalmente para quem está sendo vítima, é muito difícil. Em muitos casos, a vítima pode, inclusive, sentir-se culpada, achando que de alguma maneira foi ela quem provocou a agressão. Além disso, nos casos de violência sexual, culpar a vítima, infelizmente, é algo muito comum na nossa sociedade. Essa questão está muito relacionada ao preconceito pelo tipo de comportamento e vestimenta da mulher, desconsiderando completamente a desigualdade e opressão de gênero que vivemos. É muito importante que os profissionais de saúde estejam atentos para essas questões e que consigam discuti-las não só com as mulheres, mas com toda a população!

### Atividade 6

#### Dialogando sobre violência contra a mulher

Para ampliar a discussão acerca da violência contra a mulher, assista ao vídeo “Ciclo de violência contra mulher”, disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=3dKGPXAJdsY>>. Acesso em 29 de nov. de 2017.

Em uma roda de conversa, discuta com docente e colegas:

Que relações você estabelece entre o Texto 6 - Cuidado à mulher em situação de violência, o vídeo assistido e as informações a seguir, disponibilizada pelo Observatório Brasil da Igualdade de Gênero?

*“Pesquisa revela que, segundo dados de 2006 a 2010 da Organização Mundial de Saúde, o Brasil está entre os dez países com maior número de homicídios femininos. Esse dado é ainda mais alarmante quando se verifica que, em mais de 90% dos casos, o homicídio contra as mulheres é cometido por homens com quem a vítima possuía uma relação afetiva, com frequência na própria residência das mulheres” (OBSERVATÓRIO, 2017).*

## ATIVIDADE DE DISPERSÃO 2

### Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher

Esta atividade de dispersão tem como objetivo reconhecer os equipamentos, serviços e/ou instituições que existem no município, ou região, e que acolhem e desenvolvem atividades de acolhimento às mulheres em situação de violência e analisar as funções e as articulações entre as instituições com o intuito de sistematizar a forma de organização e o funcionamento da rede protetiva de enfrentamento à violência contra a mulher.

Orientações para a realização da atividade:

- Identificar instituições, serviços e/ou equipamentos que existem no município ou região, que acolham e desenvolvam atividades relacionadas às mulheres em situação de violência. Os serviços não precisam, necessariamente, serem restritos à área da saúde, podendo ser incluídos instituições/serviços/equipamentos, por exemplo, relacionados à assistência social, segurança, defensoria, educação, dentre outros.
- Após o levantamento dessas instituições, o grupo deverá agendar visitas nas quais discutirá com os profissionais do local, sobre o papel da instituição na rede protetiva de enfrentamento à violência contra a mulher.
- Após as visitas e coletas das informações, faça um desenho, em formato de uma rede, que apresente todas as instituições que foram identificadas, destacando as ações desenvolvidas em cada uma delas, possibilitando uma visão abrangente de como se dá o atendimento à mulher vítima de violência no município ou região.

Socialize a produção do grupo (desenho) com a turma no próximo período de concentração.



## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.**
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero.** Manual Técnico: profissionais de saúde. Brasília, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.** 260 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.** 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.** 197 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.** 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde.** Amamenta e Alimenta Brasil: Manual de Implementação. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar: decidindo o futuro.** Windows Media Player (11 min.).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O resguardo: dando um tempo.** Windows Media Player (15 min.).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.** 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Controle do câncer de mama: documento de consenso.** Rio de Janeiro: Inca, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota informativa sobre mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2017.** Disponível em:

<<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/nota-informativa-no-384-mudancas-no-calendario-nacional-de-vacinacao-2017>>. Acesso em 20 de agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Prevenção das DST/HIV/AIDS em Comunidades Populares.** Série Manuais n. 83.1.ª edição, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade: Manual do Agente Comunitário de Saúde / Coordenação Nacional de DST e AIDS. - Brasília: Ministério da Saúde, 1998.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.**

\_\_\_\_\_. BVS APS Atenção Primária à Saúde. Telessaúde Rio Grande do Sul. **O que o Agente Comunitário de Saúde deve saber sobre aleitamento materno?** ID: sof-3350 2009. Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/o-que-o-agente-comunitario-de-saude-deve-saber-sobre-aleitamento-materno/>>. Acesso em 30 de agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de colo do útero.** Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/fatores\\_risco](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/fatores_risco)>. Acesso em 20 de agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf)>. Acesso em 11 de dezembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico.** 3ª ed. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde SPS/Ministério da Saúde; 2000.

COELHO, Suelene; PORTO, Yula Franco. **Saúde da mulher.** 2ed. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 144p.

DIAZ Maria; CABRAL, Francisco. **Relações de Gênero. Vivendo a Adolescência.** Disponível em: <<http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/genero-1>>. Acesso em 15 dez. 2017.



FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. **Práticas de enfermagem: Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido.** São Caetano do Sul, SP. Yendis Editora, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.**

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida.** 2a. ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006.

\_\_\_\_\_. **Qualificação Profissional Agente Comunitário de Saúde.** Unidade 4 - A Ação do Agente Comunitário de Saúde na Educação em Saúde, na Promoção, na Prevenção e no Monitoramento de agravos. Guia do docente. Belo Horizonte, 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica Conjunta. **Atenção à Saúde da gestante: Critérios para estratificação de risco e acompanhamento da Gestante.** Minas Gerais, agosto de 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. **Cartaz de divulgação do III Seminário de Saúde das Mulheres: O sempre é o momento ideal para cuidar da sua saúde.** 2017

\_\_\_\_\_. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Serviço Voluntário de Assistência Social (SERVAS). **Cuidando da gestante e do bebê.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2017. 60p.

OBSERVATÓRIO BRASIL DE IGUALDADE DE GÊNERO. **Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos.** Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/areas-tematicas/saude>>. Acesso em 27 nov. 2017.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica - "Prof. Alexandre Vranjac". Núcleo de Educação em Saúde. **Educação em Saúde: coletânea de técnicas.** São Paulo: CVE, 2002.v.2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA. Núcleo Interdisciplinas de Estudos de Gênero. **Agentes de enfrentamento da violência contra a mulher: informações.** Viçosa: UFV/NIEG, 2014. 21p.

\_\_\_\_\_. Núcleo Interdisciplinas de Estudos de Gênero. **Programa formação e capacitação de agentes comunitárias para o enfrentamento da violência contra a mulher.** Viçosa: UFV/NIEG, 2014. 36p.

WERNER, David. **Onde Não Há Médico.** Coleção Saúde e Comunidade. 20ª edição ampliada. São Paulo: Paulus, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer Control: knowledge into action: who guide for effective programmes: early detection.** Switzerland: WHO, 2007.

## O Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde do homem

Já vimos que existem diferenças nas formas de morrer e adoecer entre os homens e as mulheres. Você sabia que os homens morrem mais cedo, principalmente por acidentes e violências? E que possuem um risco maior para doenças cardiovasculares? Mesmo vivendo menos do que as mulheres (em torno de 7 anos), os homens procuram menos o serviço de saúde para cuidar de si, o que poderia até prolongar a expectativa de vida.

Este é um grande desafio dos serviços de saúde, que devem ampliar o acesso e as estratégias para o cuidado à saúde dos homens. Você, ACS possui um papel importante neste cuidado! Vamos falar um pouco sobre este assunto?

### Dinâmica 1 - Problematizando campanhas educativas sobre Saúde do Homem

A saúde do homem é hoje tema de muitas campanhas elaboradas pelo Ministério da Saúde, estados ou municípios. Para discutirmos alguns aspectos relacionados à saúde do homem, convidamos você para analisar as peças publicitárias abaixo.



Em grupo, discuta com seus colegas estes dois cartazes, considerando as seguintes questões:

- O que mais chamou a atenção de vocês nos cartazes?
- Que recomendações ou orientações estão expressas?
- Considerando as imagens, como o homem é percebido em cada um dos materiais?
- Que sentidos estão relacionados com a saúde do homem?



### Texto 1 - Promoção da saúde do homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi lançada em 2009, pelo Ministério da Saúde (MS). Ela tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde desta população.

A PNAISH é desenvolvida a partir de cinco eixos temáticos: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Prevenção de Violência e Acidentes e Doenças prevalentes na população masculina. A seguir, será detalhado cada um deles.

#### Acesso e Acolhimento

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

- Manter o cadastro atualizado da população masculina do território, através das fichas do e-SUS AB;
- Efetuar uma busca ativa de homens para a realização de pelo menos uma consulta por ano;
- Utilizar estratégias que possam destacar ações voltadas à população masculina (cartazes, folders, mutirão de divulgação);
- Criar rodas de conversas com os homens da comunidade, buscando estimular que eles falem de seus problemas em potenciais, de como se relacionam com saúde, doença e vida, criando um ambiente de acolhimento, afetividade e promoção da saúde;
- Aproveitar as situações em que o homem chega à UBS como acompanhante, na sala de espera ou mesmo do lado de fora da UBS, para abordá-lo sobre seus cuidados com a saúde, informando as atividades que a UBS oferece;
- Aproveitar as visitas domiciliares para aprofundar questões acerca da saúde, fazendo perguntas diretamente a ele;
- Realizar ações de educação em saúde nos locais que os homens costumam frequentar (espaços com grande contingentes masculinos): canteiro de obras, bares, campos de futebol, clubes de dança regional, salões de jogos, etc.

- Utilizar rádios comunitárias, jornal, circular do conselho local de saúde, entre outros, para informar a população sobre a saúde do homem e sobre as ações da UBS;
- Verificar se a carteira de vacinação está em dia e estimular o homem a comparecer nas ações de imunização;
- Convidar os homens para ações e para atividades educativas voltadas para o planejamento reprodutivo;
- Estimular a participação paterna no pré-natal, no parto, no puerpério e no crescimento e no desenvolvimento da criança a partir de rodas de conversa sobre as expectativas, desejos e dificuldades vivenciadas pelos homens;
- Ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina, buscando parcerias com outros profissionais e serviços para a realização dessas ações (saúde, assistência social, segurança pública);
- Estimular os homens a serem protagonistas de sua história, cuidando de sua saúde e participando ativamente dos espaços de participação e de controle social da comunidade.

Fonte: BRASIL, 2016.

#### Saúde sexual e reprodutiva

A atenção à saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica. Deve ser ofertada observando-se, como princípio, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, fundamentais para a qualidade de vida e de saúde das pessoas, por meio de uma abordagem integral e da promoção dos direitos humanos.

#### Para Refletir...



“O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, **aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos** são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual. Para que exista a igualdade de direitos, é preciso respeito às diferenças. Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos” (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, saúde sexual e reprodutiva estão relacionadas ao direito do homem de expressar sua orientação sexual, desejo de planejar, ou não, a constituição de uma família ou entidade familiar.

Para entender melhor, apresentamos a seguir a definição do Ministério da Saúde (2016) para esses dois direitos inerentes à população masculina:

**Direitos Sexuais:** direitos que asseguram ao indivíduo liberdade e autonomia em suas escolhas sexuais, assim como para exercer sua orientação sexual sem sofrer discriminações ou violência, em relações consentidas entre adultos.

**Direitos Reprodutivos:** direitos que asseguram a autonomia nas escolhas reprodutivas, como decidir sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de filhos e de intervalo entre os nascimentos; o direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e da sexualidade; e o direito de ter controle sobre o próprio corpo.

Como trabalhadores do SUS, envolvidos com o cuidado à saúde da população, devemos conhecer e saber informar às pessoas sobre esses direitos, respeitando sempre suas escolhas e desejos.

A autonomia na decisão sobre ter ou não filhos e a livre expressão da orientação sexual são muito importantes para que as pessoas sintam-se respeitadas, não adoeçam e vivam uma vida com mais qualidade.

A ESF tem o dever de acolher todas as pessoas do seu território, sem discriminação de nenhuma ordem, no intuito de promover o direito à saúde e os princípios do SUS - universalidade, integralidade e equidade.

### **Importante!**

Homens também são responsáveis pela escolha do melhor momento para ter filhos e pela decisão de não tê-los. Para isso, o ACS deve estimular que pensem sobre o assunto, que conversem com suas parceiras e que participem na tomada de decisão sobre constituir uma família (BRASIL, 2016).

É importante que os serviços de saúde se tornem um ambiente em que os homens possam se perceber como sujeitos de cuidados e onde possam falar sobre suas escolhas, práticas e relações.

## **Paternidade e cuidado**

De acordo com a PNAISH, paternidade e cuidado abrangem o envolvimento ativo do homem em todo o processo de gestação, pré-parto, parto, puerpério e cuidados com a criança. O envolvimento nesses momentos é importante para contribuir na criação de vínculos familiares mais fortes e saudáveis.

### **Você Sabia?**

De acordo com Constituição Federal de 1988, os pais têm direito a 5 dias de licença paternidade. Porém, em alguns estados e cidades do país, a licença paternidade foi discutida e estendida.

Em 2016, foi sancionada **Lei n. 13.257**, que dispõe sobre políticas públicas para a primeira infância. Entre os assuntos tratados, **no artigo 38**, a lei propõe a ampliação da licença paternidade para 20 dias. Entretanto, essa ampliação não é uma obrigação para todas as empresas, incluindo, atualmente, apenas aquelas cadastradas no Programa Empresa Cidadã.

Você pode incentivar o envolvimento do homem nas questões relativas à paternidade e ao cuidado, por meios de algumas ações, como:

- Estimular a participação ativa do homem nas consultas de pré-natal;
- Estimular a participação também no momento do parto e no período do puerpério (até 8 semanas após o parto);
- Convidar para participar das atividades educativas durante o pré-natal;
- Orientar quanto ao direito à licença-paternidade;
- Estimular o envolvimento no processo de amamentação, orientando sobre a importância de apoiar a parceira para o aleitamento materno exclusivo;
- Orientar sobre a importância do apoio nas tarefas domésticas e cuidados com a criança, dividindo assim o trabalho com a parceira.

Outra questão muito importante é que você e a equipe da ESF precisam estar atentos para aproveitar os momentos em que o homem acompanha a parceira nas consultas na UBS, reconhecendo como uma oportunidade de acolhimento, abordagem e realização de ações como, por exemplo:

- Orientação e realização de exames de rotina e de testes rápidos;
- Encaminhamento para consultas, sempre que necessário;
- Orientação e encaminhamento para o cuidado com a saúde bucal;
- Verificação da situação vacinal e, se preciso, atualização das vacinas;

- Planejamento de momentos destinados ao público masculino nas atividades educativas, discutindo temas de importância e prevalência entre a população masculina.

### Prevenção de violência e acidentes

No Brasil e no mundo, a violência é considerada como um grande problema social e de saúde pública, devido ao alto número de adoecimentos, incapacidades e mortes que ela causa, com consequências físicas e psicológicas para a saúde e bem-estar não apenas da pessoa diretamente envolvida, mas também para a sua família (BRASIL, 2009; 2016).

Entre a população masculina, os tipos de violência que ocorrem com mais frequência são as agressões físicas, os acidentes com armas de fogo e os de trânsito (acidentes de carro, moto, atropelamentos).

Se formos separar os homens por faixa etária, entre os mais jovens (20 a 24 anos), os tipos de violência mais comuns são os homicídios (em 1º lugar) e os acidentes de trânsito (em 2º lugar). Também entre os homens mais jovens, há um outro tipo de violência que, apesar de menos frequente, também é preocupante, o **suicídio**, classificado como violência autoinfligida, ou seja, aquela provocada pelo próprio indivíduo (BRASIL, 2009).

Na faixa etária entre os 25 e 44 anos predominam, na população masculina, as agressões físicas e, a partir dos 45 anos, predominam os acidentes de trânsito como principal causa de óbitos por violência (BRASIL, 2009).

As situações de violência envolvendo os homens possuem maior visibilidade por ocorrer nos espaços públicos e não ter um caráter tão velado e silencioso como a maioria das situações de violência contra as mulheres, crianças e idosos. São mais fáceis de identificar, pois são elas as responsáveis pela maioria dos registros de internações hospitalares e óbitos por causas externas (BRASIL, 2009).

#### Para Refletir...

Os homens são os principais envolvidos nos acidentes e mortes no trânsito. Eles representam, ainda, quase 80% das mortes por suicídio e morrem mais do que as mulheres em decorrência do uso abusivo de álcool, cigarro e outras drogas...

O que pode justificar esse predomínio na população masculina? Será que os homens são naturalmente/biologicamente mais violentos? Quais outras questões podem explicar essas diferenças?

É importante ressaltar que os episódios de violência frequentemente estão vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas ilícitas e acesso a armas de fogo e armas brancas (materiais capazes de causar lesão, como, por exemplo, facas), demonstrando ser um problema complexo de se resolver (BRASIL, 2009, 2016).

Para se ter uma ideia, os jovens negros (pretos e pardos) que moram em áreas pobres das grandes cidades são a grande maioria das vítimas de homicídios (75%), demonstrando o lado social perverso da violência (BRASIL, 2016).

Assim, diferente do que muitos pensam, a solução para a violência não é apenas polícia e justiça, já que envolve fatores como gênero, raça, renda, cultura, entre outros. Por isso, é preciso desenvolver uma abordagem mais atenciosa e compartilhada entre saúde, assistência social, segurança e sociedade para a discussão e o enfrentamento da violência.

Olhando especificamente para a ESF, você, ACS, não deve ser o único responsável pela identificação de casos de violência no território. No entanto, é preciso reconhecer e valorizar seu trabalho como de grande importância para a rede mais ampla que deve ser construída em torno do tema do enfrentamento e da prevenção às violências, devido, principalmente, ao contato direto e constante com a população e reconhecimento da realidade local, o que o coloca em um lugar privilegiado para detectar situações de violência nas famílias sob sua responsabilidade.

Em relação ao cuidado à população masculina, algumas doenças possuem prevalência nesse grupo e, por isso, vamos apresentá-las adiante.

### Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

DCNT correspondem a um grupo de doenças de instalação lenta e silenciosa no organismo, sem a manifestação de sintomas que sejam fáceis de se perceber no seu início. As doenças desse grupo geralmente não têm cura, uma vez que as lesões delas decorrentes são irreversíveis, levando a complicações com graus variados de incapacidade ou, até mesmo, morte. As DCNT mais comuns são: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, derrame ou acidente cerebrovascular, diversos tipos de câncer, diabetes, enfisema, bronquite crônica e obesidade.

Quando comparamos com a população feminina, o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dessas doenças na população masculina costuma ser um pouco mais difícil. Primeiro, como já abordado no início desse texto, pelo fato de que os homens não costumam frequentar os serviços de saúde com a mesma frequência que mulheres e crianças, por exemplo. Somado a isso, como muitas DCNT são assintomáticas, ou seja, a pessoa não se sente doente, aparentemente, não existe problema nem mesmo motivos que justifiquem a procura pelo atendimento na UBS.





## Doenças do Aparelho Reprodutor Masculino

Essas doenças estão relacionadas ao aparelho reprodutor masculino (pênis, testículos, próstata) e ao trato urinário (uretra, bexiga, ureter e rins). Nesse grupo, o mais importante para o ACS é saber os sintomas para orientar a procurar por atendimento na UBS o quanto antes. Os sintomas mais frequentes são (BRASIL, 2016):

- dor ao urinar;
- incontinência (não consegue controlar a urina);
- alteração na frequência do ato de urinar (ida mais ou menos vezes ao banheiro);
- necessidade de acordar à noite para urinar;
- alteração na cor da urina;
- coceira, jato de urina fraco;
- sensação de não ter esvaziado completamente a bexiga;
- bolhas, verrugas e caroços.

### Câncer de Próstata

O câncer de próstata é o segundo tipo mais incidente entre homens no mundo. No Brasil, é o principal tipo de câncer entre os homens e o segundo tipo que causa mais mortes na população em geral.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2003), idade maior ou igual a 50 anos e história familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade, são os principais fatores de risco associados a esse tipo de câncer.

Os sintomas mais frequentes são (INCA, 2003):

- dificuldades no ato de urinar;
- urinar várias vezes à noite;
- dor para urinar.

#### **Importante!**

O Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de não adoção do rastreamento populacional de câncer da próstata e sim da detecção precoce.

A detecção precoce deve ser realizada em homens que apresentem sintomas relacionados ao sistema urológico e/ou histórico familiar.

A equipe de saúde deve explicar todos os detalhes do exame ao paciente de maneira clara, esclarecendo todas as suas dúvidas.

*E qual a diferença entre rastreamento e detecção precoce?*

### RASTREAMENTO X DETECÇÃO PRECOCE

**RASTREAMENTO:** Aplicação de exames em indivíduos saudáveis, sem sinais ou sintomas da doença, com o objetivo de detectar a doença em fase pré-clínica.

**DETECÇÃO PRECOCE:** Destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença, pois, quanto mais cedo diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida do paciente, além de mais favoráveis à relação efetividade/custo.

Embora possa atingir os mais jovens, o câncer de pênis é mais comum entre homens a partir dos 50 anos.

Existem muitos fatores que podem estar relacionados a ocorrência desse tipo de câncer, entre eles, história de infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) e também de fimose.

### O que é fimose?

Fimose é a incapacidade de retrair a pele para expor a glândula, que é a ponta do pênis. Após o nascimento, é comum que os bebês tenham esse tipo de problema, mas até os 3 anos de idade a pele do pênis costuma se soltar espontaneamente, passando a funcionar de maneira normal. Os sintomas da fimose são: dificuldade ao urinar, com dor e ardor; dor durante a ereção; secreções no pênis, com mau cheiro; dificuldade em controlar a vontade de urinar durante a noite; sangramento.

Além disso, baixas condições socioeconômicas também podem favorecer a ocorrência da doença: baixa renda familiar, hábitos inadequados de higiene e baixa escolaridade, podem influenciar nas condições de higiene corporal. Por fim, a resistência dos homens em procurar a assistência médica, principalmente nos casos que não apresentam sintomas (BRASIL, 2016).

Apesar desse assunto ser delicado, é preciso abordá-lo, sempre que possível, nos momentos de orientação de grupo ou individualmente, nas visitas domiciliares: higiene diária, com água e sabão; uso de preservativos nas relações sexuais e, se necessário, cirurgia de fimose (BRASIL, 2016).



As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) também representam um importante problema de saúde pública entre a população masculina. Porém, por se tratar de um assunto que também afeta, além dos homens, adolescentes, mulheres e idosos, abordaremos as IST's em uma temática separada.

### Atividade 1

#### Dialogando sobre a Saúde do Homem: percepções e desafios no cotidiano de trabalho das equipes de AB/APS

Retome as atividades realizadas na unidade 2 lembrando o tema território e o processo saúde-doença. Nessas atividades, você identificou características que contribuem para o processo saúde-doença da população de sua área de abrangência, discutiu sobre determinantes sociais em saúde e refletiu sobre os principais problemas que a população de sua área de abrangência enfrenta.

Agora, vamos pensar especialmente na população masculina dessa localidade. A partir das questões abaixo, reflita e discuta com os colegas:

- Como vivem os homens do território em que você atua? Com que trabalham?
- De que adoecem? Quais são as principais questões que influenciam sua saúde?
- Quais são as ações de saúde desenvolvidas na UBS para a população masculina?
- Como é a participação dos homens nas ações desenvolvidas em sua unidade de saúde?
- Como é a sua atuação junto a esse público? Que ações de cuidado à saúde do homem você desenvolve? E você, ACS do sexo masculino: como cuida da sua saúde?

### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1944**, de 27 de agosto de 2009. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.257**, de março de 2016. Dispõe sobre as Políticas Públicas para a Primeira Infância.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 28 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Perfil da Situação de Saúde do Homem no Brasil. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro: 2016.

HERRMANN, Angelita; SAMPAIO, Cicero Ayrton Brito; CHAKORA, Eduardo Schwarz; MORAES, Élide Maria Rodrigues de; SILVA, Francisco Norberto Moreira da; COUTINHO, Julianna Godinho Dale. **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. 67 p.: il.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Normas e Recomendações do INCA Prevenção do câncer da próstata**. Revista Brasileira de Cancerologia, 2003, 49(4): 204. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_49/v04/pdf/norma2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/norma2.pdf)>. Acesso em 10 jul. 2017.

## Atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção à saúde do idoso



Fonte: BRASIL, 2009

Os objetivos deste tema são compreender e discutir a atuação do ACS na abordagem à saúde do idoso e promover uma discussão crítica e atual sobre a saúde da pessoa idosa, reconhecendo a importância do ACS no cuidado as pessoas que estão nessa fase de vida. Para tanto, discutiremos alguns temas que consideramos essenciais para sua atuação:

- O processo de envelhecimento;
- Problemas que afetam a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa;
- Medicamentos e calendário de vacinação do idoso;
- Preconceito e discriminação contra a pessoa idosa;
- Violência contra a pessoa idosa;
- Direitos da pessoa idosa.

Para o desenvolvimento das práticas de cuidado e a compreensão das necessidades e problemas de saúde que influenciam a saúde e qualidade de vida dos idosos, é fundamental que a eSF desenvolva uma prática multidimensional, incluindo fatores individuais, sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos.

É importante salientar que esse reconhecimento da população idosa no território deve ultrapassar o sentido de “identificação do idoso” para fins epidemiológicos e de planejamento de ações coletivas. Reconhecer significa considerar o idoso em sua singularidade, em suas relações, estabelecidas, de modo especial, com seus familiares; compreender suas necessidades; construir vínculo e se (co)responsabilizar pelo cuidado à saúde.

Para que você possa apoiar, de fato, o cuidado ao idoso, é necessário um mergulho em seu universo. Vamos compreender melhor o processo de envelhecimento e seus sentidos?

### Dinâmica nº 1 – Refletindo sobre o envelhecer

Esta dinâmica tem o objetivo de provocar reflexões à respeito das particularidades inerentes à fase idosa da vida.

Ouçã a música, prestando atenção na letra e refletindo sobre as particularidades próprias desta fase da vida. Em uma roda, converse com o docente e colegas sobre as seguintes questões:

1. Para você, o que é envelhecer?
2. Como você se enxerga na velhice?
3. Qual parte da letra da música, você mais gostou? Por que?

### Envelhecer

A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer  
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer  
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer  
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer

Não quero morrer pois quero ver  
Como será que deve ser envelhecer  
Eu quero é viver pra ver qual é  
E dizer venha pra o que vai acontecer

Eu quero que o tapete voe  
No meio da sala de estar  
Eu quero que a panela de pressão pressione  
E que a pia comece a pingar  
Eu quero que a sirene soe  
E me faça levantar do sofá  
Eu quero pôr Rita Pavone  
No ringtone do meu celular  
Eu quero estar no meio do ciclone  
Pra poder aproveitar  
E quando eu esquecer meu próprio nome  
Que me chamem de velho gagá

Pois ser eternamente adolescente nada é mais demodé  
Com uns ralos fios de cabelo sobre a testa que não para de crescer  
Não sei por que essa gente vira a cara pro presente e esquece de aprender

Que felizmente ou infelizmente sempre o tempo vai correr

Não quero morrer pois quero ver  
Como será que deve ser envelhecer  
Eu quero é viver pra ver qual é  
E dizer venha pra o que vai acontecer

Eu quero que o tapete voe  
No meio da sala de estar  
Eu quero que a panela de pressão pressione  
E que a pia comece a pingar  
Eu quero que a sirene soe  
E me faça levantar do sofá  
Eu quero pôr Rita Pavone  
No ringtone do meu celular  
Eu quero estar no meio do ciclone  
Pra poder aproveitar  
E quando eu esquecer meu próprio nome  
Que me chamem de velho gagá.

(Arnaldo Antunes)

### Texto 1 - O que é envelhecer?<sup>1</sup>

A velhice pode ser compreendida sob diversos aspectos. Do ponto de vista cronológico ela é expressa pela passagem do tempo. Do ponto de vista biológico, expressa-se na alteração no organismo humano decorrente de desgaste natural, e vai gerando, gradativamente, a perda de funções.

*O envelhecimento do ponto de vista cronológico é um fato, mas você acha que envelhecer é um problema ou uma conquista? Podemos responder a esta pergunta com outra pergunta: “viver é bom?”*

Se, na medida em que vivemos, conseqüentemente, envelhecemos, então envelhecer parece muito bom. Apesar disso, atualmente vivemos, constantemente, negando a velhice, de muitas formas. Se muitos povos antigos – e, ainda hoje, culturas não ocidentais, como os indígenas e alguns povos asiáticos, como chineses e japoneses – reverenciavam seus anciãos e a eles recorriam para tomar decisões, buscar conselhos, manter vivas histórias e tradições, a sociedade capitalista ocidental busca, a todo custo, manter uma aparência de juventude.

<sup>1</sup> Texto adaptado de BRETAN, M. E. A. N. Direitos Humanos e Cidadania: Proteção, Promoção e Reparação dos Direitos da Pessoa Idosa. Belo Horizonte: Marginália Comunicação, 2016. (Coleção Cadernos de Direitos Humanos: Cadernos Pedagógicos da Escola de Formação em Direitos Humanos de Minas Gerais, V.06).

É verdade que o processo de envelhecimento traz consigo, em maior ou menor escala, perdas, limitações, sofrimentos, diminuição da autonomia e independência. No entanto, a velhice traz, também, uma série de conquistas como a serenidade, o autoconhecimento, a possibilidade de maior tempo para lazer e família, proporcionada pelos anos vividos ao longo da vida.

Assim, associar a velhice à inutilidade, é um erro. Essa associação é baseada em ideias capitalistas de valorização da pessoa pela sua produção e seus ganhos financeiros. Assim, consideram os mais velhos inúteis por não estarem mais inseridos no mercado de trabalho e viverem pelos recursos da aposentadoria.

De fato, “na ordem natural das coisas”, quem envelhece está mais perto da morte. Lembremos, porém, que não são apenas os velhos que morrem. É fato que os mais velhos precisam se adequar a um novo ritmo de vida, devido às mudanças físicas e biológicas advindas do passar do tempo, não conseguindo manter o mesmo ritmo de vida dos jovens.

Para que a velhice seja bem vivida, é fundamental aceitar essa nova fase da vida, bem como as limitações e mudanças dela advindas. Independente da idade, as pessoas têm capacidade de manter uma vida social prazerosa, atividade física e intelectual, o que permite um envelhecer exitoso, com qualidade e reduz a vulnerabilidade da pessoa idosa. Trata-se de uma opção: o idoso pode aceitar essa nova fase de sua vida e vivê-la, ou “morrer precocemente” ainda em vida, o que lhe será muito prejudicial, pois é, junto com a infância e adolescência, uma das fases da vida em que as pessoas gozam de mais tempo livre.

É necessário que o ACS esteja atento sobre as possíveis mudanças advindas do processo de envelhecimento, tentando identificar quais fatores estão impactando nas atividades de vida diária, na autonomia e independência dos idosos.

Você sabe o que são atividades de vida diária (AVD) e atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)? Um olhar cuidadoso para essas atividades permite identificar entre outros, o grau de dependência/independência do idoso em relação ao desenvolvimento das atividades.

As **atividades de vida diária**, conhecidas pela sigla AVD, são caracterizadas pela capacidade do idoso de exercer o autocuidado e atender às necessidades básicas diárias, tais como: alimentar-se sozinho, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar o toalete.

As **atividades Instrumentais de Vida Diária** (AIVD) são as atividades relacionadas à participação no meio social e indicam a capacidade de levar uma vida independente na comunidade: utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, utilizar telefone, preparar refeição, entre outras.



**Importante!**

Caso você observe dificuldades do idoso para realização de uma ou mais AVD e/ou AVDI, deverá informar aos profissionais da equipe, com vistas ao desenvolvimento de iniciativas que contribuem para o desenvolvimento da autonomia do idoso.

Para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, algumas medidas podem ser adotadas, como: modificações no ambiente físico e social; mudanças em determinados comportamentos e estilos de vida; utilização de equipamento especial – prótese, muleta, andador, entre outros.

Com o processo de envelhecimento, as alterações anatômicas são as mais visíveis, como por exemplo, a pele que resseca e torna-se mais quebradiça, o embranquecimento e aumento da queda dos cabelos, o enfraquecimento do tônus muscular, responsável por mudança na postura e também nos modos de caminhar do idoso, diminuição da audição e da visão, a diminuição da capacidade de adaptação a ambientes escuros, prejuízo da memória de curto prazo, diminuição da eficiência do sistema cardiovascular, entre vários outros.

*Você já observou que muitos idosos possuem cifose<sup>2</sup> na coluna torácica e aumento de flexão do joelho ao caminhar?*

No quadro 1, podemos observar exemplos de mudanças anatômicas e fisiológicas que podem ocorrer no corpo, no processo de envelhecimento:

**Quadro 1**

Sistema	Alterações anatômicas e fisiológicas
Sistema nervoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>maior tempo de reação a algum estímulo sensitivo (sentidos ou às sensações);</li> <li>diminuição no equilíbrio e na coordenação motora;</li> <li>movimentos ficam mais lentos;</li> <li>redução da capacidade de memorização.</li> </ul>
Sistema cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>diminuição da reserva funcional do coração e da circulação, ocasionando diminuição da frequência cardíaca de repouso (número de batimentos cardíacos por minuto);</li> <li>rápido aumento da frequência cardíaca de esforço (durante atividades físicas);</li> <li>diminuição da circulação sanguínea nas pernas quando permanecem muito tempo deitados, podendo ocasionar trombose em algumas situações e em outras, tonteira, ao tentar levantar-se.</li> </ul>

<sup>2</sup> Cifose: termo médico para descrever uma curva da coluna vertebral quando olhamos a coluna de perfil. Todos nós temos uma curvatura em "cifose" na coluna vertebral na região torácica. Essa cifose chamada de "fisiológica" ou "normal" varia entre os indivíduos, mas deve ficar entre 20 e 45 graus.

**Sistema osteoarticular**

- maior vulnerabilidade a fratura nos ossos;
- postura curvada;
- diminuição de flexibilidade;
- diminuição da estabilidade das articulações;
- deformação do tecido ósseo das articulações;
- aumento das dores e de estalidos nas articulações.

**Sistema muscular**

- diminuição do tamanho dos músculos;
- perda da firmeza muscular;
- redução do controle e rapidez dos movimentos;
- diminuição da flexibilidade muscular e da força muscular;
- dificuldades na digestão e no controle da bexiga e do intestino (musculatura lisa).

**Sistema respiratório**

- diminuição da elasticidade pulmonar, o que leva a respirações menos profundas e mais curtas;
- respiração mais acelerada e respiração ofegante;
- aumento da fadiga;
- maior propensão às infecções pulmonares.

**Aparelho digestivo**

- perda do apetite;
- sentimento de desconforto durante ou após as refeições, com dificuldades na mastigação, na deglutição, azia mais frequente;
- arrotos ou passagens de gases mais frequentes;
- aumento da incidência de diarreia ou constipação intestinal e menor controle da evacuação;
- diminuição da quantidade de produção de secreção ácida no estômago e dos movimentos gastrointestinais, tornando o esvaziamento gástrico mais lento;
- diminuição do fluxo sanguíneo, o que leva um retardo na absorção dos medicamentos.

**Sistema tegumentar (pele)**

- rugos e palidez da pele;
- a pele fica mais fina e sensível, apresentando menor resistência à exposição ao sol e ao aparecimento de equimoses (manchas roxas);
- redução do controle da temperatura corporal.



A seguir, vamos detalhar os problemas mais comuns que afetam a saúde e a qualidade de vida dos idosos.

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

#### Imobilidade

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

Entre as consequências da imobilidade, destacam-se:

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

#### Acuidade Auditiva (Audição)

É comum observarmos o declínio da audição, acompanhado de diminuição na compreensão de fala por parte do idoso, dificultando sua comunicação com outras pessoas.

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

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

#### Acuidade visual (visão)

Com o processo de envelhecimento, há uma redução natural da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit do campo visual e doenças de retina. Cerca de 90% dos idosos necessitam de uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente.

Ao realizar visita domiciliar, é importante que você pergunte ao idoso se ele possui dificuldade para ler, assistir televisão, dirigir ou executar outras atividades da vida cotidiana.

#### Atenção!



Quando o idoso relatar alguma dessas dificuldades (imobilidade, acuidade auditiva e visual, etc.), você deve orientá-lo a procurar a equipe de saúde para ser avaliado. **Lembre-se de fazer essa anotação na caderneta do idoso, pois, são informações que ajudarão o médico durante a consulta.**

#### Quedas

A ocorrência de queda em idosos é um grave problema de Saúde Pública. Cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e, em instituições de cuidado do idoso (asilo, casa de repouso), esse número é duas vezes maior.

#### Saiba Mais:



A maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas ocorrem em escadas sendo que descê-las apresenta maior risco que subi-las (Ministério da Saúde, 2007).

É fundamental conhecer os **principais fatores (intrínsecos e extrínsecos)** e situações de risco relacionadas às quedas de pessoas idosas para que possamos intervir.

Os fatores extrínsecos estão relacionados ao meio ambiente; os intrínsecos estão relacionados aos comportamentos e às atividades desenvolvidas pelos idosos, às reações adversas de medicamentos em uso e também a fatores decorrentes de alterações fisiológicas que ocorrem com o próprio envelhecimento.

### Quadro 2: Exemplos de fatores intrínsecos relacionados à ocorrência de queda do idoso

Idosos com mais de 80 anos
Problemas visuais e auditivos
Fraqueza dos Membros Superiores e Membros Inferiores
Equilíbrio diminuído
Osteoartrose/artrose (doença das articulações)
Alteração e instabilidade postural/Hipotensão ortostática (ocorre uma queda súbita da pressão arterial quando a pessoa se levanta de uma posição sentada ou deitada)
Tempo de reação/velocidade para realizar uma tarefa
Baixa capacidade para atividades físicas
Marcha lenta e com passos curtos
Tontura/Vertigem
Alterações cognitivas (relacionada com o processo de aquisição de conhecimento (cognição)/aprendizagem)
Doença de Parkinson
Lesão no Sistema Nervoso Central (SNC)
Síncope (perda momentânea de consciência e de força nos músculos)
Quadro depressivo
Quedas anteriores
Polifarmácia (uso de vários medicamentos simultaneamente)
Uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos
Imobilidade

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2009

### Quadro 3: Exemplos de fatores extrínsecos relacionados à ocorrência de queda do idoso:

Pisos com superfícies polidas, úmida, enceradas ou irregulares.
Tapetes soltos e desfiados que podem deslizar ou causar tropeços.
Obstáculos no chão: fios elétricos, brinquedos, animais domésticos, mesas pequenas.
Iluminação deficiente: seja pela fraca intensidade, pela variedade de intensidade de iluminação ou pela presença de lâmpadas desprotegidas, causando reflexos que causam dificuldade visual naqueles em que as pupilas já não fecham adequadamente.
Ambientes monocromáticos: ambiente com vários tons de uma mesma cor ou cores parecidas (pintura das paredes, mobiliário, tapete, etc.) pode colocar um idoso em risco permanente de quedas. O idoso que já possui uma redução da discriminação das cores, da visão periférica, da visão de profundidade e da acomodação visual possui um alto risco de quedas em um ambiente com estas características.
Cama de altura inadequada: muito baixa ou muito alta (como por exemplo, as camas hospitalares padrão).
Móveis frágeis: principalmente quando estão localizados em pontos estratégicos, onde o idoso possa ter necessidade de apoio, como em corredores.
Cadeiras baixas e sem braços: o idoso que já possui uma fraqueza muscular, principalmente dos músculos da coxa, pode sentir maior dificuldade de levantar-se de uma cadeira baixa ou sem braços de apoio.
Escadas com corrimão e degraus não apropriados: o corrimão deve se estender até o último degrau; deve ser bilateral e seu desenho permitir que a mão possa agarrá-lo firmemente. Os degraus devem ser revestidos por um piso antiderrapante; alturas adequadas e iguais.
Falta de corrimão em corredores: o idoso quando necessita andar pode precisar de apoio.
Vasos sanitários baixos e sem apoios laterais: os vasos sanitários de altura padrão são, em média, 15 cm mais baixos do que o necessário para a maioria dos idosos e a falta de apoios laterais pode dificultar suas transferências.
Falta de apoio nos boxes de banheiros: é um fator importante para a segurança do idoso no banheiro quando no banho.
Calçados inadequados: os calçados sem anteparo posterior como a maioria dos chinelos, com saltos altos, solados escorregadios, mal ajustados ou desamarrados podem causar fáceis tropeços, principalmente quando há necessidade de um andar mais rápido.
Roupas compridas, arrastando pelo chão.
Objetos estocados em locais de difícil acesso: sobe-se numa cadeira ou banco para alcançá-los.
Via pública mal conservada com buracos ou irregularidades.
Órteses inapropriadas (bengalas, muletas, entre outras).

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2009

A ocorrência de quedas pode ser prevenida, cabendo aos profissionais da Atenção Básica, e especialmente aos ACS, orientar os idosos e seus familiares sobre iniciativas que podem ser desenvolvidas para a prevenção das quedas.

### Atenção!



É importante lembrar que independentemente da causa da queda, aquele indivíduo que referir ter caído duas ou mais vezes no mesmo ano é considerado um idoso em processo de fragilização e deve ter uma atenção especial pela equipe.

O próximo texto traz uma abordagem sobre o uso de medicamentos no cotidiano da vida dos idosos. A orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares/cuidadores é uma das funções fundamentais das equipes de saúde da família, tendo você, ACS, um importante papel na diminuição dos impactos do uso de medicamentos na vida do idoso.

Durante as visitas domiciliares, ao perguntar sobre os medicamentos em uso pelo idoso, você provavelmente já se deparou com situações em que o idoso informa que utiliza o mesmo medicamento de forma duplicada, confundindo com outro por ter a cor ou forma parecida; ou apresenta uma grande quantidade de receitas com datas antigas, com 1 a 2 anos de prescrição, medicamentos com validade vencida, “misturados” em uma caixa ou sacola, dentre outras nas quais você precisa dar orientações em relação à conduta correta.

Vamos conhecer um pouco mais sobre os cuidados no manuseio e utilização de medicamentos para essa população, assim como o calendário básico de vacinação do idoso.

### Texto 2 – Dialogando sobre o uso de medicamentos na população idosa e o calendário de vacinação do idoso

Com o processo de envelhecimento, há um aumento das doenças e condições crônicas, como as cardiovasculares, o diabetes, as doenças respiratórias, os problemas osteoarticulares, déficit visual e auditivo, entre outros. Devido a esses fatores há uma procura maior pelos serviços de saúde, principalmente as consultas de especialidades médicas, tendo, muitas vezes, como desdobramento, o uso de 3 a 5 tipos de medicamentos, ao dia, podendo interferir na segurança e qualidade de vida da pessoa idosa.

Quanto maior o número de medicamentos utilizados, maior a chance de interação entre os medicamentos, ou seja, um medicamento pode interferir no funcionamento do outro e produzir efeitos indesejados ou adversos. Neste sentido, a utilização de medicamentos em pessoas com 60 anos ou mais deve ser sempre uma preocupação do profissional de saúde, já que o próprio funcionamento do organismo da pessoa idosa, bem como a possibilidade de interação medicamentosa faz com que o uso de medicamentos seja um fator de risco.

### Importante!

O ACS precisa estar atento e identificar os idosos que fazem uso de mais de um tipo de medicamento ao dia, com horários diversos, pois é comum erro na administração do medicamento, seja do próprio idoso ou de algum membro da família.

Outro fato agravante é a cultura da **automedicação** que vem levando a sociedade a criar uma correspondência direta entre medicamentos e doenças, tendo para cada mal estar um medicamento correspondente. Além disso, as propagandas dos medicamentos nas mídias, colaboram com essa prática. É interessante destacar que existem outras formas de tratamentos, não farmacológicos, que se somam para melhorar as condições físicas do idoso, por exemplo, mudanças de hábitos de vida, atividades físicas, fisioterapias, grupos de convivências, dentre outros.

É preciso que você oriente o idoso ou familiar sobre a necessidade de levar as medicações e a receita dos medicamentos em uso nas consultas. Assim, o médico, em conjunto com a equipe da ESF, poderá elaborar um esquema terapêutico simplificado para aquele idoso que está com dificuldade de utilizar a medicação de forma correta, com dosagens e horários adequados, bem como avaliar a medicação que potencialmente pode provocar interações com outra medicação, podendo esta ser substituída ou suspensa pelo médico.

O ACS também deve solicitar aos profissionais de saúde apoio para organizar a medicação do idoso, no sentido de revisar periodicamente as medicações tomadas por ele. Deve ainda pedir ao médico para elaborar uma prescrição única, de modo que o idoso possa consultá-la quando for fazer uso da medicação, assim como para apresentá-la quando for consultar com outros profissionais.

### Orientações aos familiares, idosos e/ou cuidadores quanto aos cuidados necessários com o armazenamento e uso adequado dos medicamentos:

a) Colocar os medicamentos em uma caixa com tampa plástica ou vidro com tampa. Os materiais de curativo devem ser guardados em separado.

A caixa organizadora pode ser feita em casa, adaptando-se outras caixas ou também comprada em farmácias ou casas de produtos médico-hospitalares. Existem em várias opções e formatos. Caso o idoso não saiba ler, oriente-o a solicitar ajuda para dividir os medicamentos em envelopes ou saquinhos, com o desenho do horário em que deve ser tomado. Não utilizar caixas de madeira ou papelão para armazenar medicamentos, pois, podem favorecer a formação de fungos.

b) Manter os medicamentos nas embalagens originais. Assim, fica fácil o monitoramento da data de validade e evita a mistura entre diferentes medicamentos.

c) Em casos de tratamentos com nebulização, lavar e esperar secar os materiais utilizados, guardando-os juntamente com a medicação usada, em uma caixa de plástico com tampa, para não correr o risco confundir com outras medicações.

d) Manter os medicamentos em local seco, arejado, longe do sol e principalmente onde crianças não possam mexer.

e) Evitar guardar medicamentos em armários de banheiro e ao lado de filtro de água, pois a umidade pode estragar a medicação.

f) Manter a última receita junto à caixa de medicamentos, pois isso facilita a consulta em caso de dúvidas ou em caso de apresentá-la a equipe de saúde quando solicitado.

g) Convencer o idoso de que os medicamentos que não estiverem sendo utilizados podem ser devolvidos à Unidade de Saúde para que ele não corra o risco de se auto medicar ou tomar medicação que não está mais prescrita.

h) Orientar o idoso ou cuidador para nunca acrescentar, diminuir, substituir ou retirar medicação sem o conhecimento do médico ou dos profissionais da saúde da ESF.

i) Conversar com a equipe de saúde sobre o planejamento dos horários de medicação. Sempre que possível é bom evitar administrar medicação nos horários em que a pessoa dorme, pois isso interfere na qualidade do sono.

j) Orientar que, se após tomar um medicamento o idoso apresentar reação estranha, a equipe de saúde deverá ser avisada.

k) Orientar o idoso que acenda a luz sempre que for preparar ou tomar o medicamento para evitar trocas de medicamentos.

l) Orientar ao idoso sobre a importância de ler o nome do medicamento antes de tomar, pois, medicamentos diferentes podem ter a mesma cor e tamanho, e também um mesmo

medicamento pode variar de cor e formato dependendo do fabricante, como por exemplo, o comprimido de captopril (utilizado no tratamento de hipertensão) que pode ser branco ou azul.

m) Orientar o idoso e o cuidador que antes de feriados e finais de semana é preciso conferir se a quantidade de medicamentos fornecidos pela Unidade de Saúde é suficiente para esses dias, para não correr o risco de ficar sem a medicação.

n) Orientar a pessoa idosa e o cuidador dos riscos de se utilizar medicamentos receitados para outras pessoas.

o) Produtos naturais, como os chás de plantas medicinais, são considerados medicamentos e alguns deles podem alterar a ação da medicação que a pessoa esteja usando. Se a pessoa idosa usar algum desses produtos avise à equipe de saúde.

p) Observar as negligências de horários por parte do paciente. Às vezes um medicamento é para tomar pela manhã, e outro tipo de medicamento é para tomar a noite, mas ele está tomando todos juntos, no mesmo horário. Na dúvida converse com a sua equipe.

q) Averiguar com o idoso ou com o cuidador a complexidade do esquema medicamentoso, caso eles tenham achado confuso, levar o problema para a equipe para que possam elaborar um esquema adequado para aquele idoso.

r) Avaliar se o idoso e o cuidador têm entendimento do seu problema de saúde, e o porquê do uso daquela medicação. Caso não tenha, solicite ajuda dos profissionais de saúde da sua equipe.

s) Solicitar o idoso ou cuidador para ler e preparar a medicação. Assim você poderá observar se há diminuição da acuidade visual (visão) e da destreza manual, o que potencializaria a ocorrência de erros na administração de medicamentos. Essa prática também ajuda você a perceber se o idoso é analfabeto, o que pode comprometer o entendimento da forma correta de utilização do medicamento.

t) Lembre-se de solicitar ao médico uma prescrição para caso de necessidades especiais como vômito, febre, diarreia, dor e oriente o idoso a manter estes medicamentos em uma caixa separada com o rótulo “necessidades especiais”.

u) Caso o paciente utilize vários medicamentos por dia, oriente fazer um calendário ou utilize um caderno onde possa colocar data, horário, nome da medicação e, assim que tomar, fazer um visto sinalizando que já fez uso daquela medicação. Assim, evita a desagradável surpresa de fazer uso duas vezes da mesma medicação ou deixar de tomar por achar que já tinha usado.



v) Anotar na caderneta do idoso as consultas com especialistas, os problemas de saúde, e as medicações em uso.

w) Solicitar ao profissional que prescreve: receita por escrito e que dê para entender o nome do medicamento, o intervalo entre as doses e o modo de usar.

A seguir, algumas sugestões de fichas que podem auxiliar no controle dos medicamentos em uso:

#### Ficha para o controle de medicamentos em uso

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nome do Remédio	Para que serve	Dosagem	Horário	Orientações

#### Ficha para controle na administração de medicamentos

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Medicamento	Horário	Dose

Anotações Importantes: \_\_\_\_\_

O ACS deve orientar o idoso, sua família e/ou cuidador que, durante a consulta, é importante:

#### Informar ao profissional de saúde:

- Todos os medicamentos que o idoso está usando e qual a dosagem;
- Sobre qualquer problema que o idoso já tenha tido com medicamentos;
- Sobre a existência de alergias;
- Se o idoso ingere bebidas alcoólicas, usa drogas ou fuma.

#### Perguntar ao médico:

- Como vai ser usado o medicamento e por quanto tempo;
- Se deve evitar algum tipo de comida, bebida alcoólica, medicamentos, e se não pode fazer exercício físico enquanto estiver usando o medicamento;
- Se o medicamento pode afetar o sono, o estado de alerta e a capacidade de dirigir veículos;
- O que fazer se esquecer de tomar alguma dose;
- Se podem ocorrer efeitos adversos e o que fazer nessa situação;
- Se o medicamento pode ser partido, dissolvido, misturado com bebidas.

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

O esquema vacinal poderá ser alterado de tempos em tempos ou sofrer adaptações regionais, por isso, converse sempre com a(o) enfermeira(o) ou médica(o) da equipe para se manter atualizado sobre o esquema vacinal em seu município.

*Você conhece o calendário vacinal do idoso?*

*Como a sua equipe tem acompanhado as atualizações do calendário?*

O quadro ao lado apresenta o calendário vacinal da pessoa idosa.

Quadro 4 - Calendário vacinal do idoso

VACINA	DOENÇAS EVITADAS	DOSE APLICADA	OBSERVAÇÕES
Dupla bacteriana	Difteria e tétano	1ªdose. 2ªdose: 2 meses após a 1ªdose. 3ªdose: 4 meses após a 1ªdose.	Idosos que não tiverem comprovação de vacinação anterior, seguir o esquema de 3 doses. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias. São necessárias doses de reforço a cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves em adultos, a dose de reforço deverá ser antecipada, para 5 anos após a última dose.
Contra febre amarela	Febre amarela	Dose única	Vacinar idoso somente com prescrição médica.
Influenza	Gripe	Dose inicial	Reforço a cada ano, por toda vida. A vacina contra influenza é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.
Pneumococo 23	Pneumonia causada pelo pneumococo	Dose única	Vacinar acamados e residentes em ambientes coletivos. A vacina contra pneumococo é geralmente aplicada durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como hospitais, asilos, casas de repouso. Se necessário 1 dose de reforço 5 anos após a dose inicial, somente com prescrição médica.
Hepatite B	Hepatite B	Uma dose inicial 2ªdose: 30 dias após a 1ªdose. 3ªdose: 180 dias após a dose inicial.	Não vacinado 3 doses Menos de 3 doses completar a doses 3 doses considerar vacinado 1 dose inicial

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014

O próximo texto aborda aspectos relativos aos direitos da Pessoa Idosa e seus atravessamentos, como discriminação, violação, direitos e sistemas de garantias de direitos.

Essa é mais uma questão social vivenciada pelo idoso, a qual requer um olhar atencioso dos profissionais de saúde. Mas, antes de discutirmos sobre essas questões, vamos resolver a atividade 1.

### Atividade 1

#### Criando estratégias para adequada administração de medicamentos da população idosa do meu território

Relembre as visitas a idosos que você fez ultimamente. Em grupo, reflita e discuta com docente e colegas as seguintes questões:

1. Os medicamentos prescritos para os idosos de sua área de abrangência estão sendo utilizados de modo correto? Eles demonstram saber por que utilizam e para

que serve tal medicação?

2. Os medicamentos são guardados em locais adequados?

3. Esses idosos utilizam medicamentos sem prescrição?

A partir da reflexão sobre essas questões, elabore estratégias para minimizar o impacto na saúde da população idosa que você assiste, decorrente do uso inadequado de medicamentos, incluindo os seus familiares.

### Texto 3 - Preconceito e discriminação contra a pessoa idosa<sup>3</sup>

É natural que os mais jovens (filhos, netos) estranhem o ritmo mais lento que vai tomando a vida de seus familiares e amigos, conforme eles envelhecem. Um dia, seu pai, que era seu destemido “herói” na infância porque te levava no colo bem lá no fundo no mar, antes da arrebentação; seu pai que sempre adorou pular onda e pegar jacaré, de repente já não se interessa mais em entrar na água... pois seu corpo já não tem mais aquela agilidade de antes, ou o mar está muito frio – e o seu “termostato” interno, meio “desregulado”, já não responde muito rapidamente a grandes mudanças de temperatura.

De repente, sua tia, que adorava passear e era super sociável, já não tem mais aquele pique todo. Ela, que sempre foi organizadíssima e cuidava de tudo e de todo mundo, anda esquecendo as coisas. Outro dia, distraída, deixou a água que esquentava para fazer o café secar no fogão. Anda com alguns probleminhas de saúde, levou um tombo e o ombro está demorando muito para recuperar. Ela, que adorava viajar, e sonhava em visitar a Patagônia, já não está mais tanto a fim.

Às vezes, demora para os mais jovens entenderem essas mudanças, não é mesmo? Constatar o envelhecimento dos entes queridos pode causar estranheza (e talvez um pouco de tristeza também).

Ainda não estamos acostumados àquela pessoa nova. Queremos os nossos pais e mães que conhecíamos antes. Esse processo de adaptação pode demorar um pouco, então é natural que haja um certo estranhamento no início. Então, talvez, no começo, haja uma certa irritação, por parte dos jovens e dos idosos. Mas a “ficha tem que cair”, e logo: o idoso merece respeito. Ele é um ser humano adulto como nós. E, por mais que achemos que, agora, sabemos mais que ela, ou que está sendo teimosa, precisamos respeitar suas decisões e escutar o que ela tem a dizer.

<sup>3</sup> BRETAN, M. E. A. N. *Direitos Humanos e Cidadania: Proteção, Promoção e Reparação dos Direitos da Pessoa Idosa*. Belo Horizonte: Marginália Comunicação, 2016. (Coleção Cadernos de Direitos Humanos: Cadernos Pedagógicos da Escola de Formação em Direitos Humanos de Minas Gerais, V.06)

O preconceito e a discriminação etária no Brasil ocorrem nas famílias, órgãos governamentais, nos sistemas de saúde, no mercado de trabalho e na mídia.

*Você já ouviu falar em “ageísmo”?*

O termo “ageísmo” foi utilizado, pela primeira vez, em 1969 e significa discriminação e preconceito contra a pessoa idosa (o termo “age” em inglês, quer dizer “idade”). Várias atitudes manifestam o ageísmo em nossa vida cotidiana, como, por exemplo: a forma infantilizada que as pessoas se comunicam com os idosos - fala simplificada, vagarosa, de pouco conteúdo. Segundo estudos, essa forma de se comunicar tem impactos diretos na autoestima, identidade e habilidades linguísticas do idoso.

O ageísmo também é percebido corriqueiramente no sistema de saúde por meio de maus tratos físicos, psicológicos e financeiros contra o idoso. É comum, no sistema de saúde (e, vale dizer, isso não acontece somente com o idoso, mas com os pacientes em geral, agravando-se no caso dos mais velhos), médicos e familiares se referirem ao paciente (que está na sua frente), na terceira pessoa, como se ele (paciente) não estivesse lá.

*Você já viu isso acontecer? Já fez isso, sem querer? Como se sentiria se, sendo paciente, um médico e seu familiar estivessem falando sobre você, na sua frente, como se você não estivesse lá?*

Por outro lado, manifestações positivas do ageísmo vinculadas à sabedoria, vivência e maturidade da pessoa idosa, embora possíveis, são pouco corriqueiras.

Estudos têm sido realizados buscando investigar a influência que os estereótipos negativos e positivos relacionados ao envelhecimento geram à saúde física e mental do idoso. O reconhecimento de aspectos positivos da velhice relacionados à valorização da sabedoria, vivência e maturidade do idoso levam à melhor performance da memória.

Por outro lado, a manifestação, pela sociedade, de estereótipos negativos de discriminação e preconceito contra a pessoa idosa, o que caracteriza uma forma de violência psicológica contra o idoso, gera a segregação. Isso tem como principais consequências o enfraquecimento da vontade de viver, dificulta o acesso ao emprego, a tratamentos médicos e outros direitos.

As formas mais corriqueiras de discriminação sofridas pela pessoa idosa são a discriminação social (contar anedota sobre idoso, ser ignorado, sofrer insulto) e as discriminações em contextos de saúde (associar dores à idade, atribuição de surdez, falta de capacidade de compreensão decorrente da idade).

Tendo em vista que a discriminação da pessoa idosa, infelizmente, é prática corriqueira na sociedade brasileira e, visando coibir tal prática tão maléfica à saúde, ao bem estar e a qualidade

de vida dos idosos, o Estatuto do Idoso<sup>4</sup> veda expressamente as condutas discriminatórias em razão da idade em diversos dispositivos. Por exemplo, o art. 4º estabelece que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”.

A Política Nacional do Idoso<sup>5</sup> também estabelece como princípio a não discriminação dos idosos, de qualquer natureza (artigo 3º, inciso III).

Para coibir as mais diversas formas de discriminação contra o idoso, o Estatuto do Idoso tipifica como crime, em seu artigo 96, a discriminação contra a pessoa idosa que cause dificuldades ou o impeça o direito da cidadania:

Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade.

A pessoa que vive com um idoso não pode simplesmente passar a confiscar seu cartão de crédito ou talão de cheques (ou outros acessos a contas bancárias ou outros instrumentos de exercício de sua independência e cidadania), só porque “não concorda” com a forma com que o idoso está levando sua vida ou gerindo seu patrimônio.

### **Para Refletir...**

Você já viu alguma pessoa idosa sendo maltratada, desconsiderada, destrutada, desprezada, simplesmente por ser idosa?

Que tipo de agressão física ou verbal (ou mesmo de forma mais sutil) você já viu sendo praticada contra um idoso?

Você já ficou irritado com um algum idoso só porque ele demorou demais para tomar uma decisão... ou porque não queria fazer algo que você achava que ele deveria fazer?

<sup>4</sup> Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.  
<sup>5</sup> Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.



Essas questões são bem complexas, não é mesmo? Mas devemos sempre nos colocar no lugar do outro e ter clareza de que também iremos experimentar esta fase de vida.

#### Texto 4 - Violências contra a pessoa idosa

Considera-se violência contra o idoso "qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico".

As formas mais comuns de violência contra a pessoa idosa, como veremos adiante, são: abusos físicos, abuso psíquico ou emocional, abuso sexual, exploração financeira e econômica, abandono e negligência e autonegligência.

*Em suas visitas domiciliares você costuma se deparar com a violência contra o idoso?*

A principal dificuldade do combate à violência contra o idoso decorre do fato de que, normalmente, tais violências ocorrem no âmbito doméstico, dentro da residência do idoso, praticada por pessoa da família.

Como de costume nos casos de violência doméstica, a violência contra o idoso muitas vezes é tratada como assunto privado da família e, muitas vezes, o idoso se cala em defesa do agressor. Como resultado, trata-se de uma violência pouco denunciada. O abandono pela família também é comum, e isso acaba sendo outra forma de violência contra o idoso.

Os principais fatores de risco que contribuem para a violência contra o idoso são:

- dependência da família;
- dificuldades financeiras;
- dependência física;
- psíquica ou emocional do idoso;
- alto nível de estresse do cuidador;
- isolamento social dos familiares;
- modificações estruturais das famílias e da qualidade das relações familiares;
- vulnerabilidade das vítimas idosas, dentre outros.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2017 revelam que em todo o mundo 16% das pessoas com 60 anos ou mais sofrem abuso. No Brasil, os dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, demonstram que apenas em 2014 foram notificados 13 mil casos de violência contra as pessoas idosas. A mais comum no Brasil é a física (58,9%), seguida da psicológica (26,7%), e da negligência e abandono, que trata da omissão de cuidados básicos, como a privação de medicamentos, alimentação, descuido com a higiene, ausência de proteção contra frio e calor (24,9%).

#### Atenção!



Qualquer violação aos direitos dos idosos, em especial os casos de violência, deve ser denunciada à autoridade policial, ao Ministério Público e à Defensoria Pública.

A violência contra o idoso traz reflexos que interferem no seu convívio social, familiar e institucional, comprometendo a sua qualidade de vida. As principais violências podem ser manifestadas desde um pequeno sinal à situação mais complexa, como vamos ver a seguir:

#### Tipos de violência

##### a) Violência física

É o uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar dor, incapacidade ou morte. Muitos idosos, por já não terem força física para reagir, ou mesmo por estarem em situação de total dependência de outras pessoas para fazerem muitas das atividades de autocuidado (alimentar-se, banhar-se) ficam à mercê de terceiros e se tornam vítimas de violência física.

Um fator desencadeante de reações violentas nas pessoas responsáveis por cuidar do idoso é o stress vivenciado pelo cuidador (por exemplo, em casos avançados de doenças como Alzheimer e demência senil, em que o idoso pergunta muitas vezes a mesma coisa, não reconhece seus parentes próximos, entre outros sintomas). É preciso deixar muito claro que isso não justifica a violência contra o idoso, totalmente indefeso.

Ao mesmo tempo, é inegável a importância de "cuidar de quem cuida" para prevenir a violência contra o idoso: o cuidador do idoso, seja ele parente ou não, precisa poder periodicamente ter tempo livre para relaxar, precisa poder conversar sobre a situação, e, eventualmente, pode precisar de cuidados profissionais para sua saúde física e mental para dar continuidade à sua difícil tarefa.

##### b) Violência financeira e econômica

É a exploração imprópria ou ilegal ou o uso não consentido pela pessoa idosa de seus recursos financeiros e patrimoniais. Ao se tornar mais dependente de outras pessoas para realizar atividades cotidianas, como ir ao banco e fazer compras, muitas pessoas idosas acabam sujeitas a serem vítimas de cuidadores (parentes ou não) desonestos. No limite, essas pessoas podem acabar utilizando o dinheiro do idoso em benefício próprio, prejudicando os cuidados, a saúde e o bem-estar da pessoa idosa.

É uma prática comum também, e muitas vezes com consentimento, a família pegar empréstimos consignados, cujas parcelas serão descontadas da aposentadoria do idoso, porque as taxas de juros são menores. Enquanto essa conduta não necessariamente caracteriza uma violência (se for consentida), o abuso do empréstimo consignado pode implicar na falta de recursos para prover a subsistência do idoso.

É comum, também, filhos julgarem seus pais porque passaram a “curtir a vida” após a aposentadoria, por vezes gastando dinheiro acumulado ao longo de décadas de trabalho, durante toda a vida. Entretanto, o idoso tem o direito de viver sua vida como bem entender, se, é claro, ele não estiver com suas faculdades mentais prejudicadas, o que só pode ser atestado por um profissional especializado.

### c) Violência psicológica ou moral

Corresponde a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social o idoso. Também pode resultar em crime contra a honra (difamação e injúria, especialmente) da pessoa idosa, afetando sua reputação social e sua autoestima. É o tipo de violência mais praticada contra a pessoa idosa. É comumente manifestada por meio de agressões verbais (depreciação, desrespeito, ridicularização, desvalorização da pessoa idosa).

Outra forma de violência psicológica manifesta-se no tratamento infantilizado ao idoso, corriqueiramente manifestado por familiares e profissionais da saúde, o que leva à diminuição de sua autoestima, caracterizando prática de ageísmo, que falamos anteriormente.

A violência psicológica leva à desvalorização do idoso e impacta diretamente em sua saúde mental, evidenciando transtornos psicológicos como depressão, síndrome do pânico, distúrbios alimentares, distúrbio do sono, entre outros. É uma forma de violência de difícil identificação, pois, ocorre de forma contínua e silenciosa.

### d) Negligência/abandono

Negligência é a omissão por familiares ou instituições responsáveis pelos cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social do idoso, tais como privação de medicamentos, descuido com a higiene e saúde, ausência de proteção contra o frio e o calor. O abandono é uma forma extrema de negligência.

### e) Violência sexual

É qualquer ação na qual uma pessoa, fazendo uso de poder, força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar ou participar, de alguma maneira, de interações sexuais.

### f) Autoinfligida e autonegligência

Refere-se à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança por meio da recusa de prover a si mesma dos cuidados necessários. Nesse caso, não se trata de terceiros que provocam a violência, e sim da própria pessoa idosa.

*E como prevenir e enfrentar a violência contra as pessoas idosas?*

Uma das formas mais eficientes para a prevenção da violência contra a pessoa idosa e da denúncia de tais violações consiste em evitar o isolamento social do idoso, mantendo-o em contato direto com a sociedade e com as redes sociais.

#### **Importante!**

Os profissionais da saúde, em especial, apresentam relevante papel na prevenção da violência contra a pessoa idosa e no enfrentamento da violência, pois, estão, constantemente, em contato com vítimas de violência nas residências, unidades de saúde, hospitais e outros ambientes.

Uma importante e efetiva ferramenta implementada para prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa é o **Disque Direitos Humanos: Disque 100**. Esse número é de suma importância para denunciar às violações contra a pessoa idosa.

A Ouvidoria e o **Disque Direitos Humanos - Disque 100** são responsáveis por receber, examinar e encaminhar as denúncias de violações de direitos humanos. Sem as informações para registro, a verificação da situação de violação só poderá ser averiguada pelos órgãos competentes da rede de direitos humanos, com informações suficientes de onde encontrar a vítima e de como é a violação.

As denúncias recebidas são analisadas e encaminhadas aos órgãos de proteção, defesa e responsabilização em direitos humanos, no prazo máximo de 24 horas, respeitando a competência e as atribuições específicas, porém priorizando qual órgão intervirá de forma imediata no rompimento do ciclo de violência e proteção da vítima.

Nos casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objetos de notificação compulsória pelos serviços públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I – autoridade policial;
- II – Ministério Público;

- III – Conselho Municipal do Idoso;
- IV – Conselho Estadual do Idoso;
- V – Conselho Nacional do Idoso.

### Notificação compulsória – O que é?

No Brasil, a notificação de violência pela área de Saúde foi implementada em 2006 através do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA e passou a ser compulsória em 2011.

A notificação de violência surgiu com o objetivo de dar visibilidade a esse fenômeno, que se constitui enquanto problema social, de saúde e de segurança públicas. A vigilância de violências instrumentalizada por meio da ficha de notificação é parte da estratégia do SUS frente à violência, assim como os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde. A notificação visa à interrupção de atitudes e comportamentos violentos, seja no ambiente familiar, de trabalho, institucional, público ou em qualquer outro.

“Uma sociedade fortalecida e consciente busca o respeito mútuo na sua relação com o Estado e com o próximo e a informação se apresenta como um importante instrumento do cidadão para defesa dos seus direitos e realização de suas aspirações e desejos” (Ministério da Saúde).

Agora vamos falar um pouco sobre os direitos sociais da pessoa idosa. É importante lembrar que existe uma Política voltada especificamente para os direitos sociais dos idosos.

### Texto 5 - Direitos sociais da pessoa idosa

A legislação brasileira assegura determinados direitos para a população de 60 anos ou mais de idade. A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) são dispositivos que tem por objetivo a garantia desses direitos e dos direitos humanos da pessoa idosa.

Entre os princípios que regem ambos os documentos legais, destacam-se a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público em assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito, a não discriminação e à convivência familiar e comunitária.

Abordamos a seguir os principais pontos que essas leis destacam em relação aos direitos dos idosos:

#### Saúde

- O idoso tem atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS);
- A distribuição de remédios aos idosos, principalmente os de uso continuado (hipertensão, diabetes etc.), deve ser gratuita, assim como a de próteses e órteses;

- O idoso internado ou em observação em qualquer unidade de saúde tem direito a acompanhante, pelo tempo determinado pelo profissional de saúde que o atende;
- Os planos de saúde não podem reajustar as mensalidades de acordo com o critério da idade.

#### Transportes Coletivos<sup>6</sup>

- Os maiores de 65 anos têm direito ao transporte coletivo público gratuito. Antes do estatuto, apenas algumas cidades garantiam esse benefício aos idosos. A carteira de identidade é o comprovante exigido;
- Nos veículos de transporte coletivo é obrigatória a reserva de 10% dos assentos para os idosos, com aviso legível;
- Nos transportes coletivos interestaduais, o estatuto garante a reserva de duas vagas gratuitas em cada veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos. Se o número de idosos exceder o previsto, eles devem ter 50% de desconto no valor da passagem, considerando-se sua renda.

#### Lazer, Cultura e Esporte

- Todo idoso tem direito a 50% de desconto em atividades de cultura, esporte e lazer.

#### Trabalho

- É proibida a discriminação por idade e a fixação de limite máximo de idade na contratação de empregados, sendo passível de punição quem o fizer;
- O primeiro critério de desempate em concurso público é o da idade, com preferência para os concorrentes com idade mais avançada.

#### Assistência Social

- A Assistência Social ao idoso é prestada com base na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) - Lei nº 8.742/1993 que assegura aos idosos com mais de 65 anos e que não têm condições de subsistência, o benefício mensal de um salário mínimo (denominado Benefício de Prestação Continuada - BPC). Este benefício será pago pelo INSS e somente é pago se a renda per capita na residência do idoso for de, no máximo, ¼ do salário mínimo (artigo 20, §3º, da Lei nº 8.742/1993).
- O benefício de prestação continuada (BPC) pode ser requerido nos postos de atendimento do INSS e, caso seja indevidamente negado, poderá ser pleiteado nos Juizados Especiais Federais, não sendo necessária a contratação de advogado para tal finalidade.

#### Habitação<sup>7</sup>

É obrigatória a reserva de 3% das unidades residenciais para os idosos nos programas habitacionais públicos ou subsidiados por recursos.

<sup>6</sup> O artigo 230, §3º, da Constituição Federal, o artigo 39 do Estatuto do Idoso e o artigo 1º da Lei Estadual 21.121/2014 garantem aos maiores de 65 anos a gratuidade do transporte público.

<sup>7</sup> Artigo 38, inciso I, do Estatuto do Idoso.



### Política do Estado de Minas Gerais de Amparo ao Idoso

Em Minas Gerais, a Lei nº 12.666/1997, institui a Política Estadual de Amparo ao Idoso para a promoção do direito à vida e à cidadania; bem estar e dignidade; participação na comunidade, proteção contra discriminação de qualquer natureza. Essa lei estabelece as diretrizes da política estadual de amparo ao idoso (artigo 4º), e prevê uma série de ações governamentais a serem adotadas para tornar efetivas tais diretrizes, buscando promover:

- a viabilização do convívio e integração dos idosos com as demais gerações;
- a participação dos idosos, por intermédio de organizações representativas na formulação e implementação de políticas públicas e nos programas a serem desenvolvidos para a pessoa idosa;
- capacitação de profissionais que prestam serviços aos idosos;
- a implementação de sistemas de informação que permita a divulgação de políticas, programas, serviços oferecidos, planos e projetos em cada setor do Governo;
- informar, de forma educativa sobre os aspectos biopsicossocial do envelhecimento;
- a descentralização do programa de assistência, gerando condições de atender aos idosos no próprio ambiente em que vivem; e
- prioridade de tramitação de procedimentos administrativos em que um idoso for parte.

Na área específica da saúde, o estado de Minas Gerais é responsável por garantir o atendimento prioritário ao idoso, a recuperação da saúde do idoso e a prevenção de doenças, a elaboração de normas para o serviço geriátrico da rede hospitalar do estado.

Há ainda outras leis específicas de proteção aos idosos no estado de Minas Gerais, que estabelecem medidas complementares à Política. São elas:

Programa de atendimento domiciliar, por equipe multidisciplinar, à pessoa idosa (Lei Estadual nº 13.763/2000);

Notificação compulsória da violência contra a pessoa idosa, que deve ser realizada por estabelecimento público ou privado de serviço de saúde que prestar atendimento ao idoso vítima de violência e maus tratos (Lei Estadual nº 17.249/2007);

Atendimento prioritário do idoso em agências e postos bancários (Lei Estadual nº 10.837/1992);

Fundo Estadual dos Direitos do Idoso, que visa à captação de recursos provenientes de repasse da União, de dotação orçamentária estadual e de doação de pessoas físicas e jurídicas para o financiamento de políticas públicas de apoio à população idosa (Lei Estadual nº 21.144/2014).

Para que as pessoas possam um envelhecimento saudável é fundamental que os serviços de saúde estejam organizados a fim de permitir às pessoas idosas redescobrirem possibilidades de viver sua vida com a máxima qualidade possível, apesar das progressivas limitações físicas e muitas vezes, funcionais (BRASIL, 2009).

A Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família deve oferecer à pessoa idosa, seus familiares e cuidadores (se houver) uma atenção humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio, no domicílio e na Unidade Básica de Saúde. Os idosos em Instituição de Longa Permanência (ILP) também devem ser acompanhados pelas equipes (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde propôs a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para identificar e acompanhar a população idosa, propiciando informações para o adequado acompanhamento pelas equipes de saúde. A Caderneta permite identificar os idosos mais frágeis ou em risco de fragilização e, então, efetivar ações de prevenção de agravos mais sérios, de recuperação da saúde e de reabilitação (BRASIL, 2009).

Alguns serviços e telefones que podem ser úteis para os idosos e seus familiares:

- Disque-Saúde – 0800 61 1997 (serviço gratuito, funciona todos os dias, das 8h às 18h. Pode ser acionado de qualquer telefone público);
- SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) 192;
- Corpo de Bombeiros – 193;
- Polícia – 190;
- Violência contra a Mulher – 180;
- Disque Direitos Humanos – 100;
- PREVfone – 0800 78 0191;
- Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – denúncias de problemas de atendimento no SUS;
- Delegacia de Polícia, ministérios públicos estaduais, conselhos estaduais e municipais do idoso – denúncia de maus-tratos, pessoalmente, por carta ou telefone;
- Unidade Básica de Saúde que você trabalha;
- Pessoa da família que tenha responsabilidade sobre o idoso.

## Atividade 2

### Refletindo sobre os cuidados ideais em contraposição aos cuidados reais às pessoas idosas do meu município

Com base nas leituras dos textos e discussões a respeito dos aspectos peculiares à saúde da pessoa idosa e considerando a atuação do ACS nessa abordagem, sob a orientação do docente, forme grupos para a elaboração de 2 painéis. Em um deles, os grupos ilustrarão os cuidados ideais que se deve ter para com as pessoas idosas e no outro, ilustrarão a realidade observada nos municípios onde vivem. Após a construção dos painéis, faça uma apresentação em plenária.

#### REFERÊNCIAS:

BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.741**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19) ISBN 85-334-1273-8 1. Saúde do idoso. 2. Serviços de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Série.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartaz de divulgação da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso**. 2009.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde. Brasília, 2014.

BRETAN, M. E. A. N. **Direitos Humanos e Cidadania: Proteção, Promoção e Reparação dos Direitos da Pessoa Idosa**. Belo Horizonte: Marginália Comunicação, 2016. (Coleção Cadernos de Direitos Humanos: Cadernos Pedagógicos da Escola de Formação em Direitos Humanos de Minas Gerais, V.06)

Netto, F.L.M. **Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humanos e suas implicações na Saúde do Idoso**. Revista Pensar a Prática. v.7, n.1, 2004.



## Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Política transversal no cuidado à saúde do homem e da mulher



Quadro: Operários – Tarsila do Amaral, 1933

O atendimento integral à saúde exige dos trabalhadores do SUS a capacidade de identificar os problemas e necessidades de saúde da população e desenvolver ações capazes de atendê-las. Para isto, é necessário que os profissionais da Atenção Básica/SF, e também os gestores, se articulem com outros serviços e setores, de forma a implementar as Políticas Públicas de Saúde.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora destaca a contribuição do trabalho na determinação do processo de saúde e doença das pessoas e coletividades e enfatiza a necessidade da garantia da integralidade do cuidado.

**Pensar o cuidado à saúde da mulher e do homem, nas diferentes fases da vida, implica em reconhecê-los também enquanto trabalhadores e compreender como o trabalho ou a falta dele influencia nas condições de vida, de saúde e de adoecimento.**

No caso do homem, o trabalho e a posição de provedor da família são dimensões culturalmente centrais em sua identidade. O que comumente se observa é que a pressão social relacionada ao trabalho é ainda mais sentida entre os homens e, com isso, a angústia e o sofrimento relacionados ao desemprego são ainda mais sentidos por eles (Herrmann, 2016).

No que se refere às mulheres, elas vivenciam as desigualdades também no mundo do trabalho, como, por exemplo, no menor acesso a empregos, menores salários nas mesmas funções

e maior probabilidade de permanecerem ou ficarem desempregadas, entre outras questões, que as colocam em situação de maior vulnerabilidade social.

Assim, reconhecendo a importância do trabalho na vida das pessoas e na determinação da saúde e da doença, vamos conversar um pouco mais sobre o trabalho e a saúde dos trabalhadores?

Leiam o texto 1 e com base na leitura e sua própria experiência, discuta com o docente e colegas as práticas de cuidado aos trabalhadores que vivem e trabalham no território em que você atua.

### Texto 1 - O trabalho e a saúde dos trabalhadores: aspectos importantes para a atuação das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família

O trabalho é muito importante na vida das pessoas. Ele possibilita o acesso à renda, ou seja, ao dinheiro de que precisamos para suprir as necessidades básicas de alimentação, de moradia, lazer e outros bens e serviços que garantem qualidade de vida. Mas não trabalhamos apenas pelo dinheiro. Além do salário ou da renda, trabalhar propicia o sentimento de ser útil e de participar da vida social, sendo assim um fator de saúde de quem trabalha. As pessoas que não trabalham muitas vezes adoecem e são discriminadas socialmente. É importante lembrar que a situação de desempregado também pode contribuir para o adoecimento do trabalhador. E dependendo das condições nas quais o trabalho é realizado, ele também pode causar sofrimento, adoecimento e até provocar a morte do trabalhador (LACERDA E SILVA, DIAS, 2012).

Assim, considerando que o trabalho é um determinante importante no processo saúde-doença das pessoas, devemos buscar reconhecer essa relação nos encontros com os usuários e nas ações de cuidado que desenvolvemos.

Para o SUS, são considerados **trabalhadores**: todos os homens e mulheres que trabalham na área urbana ou rural, independente da forma de inserção no mercado de trabalho, se formal ou informal, do tipo de vínculo empregatício, no setor público ou privado, como assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado e até mesmo os desempregados (BRASIL, 2012).

É isso mesmo! Todas as pessoas que desenvolvem uma atividade produtiva, independente do vínculo de trabalho ou de sua inserção no mercado de trabalho formal ou informal, são consideradas trabalhadores.

Desde a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/90, o SUS é responsável por prover o cuidado à saúde de todos os trabalhadores brasileiros. A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é a principal estratégia do Ministério da Saúde para garantir



este cuidado, ou seja, garantir que toda a rede de serviços do SUS desenvolva ações de promoção, assistência e vigilância à saúde dos trabalhadores. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador, conhecidos como **CEREST**, são serviços especializados e responsáveis por apoiar toda a rede no cuidado aos trabalhadores.

As diretrizes e orientações para organização desse cuidado e garantia da atenção integral estão descritas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

### Saiba Mais:



Para conhecer um pouco mais sobre a Saúde do Trabalhador no SUS, leia a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.

As equipes da Atenção Básica, independentemente de sua organização, são muito importantes no cuidado à saúde dos trabalhadores, entre outras razões por estarem mais próximas dos locais onde as pessoas vivem e trabalham. Essa proximidade possibilita que as equipes conheçam as condições de vida dos trabalhadores que ali vivem; identifiquem aqueles ou aquelas em situações de vulnerabilidade, que inclui o trabalho precário; trabalho perigoso; desemprego; entre outras; e identifiquem atividades de trabalho desenvolvidas dentro dos domicílios e peridomicílio e os possíveis riscos para a saúde advindos dessas atividades.

Como membro da equipe que atua na AB/APS, você, ACS tem muito a contribuir para o cuidado à saúde dos trabalhadores.

Vejamos algumas ações que podem ser desenvolvidas durante sua rotina de trabalho:

#### a) Identificar e registrar na ficha de cadastro individual a ocupação do usuário e sua situação no mercado de trabalho.

O reconhecimento do usuário enquanto trabalhador é uma das primeiras contribuições do ACS para o cuidado dos trabalhadores, além de procurar saber em que o usuário trabalha, o que faz, ou como o trabalho ou a situação de desemprego pode estar contribuindo para o adoecimento. Este reconhecimento pode ser feito desde a primeira visita realizada nos domicílios, por meio do registro da ocupação do usuário na ficha de cadastro individual.

### Importante!

Ocupação é diferente de profissão.

Conforme vimos na Unidade de Aprendizagem 2, sobre o cadastramento das famílias, a ocupação é o tipo de trabalho que a pessoa exerce, independente da profissão de origem ou de remuneração, mesmo que no momento do cadastramento o indivíduo esteja de férias, licença ou afastado temporariamente por qualquer motivo. Você pode encontrar situação em que o usuário realiza mais de uma atividade. Neste caso, você deve registrar na ficha aquela atividade a que o usuário dedica maior número de horas na semana.

#### b) Buscar estabelecer a relação entre queixas dos usuários com o tipo de trabalho que desenvolvem.

Durante a visita domiciliar ou em outros momentos de encontro com o usuário, é importante estar atento e perguntar se as queixas apresentadas pelo usuário podem estar relacionadas com suas atividades de trabalho. É muito comum, por exemplo, o trabalhador da construção civil sentir dores nas costas ou nos braços, devido ao esforço físico exigido pelo trabalho. É também comum esses trabalhadores apresentarem a doença de pele chamada dermatose ocupacional, que se expressa por meio de alterações da pele do trabalhador causada pelo contato com substâncias presentes no cimento, tintas, cal, resinas. Ao suspeitar que a queixa do usuário trabalhador pode estar relacionada ao trabalho que ele desenvolve, oriente-o a procurar a UBS para avaliação e orientações sobre o cuidado necessário, sobre seus direitos previdenciários, trabalhistas e sociais.

#### c) Identificar, nas visitas domiciliares de rotina, usuários que referirem doenças relacionadas ao trabalho ou que sofreram acidentes no trabalho, em especial aqueles que estão acamados e/ou com sequelas graves e com dificuldades de deslocamento até a unidade básica de saúde.

Os acidentes de trabalho são muito comuns e ocorrem, na grande maioria, com os homens, como por exemplo: acidentes de trânsito com motociclistas, especialmente os motoboys; quedas; cortes; fraturas, intoxicações, entre outros.

**Acidente de trabalho** é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou do empregador, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, ou perda, ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2001b).

É muito importante que você identifique trabalhadores que sofreram acidente de trabalho e estão em casa, afastados do trabalho. Esses trabalhadores devem ser acompanhados pela equipe de saúde da Atenção Básica ou encaminhados para outros serviços da rede de atenção à saúde, se necessário.

Você também pode perguntar ao trabalhador se a doença ou o acidente de trabalho foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. A notificação no SINAN é muito importante para darmos visibilidade para os agravos relacionados ao trabalho.

São exemplos de agravos e doenças relacionadas ao trabalho e que devem ser notificadas no SINAN: acidente de trabalho grave, fatal e em crianças; intoxicação exógena, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, acidente por animal peçonhento, no caso do trabalhador da área rural, entre outros.

É importante lembrar que para aqueles trabalhadores segurados pelo Seguro de Acidente do Trabalho (SAT), além da notificação no SINAN, deve-se observar a emissão da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho. A CAT é um instrumento emitido para reconhecer um acidente de trabalho ou uma doença ocupacional, junto à Previdência Social. Em caso de acidente ou doença relacionada ao trabalho, a empresa deve fazer o registro da CAT. Se a empresa não realizar a emissão da CAT, esta pode ser feita pelo Sindicato, pelo médico responsável, pelo próprio trabalhador acidentado ou qualquer autoridade pública.

**d) Acompanhar a “trajetória” dos usuários na linha de cuidado à saúde do trabalhador no SUS, ou seja, o percurso que os trabalhadores devem seguir para que tenham suas necessidades e problemas de saúde resolvidos.**

É papel do ACS e demais profissionais da equipe de saúde da Atenção Básica/Primária em Saúde acompanhar o usuário, mesmo quando ele está em processo de cuidado/atendimento em outros serviços de saúde da rede de atenção.

*Você conhece algum serviço destinado especificamente à saúde dos trabalhadores?*

Embora todos os serviços de saúde da rede SUS devam cuidar da saúde dos trabalhadores, há serviços que são específicos neste cuidado e podem apoiá-los no desenvolvimento de ações de assistência, vigilância e promoção à saúde dos trabalhadores. Podemos citar como exemplo, os **Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a Vigilância em Saúde do Trabalhador**.

**Procure saber se em seu município ou próximo dele existe o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).**

O **CEREST** é um ponto de atenção da rede de saúde do SUS especializado na atenção à saúde dos trabalhadores, responsável por oferecer apoio técnico-especializado à toda rede de saúde, de modo especial, à rede de atenção básica.

O estado de Minas Gerais possui 18 CEREST de abrangência regional e um CEREST estadual. Os CEREST regionais estão localizados nos seguintes municípios: Andradas,

Araxá, Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Contagem, Diamantina, Governador Valadares, Juiz de Fora, Ipatinga, Montes Claros, Passos, Poços de Caldas, Sete Lagoas, Ubá, Uberaba e Uberlândia e Unai e atuam como referência no município sede e na região onde se localizam.

**e) Identificar e mapear as atividades produtivas instaladas no território de atuação das equipes (exemplo: fábricas, açougues, lojas).**

Durante a realização do mapeamento do território de abrangência de sua equipe é necessário identificar e registrar os comércios, empresas e atividades econômicas que existem na área. As atividades produtivas podem influenciar a saúde das pessoas que vivem no entorno delas. Veja o depoimento de uma ACS que atua em um município de Minas Gerais.

Em minha microárea de atuação há uma empresa de grande porte que fabrica fibra de vidro e funciona em três turnos. A empresa exala um forte cheiro de cola e solta no ar um pó que incomoda muito a comunidade que vive em seu entorno. Comecei a suspeitar que os casos de bronquite nas crianças da região estavam relacionados com o cheiro de cola e o pó. Com a suspeita, fui conversar com o médico da unidade que atende essas crianças. O médico pediu que eu levasse ele até perto da fábrica [...].

Ao chegar próximo à fábrica, o médico não teve dúvidas de que os casos de bronquite das crianças que viviam no entorno da fábrica estavam relacionados à poeira e ao cheiro forte de cola.

Após conhecimento da situação, o que fizeram?

O médico da unidade de saúde preparou um relatório e enviou à empresa explicando a situação [...]. A coordenadora da unidade básica de saúde acionou a Secretaria de Meio Ambiente para que fosse feita uma fiscalização [...]. A ACS mobilizou a comunidade e fez um abaixo-assinado solicitando a empresa que tomasse providências para a diminuição do cheiro e do pó que causava alergias na pele e problemas respiratórios nos moradores.

A ACS relatou que diante do processo de fiscalização e da mobilização da comunidade, a empresa realizou medidas para diminuir a emissão dos resíduos.

Fonte: LACERDA E SILVA; DIAS, 2012.

Este breve relato demonstra a importância de se identificar no território as situações que afetam e determinam as condições de saúde e de vida das pessoas. A intervenção nessas situações requer o engajamento dos profissionais de saúde, da população, a articulação com outros setores e uma vigilância e monitoramento permanente.

**f) Observar cuidadosamente o espaço domiciliar e o entorno, em busca de atividades produtivas desenvolvidas no território e identificar os possíveis riscos/perigos relacionados a que podem estar expostos o trabalhador, a família ou a comunidade.**

Durante a visita domiciliar, também é essencial que você busque identificar se há atividades de trabalho sendo desenvolvida no domicílio. É muito comum encontrar pessoas que trabalham em casa e que estão expostas a riscos/perigos para a saúde e o ambiente. Como exemplo de algumas situações, podemos lembrar, as pessoas que produzem desinfetantes em casa; outras que utilizam o espaço domiciliar para guardar materiais recicláveis para venda posterior; pequenas oficinas ou marcenarias, etc. Você deve orientar o usuário trabalhador sobre as possíveis situações de risco que o trabalho ali desenvolvido pode representar, tanto para o trabalhador, quanto para as pessoas que vivem no domicílio. Junto com o usuário trabalhador e outros profissionais da equipe, é importante que você busque identificar formas de diminuir a exposição aos riscos ocupacionais decorrentes do trabalho domiciliar.

**g) Participar de grupos de discussão e de práticas educativas para usuários trabalhadores.**

As equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, a partir do conhecimento do perfil de trabalhadores que vivem em seu território de atuação, podem propor atividades educativas nas unidades básicas de saúde voltadas especificamente para trabalhadores. A abordagem sobre o trabalho também pode ser feita nos grupos que já são desenvolvidos, como por exemplo, nos grupos formados por usuários portadores de hipertensão arterial, buscando compreender como (e se) o trabalho desenvolvido pelos usuários podem estar influenciando a condição de hipertenso e interferindo no tratamento.

**h) Discutir com a equipe, sempre que possível, as possibilidades de melhoria de acesso, acolhimento e encaminhamento, com base no conhecimento das necessidades dos trabalhadores.**

Uma questão que merece a atenção das equipes que atuam na Atenção Básica é a necessidade de acolher nas unidades de saúde os trabalhadores que não residem, mas trabalham na área de atuação da unidade. Muitas vezes, trabalhadores buscam a unidade de saúde próxima de seu trabalho para vacinação ou atendimento médico e o atendimento é negado porque o usuário não é adscrito à equipe. É preciso compreender que a equipe de saúde possui responsabilidade sanitária sobre aquele território previamente delimitado, o que significa dizer que os trabalhadores que ali trabalham também devem ser acolhidos, quando procurarem a unidade de saúde.

### **Saiba Mais:**

Para saber mais sobre as contribuições do ACS no cuidado aos trabalhadores, você pode acessar na internet o Guia do ACS “O Agente Comunitário da Saúde e o Cuidado à Saúde dos Trabalhadores em suas práticas cotidianas”. O Guia está disponível no endereço eletrônico: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3724.pdf>>.

## **ATIVIDADE DE DISPERSÃO 3**

### **Conhecendo o trabalho do outro**

Durante uma visita domiciliar de rotina, entreviste um usuário trabalhador e busque compreender os significados do trabalho para ele e se as atividades de trabalho que o usuário desenvolvem afetam a saúde dele. Você pode utilizar algumas das perguntas abaixo para ajudá-lo neste diálogo!

- Com o que você trabalha? Qual é a sua ocupação/função atual? Há quanto tempo você trabalha nesta função?
- Como é o seu trabalho? O que você faz em um dia típico de trabalho?
- O que seu trabalho significa para você?
- Você acha que seu trabalho afeta sua saúde? De que forma?

A seguir faça um breve resumo e converse sobre o tema com seus colegas de equipe.



## Saúde do Trabalhador Rural

### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728, de 11 de novembro 2009.** Dispõe sobre Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portarias GM/MS N° 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 205, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.

LACERDA E SILVA, T; DIAS, E.C (orgs). **Guia do ACS – O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas.** Belo Horizonte, Nescon/UFMG, 2012. 72 p.

LACERDA E SILVA; DIAS; RIBEIRO. **Saberes e práticas do Agente Comunitário de Saúde na atenção à Saúde do Trabalhador.** *Interface*, v. 15, n. 38, p. 111-119, jul./set. 2011.

Agora vamos discutir sobre a saúde dos trabalhadores rurais, um tema de grande importância, pois em Minas Gerais, aproximadamente 15% da população vive na área rural. Além deste dado, é importante destacar que que em muitas cidades do estado, a população rural é maior do que a população urbana.

Os modos de vida e de trabalho na área rural possui características distintas e algumas especificidades, o que também implica em mudanças nos modos de adoecer e morrer desta população. Neste sentido, convidamos você, ACS, que atua na área rural, para pensar, juntamente com sua equipe, sobre as condições de vida e de trabalho desta população e também sobre as práticas de cuidado à saúde desta população.



Fonte: ASCOM/ESP-MG, 2018.

### Texto 1 - Trabalho rural e a saúde dos trabalhadores: aspectos básicos

A história da atividade e do trabalho rural no Brasil se confunde com a própria história brasileira. As atividades econômicas relacionadas ao campo têm raízes profundas em nossa história e contribui para o desenvolvimento econômico, pois representam uma parcela importante do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro (DIAS, 2016). O PIB representa a soma de todos os bens e serviços produzidos em uma determinada região.

As atividades rurais incluem a lavoura, a pecuária, a floresta, o extrativismo (retirada de bens da natureza, como a borracha, madeira, minério entre outros) e a pesca artesanal. É importante lembrar que existem grandes desigualdades no que se refere ao acesso e uso da terra, às relações de produção, às tecnologias utilizadas, ao destino e à comercialização da produção (Dias, 2006).

**Você Sabia?**



Em 2011 foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. A Política abrange povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra, como por exemplo: os camponeses, sejam agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residem ou não no campo. Estão também as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, as quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e, ainda, as populações atingidas por barragens.

**Alguns determinantes da relação trabalho, saúde e doença**

Como vimos na Unidade I, a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990, considera que o trabalho é um dos determinantes e condicionantes da saúde, juntamente a outros fatores, como alimentação, moradia, saneamento, etc.

Em relação ao trabalho rural, podemos considerar que a saúde dos trabalhadores é condicionada por diversos fatores: sociais, econômicos, tecnológicos, organizacionais relacionados aos meios de produção e consumo, além de fatores de risco físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho.

O quadro abaixo apresenta os principais riscos relacionados ao trabalho rural:

**Quadro 1: Principais riscos relacionados ao trabalho rural**

Tipo de Risco	Descrição do risco, do agravo ou dano para a saúde
<b>Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição às radiações solares por períodos longos sem pausa e sem reposição de líquidos e alimentos necessários que podem causar câimbras, desmaios, exaustão por calor, câncer de pele e envelhecimento precoce.</li> <li>- Exposição a ruídos, como por exemplo, pelo uso de motosserras, tratores, a qual pode causar perda gradual da audição, fadiga, irritabilidade, aumento da pressão arterial, distúrbio do sono, entre outros.</li> <li>- Exposição à vibração de maquinários: possível causa de dor lombar e degeneração dos discos intervertebrais.</li> </ul>

<b>Químico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição a agrotóxicos que podem causar efeitos variáveis, como intoxicações agudas, determinadas pelo contato direto com produtos altamente tóxicos e de consequências imediatas e intoxicações crônicas, determinadas determinados pelo contato tanto direto como indireto a produtos muitas vezes de baixa toxicidade aguda e por tempo prolongado.</li> <li>- Exemplos de efeitos agudos estão: fraqueza, cólicas abdominal, vômitos, espasmos musculares, convulsões, náuseas, irritações das conjuntivas, tonteira, dor de cabeça, dificuldade respiratória, perda de apetite, sangramento nasal, desmaios, entre outros.</li> <li>- Efeitos crônicos: variam entre efeitos neurotóxicos, carcinogênicos, teratogênicos, mutagênicos, dermatites de contato, lesões hepáticas e renais, arritmia cardíaca, alergia, asma brônquica, fibrose pulmonar, irritações nas mucosas, disfunção endócrina, danos ao sistema reprodutivo, e outros.</li> </ul>
<b>Biológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição a agentes biológicos como fungos, bactérias e protozoários presentes na terra, em adubos orgânicos ou na água, promovendo aumento da probabilidade de ocorrência de doenças infecciosas e verminoses. Contato com microrganismos hospedeiros de animais.</li> </ul>
<b>Organização do trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritmo intenso de trabalho, cobrança na produtividade, jornada longa de trabalho e ausência de pausas tem ocasionado o surgimento de doenças osteomusculares relativas ao trabalho e lesões por esforço repetitivo.</li> </ul>
<b>Mecânicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cortes, amputações e lesões traumáticas de diferentes graus de intensidade causadas por ferramentas manuais, maquinários, acidentes provocados por ataques de animais peçonhentos, quedas e acidentes de trajeto.</li> </ul>
<b>Ergonômicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocasionalmente por postura inadequada e desconfortáveis para o trabalhador, devido a não projeção de equipamentos levando em consideração suas características; esforço físico intenso; levantamento e transporte manual de peso; posturas forçadas, repetitividade, flexão e rotação do tronco, entre outras.</li> </ul>
<b>Ambientais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contaminação da água, chuva ácida, pulverização de produtos químicos.</li> </ul>
<b>Sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Precariedade de vínculos, subemprego, baixos salários, entre outros.</li> </ul>

Fonte: BAYER, 2016.



Pode-se observar que o trabalho no campo expõe o trabalhador a uma variedade de riscos para a sua saúde, a qual deve ser identificada pelas equipes de saúde, de modo a estabelecer a relação entre as queixas/doenças apresentadas pelo trabalhador e o trabalho que ele desenvolve. Além disso, conhecer as situações de vida e de trabalho destes trabalhadores possibilita às equipes identificar possibilidades de intervir nos processos de trabalho, de modo a diminuir a exposição dos trabalhadores aos riscos.

É muito importante ajudar e orientar o trabalhador rural sobre os cuidados que ele precisa ter para diminuir a exposição aos riscos relacionados ao trabalho. Vamos ver algumas orientações que você pode dar:

- Orientar o trabalhador a fazer acompanhamento com a equipe de saúde mesmo que não esteja apresentando sintomas. A prevenção é fundamental.
- Fazer uso de protetor solar, beber bastante água e utilizar roupas e chapéu para diminuir a exposição ao sol;
- Ao utilizar ferramentas, máquinas, equipamentos e implementos agrícolas observar se eles são adequados ao trabalho e estão em boas condições de uso;
- As pausas para alimentação e descanso durante o trabalho são fundamentais para a saúde do trabalhador;
- Em trabalhos com uso prolongado de motosserras, colhedadeiras, tratores e outras máquinas que produzem ruídos e/ou vibrações, fazer pausas para descanso e mudanças da postura do corpo;
- Orientar o trabalhador sobre a importância de tomar todas as vacinas que são recomendadas para a idade e condições de saúde dele;
- É importante a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): EPIs são ferramentas de trabalho que visam proteger a saúde do trabalhador rural e reduzir o efeito dos riscos existentes no ambiente de trabalho, com o objetivo de manter sua integridade e saúde. Por isso a importância da utilização dos EPIs sempre que necessário. Para cada tipo de trabalho existe um tipo de EPI para proteção.

### Saiba Mais:

#### Principais EPIs e para que servem

- **Luvas de proteção, mangas, mangotes, dedeiras:** proteção de mãos, dedos e braços de riscos mecânicos, térmicos e químicos;
- **Calçados de segurança, botas e botinas:** proteção de pés, dedos dos pés e pernas contra riscos de origem térmica, umidade, produtos químicos, quedas e acidentes com ferramentas;
- **Capacete:** proteção da cabeça contra impactos, choques elétricos e no combate a incêndios;
- **Óculos:** proteção dos olhos contra poeira, fuligem, partes de objetos, luz intensa, radiação, respingos de produtos químicos;
- **Calças, conjuntos de calça e blusão, aventais, capas:** proteção contra calor, frio, produtos químicos, umidade e tempestades.

O uso de EPIs é fundamental para a proteção do trabalhador. O trabalhador precisa conhecer, ter acesso aos equipamentos e saber utilizar de forma correta para garantir sua segurança.

### Importante!

Você sabe como se prevenir dos acidentes com animais peçonhentos? E o que fazer no caso de acidentes com esse tipo de animais?  
Veja algumas dicas!



- Para prevenir acidentes com animais peçonhentos, você deve orientar o trabalhador a:
  - Sacudir e examinar calçados e roupas antes de usar;
  - Usar sempre calçados e luvas adequados para as atividades;



**Importante!**

- Manter limpos os locais próximos às residências (evite acúmulo de lixo, entulhos e materiais de construção);
  - Utilizar telas e vedantes em portas e janelas;
  - Manter as áreas de trabalho limpas e organizadas;
  - Olhar sempre com atenção o local de trabalho;
  - Não colocar as mãos em tocas, buracos na terra, ocos de árvores, cupinzeiros, entre espaços situados em montes de lenha ou entre pedras sem antes revisar;
  - Usar sempre Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).
- Caso aconteça algum acidente com animais peçonhentos, você deve orientar para que o trabalhador:
- Procurar a unidade de saúde mais próxima, o socorro deve agir rapidamente;
  - Imobilizar o membro atingido e mantenha-o em posição elevada;
  - Não furar, cortar, espremer, fazer sucção ou torniquete;
  - Não oferecer bebidas alcoólicas ao acidentado;
  - Lavar o local da lesão com água e sabão e não colocar mais nada;
  - Elevar a parte do corpo atingida;
  - Remover a vítima imediatamente;
  - Permanecer calmo e em repouso;
  - Sempre que possível capturar ao animal para correta identificação.

**A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e o trabalhador rural**

Ao estudar sobre o tema “**Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Política transversal no cuidado à saúde do homem e da mulher**”, conhecemos sobre a RENAST e que ela organiza todas as ações de promoção, vigilância e assistência oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a todos os trabalhadores urbanos e rurais, formais e informais, independentemente do vínculo, ocupação e atividade produtiva.

Vimos também sobre os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

*Você lembra o que são esses serviços?  
Já procurou saber se em seu município existe um?*

Como vimos, eles podem ser de abrangência estadual, regional, municipal e algumas experiências têm sido desenvolvidas no país, relacionadas à implantação de CEREST Regionais Rurais, a partir da análise das especificidades relacionadas às atividades econômicas ligadas ao trabalho rural, bem como a necessidade de se desenvolver ações de saúde voltadas para o cuidado da saúde desses trabalhadores e trabalhadoras, historicamente negligenciados pelas políticas públicas.

**Você Sabia?**

Minas Gerais possui Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador nas Secretarias Municipais de Saúde e na Secretaria de Estado de Saúde (nas Superintendências e nas Gerências Regionais de Saúde e na Diretoria de Saúde do Trabalhador). Essas Referências em Saúde do Trabalhador devem oferecer suporte técnico e pedagógico aos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde quanto ao desenvolvimento de ações que garantem o cuidado aos trabalhadores. Procure saber quem é a referência em Saúde do Trabalhador de seu município, pois ela pode ajudar sua equipe a encaminhar e resolver problemas e demandas sobre a Saúde do Trabalhador que extrapolam a capacidade de resposta de sua equipe de saúde.

Os trabalhadores rurais possuem os mesmos direitos às ações e serviços do SUS. No entanto, sabemos que muitas vezes o acesso destes trabalhadores aos serviços é mais difícil quando se comparado à população que vive nas cidades. Outra dificuldade é a invisibilidade dos agravos e doenças que acometem estes trabalhadores devido à falta de registro nos sistemas de informação do SUS. O registro das doenças e agravos no Sistema de Notificação Compulsória é importantíssimo para que possamos dar visibilidade aos problemas de saúde que acometem a população e neste caso, a população de trabalhadores rurais, do campo e das florestas.

Você se lembra de alguns agravos relacionados ao trabalho que devem ser notificados no SINAN?

Vamos lembrar.

### Quais são os agravos e as doenças relacionados ao trabalho de Notificação Compulsória (obrigatoriamente notificados no SUS)?

- Acidente de trabalho Grave (atenção ao Acidente de Trabalho Fatal e Acidente de Trabalho com Crianças e Adolescentes que também são informados na mesma ficha de notificação): nesse agravo faz-se importante salientar a alta prevalência de acidentes com mutilações e até óbitos relacionados ao manejo de máquinas e equipamentos agrícolas, bem como persistência da prática e cultura do trabalho infantil no meio rural;
- Acidente de Trabalho com exposição a material biológico;
- Dermatoses Ocupacionais: necessário atenção a observação da ocorrência das dermatites alérgicas de contato e as dermatites de contato com fotossensibilização causadas pela radiação ultravioleta (exposição ao sol);
- Intoxicações Exógenas: por substâncias químicas, incluído agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados;
- Lesão por Esforço Repetitivo (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);
- Pneumoconioses;
- Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR);
- Transtornos mentais relacionados ao trabalho;
- Câncer relacionado ao trabalho.

### Atividade 1

#### Discutindo a relação entre condições de trabalho e saúde do trabalhador rural

A partir dos conhecimentos adquiridos, de suas vivências junto aos trabalhadores rurais e dos vídeos sugeridos, discuta com o docente e seus colegas como você percebe a relação entre as condições de trabalho e a saúde do trabalhador.

Vídeo 1: Nuvem de Veneno

Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=jZ1QUAxFaxs>>.



Vídeo 2: Linha de Corte

Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ly7MWg3Llq8>>.



## Referências

BAYER, Lorhayne de Jesus Zebende. **Os agravos à saúde do trabalhador rural**. Trabalho de Conclusão de Curso - Especialização em Saúde da Família. Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERG. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8077>. Acesso em 23. jul. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº. 8080/1990**. Brasília: DF, 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em: 23. jul.2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed; 1 reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde nº 2/2017**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 05. fev. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde nº 4/2017**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso em: 05. fev. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde nº 5/2017**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html). Acesso em: 05. fev. 2018.

DIAS, Elizabeth Costa. **Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil**. 2006. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/saude-trabalhador-rural.pdf>. Acesso em 23. jul. 2017.

Novaes, Beto. **LINHA de Corte**. Direção: Beto Novaes. Produção executiva: Beto Novaes e Carlos Minayo. Documentário, 28'. Distribuição VídeoSaúde – Distribuidora da Fiocruz. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ly7MWg3Llq8> Acesso em julho de 2017.

Novaes, Beto. **NUVEM de Veneno**. Direção: Beto Novaes . Produção: Beto Novaes, Carlos Minayo, Wanderley Pignati. Documentário, 23'. Distribuição VídeoSaúde – Distribuidora da Fiocruz. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jZ1QUAXFxs> Acesso em julho de 2017.

## UNIDADE EM PAUSA: ANALISANDO CAMINHOS E POSSIBILIDADES

Chegamos ao final de nossa 4ª Unidade de Aprendizagem! Foram muitos aprendizados que tivemos, não é mesmo?

Vamos relembrar um pouco sobre o que estudamos?

Sua opinião é muito importante para avaliarmos nosso percurso formativo e também contribuir para o aprimoramento contínuo do material didático. Registre sua avaliação e entregue ao docente.

1. Qual (ais) conteúdo(s) você considerou mais relevante nesta Unidade de Aprendizagem? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Você considera que algum conteúdo poderia ser melhor explorado nesta Unidade de Aprendizagem? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. A forma com que os conteúdos foram trabalhados possibilitou que você refletisse sobre a sua prática cotidiana de trabalho?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



4. O material didático está adequado às suas necessidades de aprendizagem? Justifique.

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Você participa/contribui no desenvolvimento das atividades e do curso?

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Suas expectativas em relação ao curso estão sendo atendidas até o momento?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Espaço livre:** Deixamos essas linhas abaixo, pensando que você, talvez, queira comunicar algo ou deixar algum “recadinho” para a coordenação do curso:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Unidade de  
Aprendizagem 5**

**Acompanhamento de situações de  
saúde específicas**

**Tema 1:  
Saúde Mental**

**Tema 2:  
Saúde Bucal**

“Somente sabem falar os que sabem  
fazer silêncio e ouvir.  
E, sobretudo, os que se dedicam  
à difícil arte de adivinhar;  
adivinhar os mundos adormecidos que  
habitam os vazios do outro”

Rubem Alves

### **Bem vinda e bem vindo à nossa quinta Unidade de Aprendizagem!**

Os objetivos desta Unidade de Aprendizagem são:

- Discutir a saúde mental partindo do conceito ampliado do termo;
- Discutir sobre a relação saúde mental e a atenção básica, em relação às práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, com o intuito de minimizar ou de ressignificar a vida das pessoas com sofrimento mental e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos seus contextos sociais;
- Refletir sobre o papel do ACS no cuidado as pessoas com sofrimento mental e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e ou outras drogas, por ser um membro da equipe com maior proximidade com a realidade local e vinculação com as pessoas e famílias da comunidade;
- Refletir e discutir a noção de saúde bucal em uma perspectiva ampliada;
- Apresentar o conceito de saúde bucal;
- Apresentar as condições de saúde bucal mais prevalentes na população brasileira;
- Discutir fatores de risco e estratégias de promoção e prevenção em saúde bucal;
- Dar subsídios para o acompanhamento e abordagem do/da ACS junto a indivíduos e famílias em questões relativas à saúde bucal.



## Saúde Mental<sup>1</sup>



Maurice Utrillo (1833- 1955), Loucura

Fonte: <http://marcozero.org/wp-content/uploads/2016/08/Loucura-%E2%80%93-Maurice-Utrillo.jpg>

### Reconhecimento à loucura

(...) “Tu Só, loucura, és capaz de transformar o mundo tantas vezes quantas sejam as necessárias para olhos individuais. Só tu és capaz de fazer que tenham razão tantas razões que hão-de viver juntas.”  
José de Almada Negreiros

Nesta unidade trataremos da **Saúde Mental** partindo de um conceito ampliado do termo.

A saúde mental relacionada às práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, com o intuito de minimizar ou de ressignificar a vida das pessoas com sofrimento mental e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos seus contextos sociais. Essa é a perspectiva que deve ser compreendida e aplicada nas práticas cotidianas de toda a atenção básica.

<sup>1</sup>Textos adaptados de MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Qualificação profissional: agente comunitário de saúde. Unidade 4: Ação do agente comunitário de saúde na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos – guia do aluno. Belo Horizonte: ESP-MG, 2012.

Sendo assim, apostamos que a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica esteja relacionada a escuta, ao acolhimento, a formação de vínculos, a atenção as questões que ocorrem nos territórios onde a vida acontece. Então, você, ACS, ocupa um lugar especial no cuidado as pessoas com sofrimento mental e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e ou outras drogas, por ser um membro da equipe com maior proximidade com a realidade local e vinculação com as pessoas e famílias da comunidade.

Neste contexto, tomando como ponto de partida as pessoas que sofrem, e não a doença, podemos compreender a singularidade de cada um e promover um cuidado que dá conta da integralidade de cada pessoa.



Para pensarmos um pouco mais nisso, vamos realizar a atividade proposta?

### Atividade 1

#### Conhecendo o tratamento dado aos pacientes da Saúde Mental no passado

Vamos conhecer e discutir o tratamento dado aos pacientes da saúde mental em um passado não muito distante. Para realizar a atividade, vamos assistir ao vídeo “Holocausto Brasileiro Manicômio de Barbacena”, disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1xBQr5zFAHs>>. Depois, vamos ler alguns trechos do conto de Guimarães Rosa, “Sorôco, sua mãe, sua filha”.

A partir do vídeo e da leitura, vamos refletir sobre a forma como eram e como são tratadas pelas famílias, pelos trabalhadores da saúde e pela sociedade as pessoas com sofrimento mental e/ou pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

**Sorôco, sua mãe, sua filha<sup>2</sup>**  
(Conto de Guimarães Rosa)

Aquele carro parara na linha de resguardo, desde a véspera, tinha vindo com o expresso do Rio, e estava lá, no desvio de dentro, na esplanada da estação. Não era um vagão comum de passageiros, de primeira, só que mais vistoso, todo novo. A gente reparando, notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as de cadeia, para os presos. A gente sabia que, com pouco, ele ia rodar de volta, atrelado ao expresso daí de baixo, fazendo parte da composição. Ia servir para levar duas mulheres, para longe, para sempre. O trem do sertão passava às 12h45m.

(...) Aquilo quase no fim da esplanada, do lado do curral de embarque de bois, antes da guarita do guarda-chaves, perto dos empilhados de lenha. Sorôco ia trazer as duas, conforme. A mãe de Sorôco era de idade, com para mais de uns setenta. A filha, ele só tinha aquela. Sorôco era viúvo. Afora essas, não se conhecia dele o parente nenhum.

(...) Para onde ia, no levar as mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe.

O Agente da estação apareceu, fardado de amarelo, com o livro de capa preta e as bandeirinhas verde e vermelha debaixo do braço. -“Vai ver se botaram água fresca no carro...”- ele mandou. Depois, o guarda-freios andou mexendo nas mangueiras de engate. Alguém deu aviso: “Eles vêm!...” Apontavam, da Rua de Baixo, onde morava Sorôco. Ele era um homenzão, brutalhudo de corpo, com a cara grande, uma barba, fiosa, encardida em amarelo, e uns pés, com alpercatas: as crianças tomavam medo dele; mais, da voz, que era quase pouca, grossa, que em seguida se afinava. Vinham vindo, com o trazer de comitiva.

Aí, paravam. A filha - a moça - tinha pegado a cantar, levantando os braços, a cantiga não vigorava certa, nem no tom nem no se-dizer das palavras - o nenhum. A moça punha os olhos no alto, que nem os santos e os espantados, vinha enfeitada de disparates, num aspecto de admiração. Assim com panos e papéis, de diversas cores, uma carapuça em cima dos espalhados cabelos, e enfunada em tantas roupas ainda de mais misturas, tiras e faixas, dependuradas - virundangas: matéria de maluco. A velha só estava de preto, com um fichu preto, ela batia com a cabeça, nos docementes. Sem tanto que diferentes, elas se assemelhavam.

Sorôco estava dando o braço a elas, uma de cada lado. Em mentira, parecia entrada em igreja, num casório. Era uma tristeza. Parecia enterro. (...)

(...) O que os outros se diziam: que Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio. Isso não tinha cura, elas não iam voltar, nunca mais. De antes, Sorôco aguentara de repassar tantas desgraças, de morar com as duas, pelejava. Daí, com os anos, elas pioraram, ele não dava mais conta, teve de chamar ajuda, que foi preciso. Tiveram que olhar em socorro dele, determinar de dar as providências de mercê. Quem pagava tudo era o Governo, que tinha mandado o carro. Por forma que, por força disso, agora iam remir com as duas, em hospícios. O se seguir.

De repente, a velha se desapareceu do braço de Sorôco, foi se sentar no degrau da escadinha do carro. - “Ela não faz nada, seo Agente...” - a voz de Sorôco estava muito branda: -“Ela não acode, quando a gente chama...” A moça, aí, tornou a cantar, virada para o povo, o ao ar, a cara dela era um repouso estatelado, não queria dar-se em espetáculo, mas representava de outroras grandezas, impossíveis. Mas a gente viu a velha olhar para ela, com um encanto de pressentimento muito antigo - um amor extremoso. E, principiando baixinho, mas depois puxando pela voz, ela pegou a cantar, também, tomando o exemplo, a cantiga mesma da outra, que ninguém não entendia. Agora elas cantavam junto, não paravam de cantar. Aí que já estava chegando a horinha do trem, tinham de dar fim aos aprestes, fazer as duas entrar para o carro de janelas enxequetadas de grades. Assim, num consumo, sem despedida nenhuma, que elas nem haviam de poder entender. (...).

Sorôco.

Tomara aquilo se acabasse. O trem chegando, a máquina manobrando sozinha para vir pegar o carro. O trem apitou, e passou, se foi, o de sempre.

Sorôco não esperou tudo se sumir. Nem olhou. Só ficou de chapéu na mão, mais de barba quadrada, surdo - o que nele mais espantava. O triste do homem, lá, decretado, embargando-se de poder falar algumas suas palavras.

Ele se sacudiu, de um jeito arrebatado, desacontecido, e virou, pra ir-s'embora. Estava voltando para casa, como se estivesse indo para longe, fora de conta.

Mas, parou. (...)E foi o que não se podia prevenir: quem ia fazer siso naquilo- Num rompido - ele começou a cantar, alteado, forte, mas sozinho para si - e era a cantiga, mesma, de desatino, que as duas tanto tinham cantado. Cantava continuando.

(...)

### Texto 1 - Luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica

Apesar de o filme exibir situações que ainda ocorrem nos dias de hoje, a forma de tratar as pessoas com sofrimento mental mudou muito nos últimos anos.

Durante muito tempo, essas pessoas foram excluídas da convivência social e do vínculo com suas famílias. Eram internadas, muitas vezes por toda vida, em hospitais psiquiátricos: lugares fechados, isolados, onde permaneciam afastadas da convivência em sociedade, e não podiam se queixar dos maus tratos que recebiam. Desse modo, essa forma de tratamento tornou-se geradora de doença e não de saúde.

Nos anos 70, muitos trabalhadores de Saúde Mental se rebelaram contra esta situação. Compreenderam que a fama de “perigosos” atribuída aos “loucos” era um mito, usado para mantê-los apartados de nós. No lugar da internação hospitalar, surgem as redes de serviços substitutivos em Saúde Mental. Atendidos nessas redes, os usuários da Saúde Mental puderam falar livremente conosco: denunciaram a solidão e o abandono vividos nos hospitais, além do desejo de receber cuidados em liberdade. Eles se organizaram, com o apoio de muitos familiares e trabalhadores, para lutar pelos direitos de cidadania que até então não tinham: esta luta é conhecida como Movimento Antimanicomial.

Ao longo desses anos, a luta antimanicomial obteve muitas conquistas importantes, que fazem parte da Reforma Psiquiátrica. Uma lei nacional - a Lei nº 10.216/2001 - defende a importância do tratamento realizado na comunidade, e proíbe a internação indiscriminada dessas pessoas. Foram fechados cerca de 60 mil leitos e hospitais psiquiátricos. Várias portarias do Ministério da Saúde reforçaram esta tendência, criando novos tipos de serviços abertos.

Cada vez mais, felizmente, a pessoa com sofrimento mental é um cidadão e uma cidadã, embora diferente, que exerce seus direitos e partilha conosco o mesmo espaço social. No dia 18 de maio é celebrado o dia da “Luta antimanicomial”, em diversos municípios, manifestações públicas comemoram este avanço.

Como vimos, a luta por um tratamento mais humano para os pacientes com sofrimento mental apresentou muitos avanços. Vamos conhecer alguns deles?

### Texto 2 - O cuidado em liberdade: a rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico

Diversos tipos de serviços compõem uma rede de Saúde Mental baseada no cuidado em liberdade. Eles atendem a momentos diferentes do percurso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e da mesma forma, às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Assim, ao invés de afastar essas pessoas de suas famílias e comunidades, é fundamental buscar integrá-las.

Nem todos os tipos de serviços estão disponíveis nos territórios, como por exemplo, nos pequenos municípios. Por isso, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo propósito é articular as necessidades e acolher a pessoa em sofrimento em todas as localidades.

A RAPS busca ampliar o acesso da população à atenção psicossocial através do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências e emergências, de forma a promover vínculos e garantir os direitos das pessoas que precisam de tratamento.

A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, tais como:





**Saiba Mais:**

Conheça mais sobre as diferentes modalidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):

- CAPS I – Municípios ou regiões com população acima de 15 mil habitantes;
- CAPS II - pop. Acima de 70 mil hab.;
- CAPS II - pop. Acima de 150 mil hab.; CAPS AD- pop. Acima de 70 mil hab.;
- CAPS AD III - pop. Acima de 150 mil hab.;
- CAPSi - pop. Acima de 70 mil hab.

Sabemos que nem todo município possui uma rede completa em seu próprio território. Por isso, quando falamos em RAPS, pressupomos seu sentido amplo, que aponta as melhores possibilidades de buscar soluções de forma coletiva.

*Você conhece os pontos de atenção existentes em seu município?*

*Você sabe com quem e onde pode compartilhar os cuidados em Saúde Mental?*

**Saiba Mais:**

Na Portaria do Ministério da Saúde nº 3088/2011, você pode conhecer todos os pontos de atenção da RAPS, além de seus objetivos, princípios e diretrizes que são os norteadores do cuidado em saúde mental no SUS. Ela está disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>.

**Atividade 2**

## Discutindo o que é sofrimento mental

Nesta atividade vamos ler um pequeno texto da médica de família e comunidade Júlia Rocha sobre uma consulta em seu consultório.

Depois vamos discutir sobre a questão da família e do sofrimento mental:

1. Quando um familiar recebe o diagnóstico de que possui algum sofrimento mental, como você acredita essas famílias reagem? Como elas tratam seus parentes com sofrimento mental?
2. Como os profissionais de saúde podem atuar tanto junto aos pacientes quanto junto aos seus familiares?

**Cena de encontro 2: “EU TINHA TANTOS SONHOS PRA ELE”**

*Era nossa terceira consulta. Inês tinha trazido o filho mas ele não quis entrar. Ela se sentou, me olhou e começou a chorar.*

- *“Não me conformo. Não consigo. Tão novo. Tão bonito. Por que, doutora Júlia?”*
- Inconsolável, corria a mão de um lado para o outro sobre a mesa. Chorava, mais serena que na consulta anterior. Era uma dor contida. Seu filho, um rapaz lindo, há poucas semanas recebera o diagnóstico de esquizofrenia.*
- *“Ele não estuda, não trabalha, briga com a irmã mais nova como se fosse outra criança, não me ajuda em casa. Minha vida está revirada.”*
- *“O que você achou dos remédios?”*
- *“São feito água. Ele continua doido.”*
- *“E o que você esperava que os medicamentos fizessem?”*
- *“Ora... curassem. Consertassem ele..... Eu não penso que meu filho está estragado... é que eu tinha tantos sonhos pra ele.”*
- Novo silêncio e ela chora.*
- *“Por mais que eu insista ele não estuda, ele não trabalha, ele não me ajuda. Eu não queria que ele se tornasse um peso. Não por mim. Por ele.”*
- *“Quais eram seus sonhos pra ele?”*
- *“Ah, casar, ter filhos, trabalhar, ter uma profissão”*
- *“Pra quê?”*
- *“Ora, pra ele ser feliz.”*
- *“Você sabe o que significa o diagnóstico de esquizofrenia?”*
- *“Doido.”*
- *“Inês, há certas limitações que são estruturais, minha flor. Por mais que ele se esforce, é impossível que a mente dele se organize a tal ponto que ele vá viver uma vida absolutamente condizente com os sonhos que você tem pra ele.”*
- *“Você acha que eu devo desistir, doutora? Desistir dele?”*
- *“O que você acha?”* Novamente um silêncio e o choro.
- *“Acho que eu preciso sonhar outros sonhos pra ele... talvez ficar só com a parte de ele ser feliz.”*
- *“Acho um excelente começo.”*
- Nos encontramos mais algumas vezes por alguns meses. Ora na rua, ora no consultório. Ela havia voltado a sorrir e as olheiras sumiram do rosto. Em nosso último encontro ela me contou:*
- *“Guilherme tá ajudando o pai no estoque da loja e tá aprendendo violão. Está bem mais tranquilo com a irmã e a nossa convivência dentro de casa voltou a ser muito tranquila. Estou preocupada só com uma coisa. Ele conheceu uma moça e tá namorando. Ai, doutora, tenho tanto medo da moça engravidar!”*
- *“Oxi, mas não era esse o seu sonho pra ele?”*
- *“Mas doutora... ele tem problema.”*
- *“Quem não tem?”*
- *“Mas e se ele tiver um bebê com problema?”*
- *“Todo bebê tem um problema. Asma, rinite, pneumonia, autismo, cólica, diarreia...”*
- *“rsrsrs ai doutora Júlia, você é meio doida!”*
- *“Obrigada! rsrsrs Sai do controle, boba... deixa a vida passar.”*

### Texto 3 - Sofrimento mental: o que é?

O sofrimento mental não é uma condição ou doença semelhante a uma diabetes ou hipertensão. Quando tratamos de um diabético, por exemplo, sabemos que ele tem uma alteração no metabolismo da insulina, que faz aumentar a glicose; as artérias do hipertenso estão estreitadas, e é por isto que sobe a sua pressão. Para o sofrimento mental, na grande maioria dos casos, não temos nenhuma explicação desse tipo.

Há algumas exceções, como os pacientes que sofrem do mal de Alzheimer, cujas células cerebrais são destruídas; ou como o alcoólatra que entra em abstinência e começa a ver coisas e ouvir vozes; ou como o paciente que sai da anestesia geral muito confuso. Mas estes casos pertencem mais à Clínica Médica ou à Neurologia do que à Saúde Mental.

Cabe à Saúde Mental lidar com o “estado mental” das pessoas e das coletividades.

Todos nós já experimentamos em nossas vidas, por exemplo, uma ansiedade incontrolável em situações de stress, a “mania” de conferir a toda hora se as portas estão fechadas, se estamos pisando só nos riscos do passeio, uma tristeza profunda aparentemente sem motivo ou mesmo o hábito de beber ou usar drogas de forma prejudicial. A questão é que as pessoas com sofrimento mental apresentam estes sintomas num grau e numa frequência muito grande, a ponto de se tornarem insuportáveis para elas.

Há casos um pouco mais complexos, nos quais as pessoas apresentam vivências muito diferentes das nossas, e que são incompreensíveis para nós. Elas se sentem perseguidas, ouvem vozes que as ameaçam, acreditam que seu pensamento está sendo lido por todos, ou que suas ideias e atos estão sendo controlados pela TV ou pela Internet.

Essas pessoas podem ser caracterizadas como “deprimidas”, “bipolares”, “esquizofrênicas”, e qualificadas ou até mesmo desqualificadas como “pacientes da saúde mental”. Essa desqualificação ocorre não só pela representação simbólica da loucura, que é construída historicamente, como vimos anteriormente, mas também pela ausência de ações que podem e devem ser realizadas pela atenção básica e não encaminhadas para os serviços especializados.

Com base nas atuais concepções e na necessidade de reorientação do modelo de atenção em saúde mental, sabe-se que a atenção básica tem um grande potencial de conferir maior resolutividade aos problemas de saúde mental do território. Mesmo os casos mais complexos que demandem ações intersetoriais e articulação entre os serviços de saúde da RAPS, devem estar vinculados à atenção básica e ao trabalho do ACS.

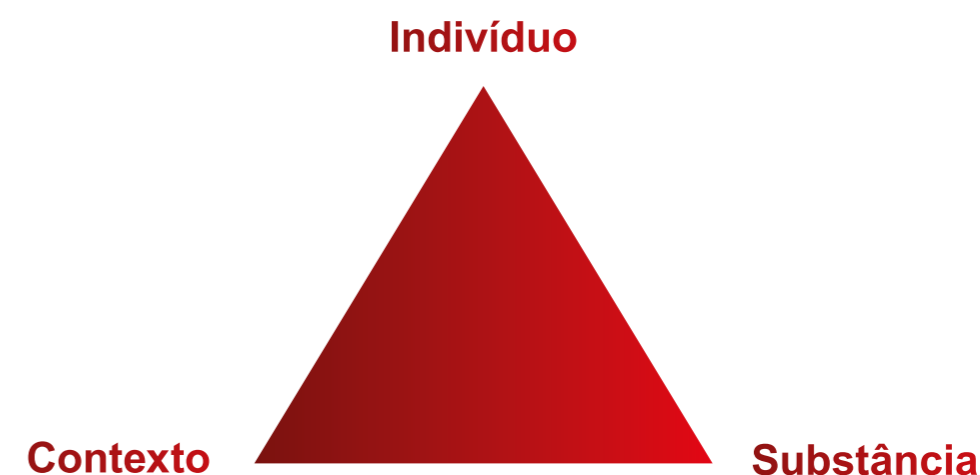
### O Usuário de álcool e outras drogas

O consumo de álcool e outras drogas faz parte da nossa realidade social. É um fato, que pode ser vinculado a usos medicinais e religiosos, na busca pelo prazer e/ou na redução do sofrimento das pessoas. Não se restringe a certa classe social ou a determinada faixa etária, tomando pelo contrário um caráter generalizado, apesar de geralmente apresentar motivações e consequências diferentes entre ricos e pobres. O seu consumo e abuso faz parte de processos de marginalização que ocorrem em nosso meio, por isso cabe aos profissionais de saúde buscar entender os determinantes históricos e culturais desse fenômeno, para conseguir lidar com os problemas que podem provocar no território.

O entendimento que a dependência de álcool e outras drogas são também um transtorno mental é relativamente recente e ainda encontramos muitas pessoas que não conseguem entender essa nova abordagem e ligam o uso de álcool e drogas à “falta de caráter”, falta de “força de vontade” e até mesmo “sem-vergonhice”! O estigma e o preconceito fazem com que se acredite que não há como ajudar essas pessoas e que só estaríamos realmente ajudando-as quando elas não mais usassem álcool e/ou drogas. Mas, esquecemos os muitos outros aspectos que constituem esta pessoa, como, por exemplo, ser marido/esposa, mãe/pai, trabalhador.

O primeiro passo a dar, se queremos ajudar alguém em sofrimento por uso de álcool e/ou drogas, é entender esse indivíduo como alguém que, antes de mais nada, está causando a si mesmo um dano, mesmo que não tenha a menor consciência disso.

O uso abusivo e dependente de álcool e outras drogas deve ser entendido como um fenômeno complexo, que envolve várias dimensões a serem avaliadas. Três dimensões principais podem ser resumidas como: o “indivíduo”, o “contexto” em que esse indivíduo está inserido e a “substância” (ou substâncias) com a qual (quais) o indivíduo está se envolvendo.



Ou seja: podemos dizer que a história de vida, os “recursos internos” que cada um tem para lidar com os problemas, a existência ou não de “apoio externo”, seja ele proveniente da família, amigos, seja de terapeutas, podem mudar muito a evolução e superação do problema. Por fim, a substância que está em jogo pode acarretar, por si, maior ou menor grau de danos, como poderíamos comparar o uso de crack e o uso de maconha, por exemplo.

Ainda nos nossos dias, os usuários de álcool e outras drogas sofrem muitos problemas com o estigma associado ao uso. Dessa forma, por temerem falta de compreensão ou julgamentos, muitas pessoas deixam de pedir ajuda.

### **Importante!**

ACS é agente de saúde e não agente da justiça ou da repressão!

Nos últimos anos temos aprendido muito com novas ações propostas pela **redução de danos**, que é uma forma de abordar o uso abusivo e dependente de álcool e drogas como um fenômeno que vem acompanhando a evolução da humanidade e que seu uso é um comportamento presente em uma significativa parcela da sociedade.

Essa abordagem apresenta a vantagem de tentar entender que, se a realidade que se expõe é o grande número de usuários abusivos e dependentes de álcool e drogas, não bastam os profissionais de saúde decidirem que essas substâncias fazem mal aos usuários, para que eles se conscientizem e decidam abandoná-las.

Se esse hábito está colocando o indivíduo em risco ou se já tem apresentado perdas por isso, ele precisa tomar consciência e ser estimulado a modificar. Mas, se não estiver motivado a mudar nem consciente dos riscos que está correndo, não será suficiente a “prescrição” dos profissionais para que pare.

Um elemento fundamental no enfrentamento de problemas relacionados ao uso abusivo e dependente de álcool e drogas é a possibilidade de realização de diagnóstico precoce. Quanto mais cedo o indivíduo perceber que tem perdido o controle sobre o uso de qualquer substância, mais chance ele tem de evitar aprofundar-se nesse processo.

Você, ACS, tem um papel fundamental na identificação e orientação das pessoas com problemas no uso de álcool e drogas. Por isso, é importante lembrar que o processo de abuso e evolução para a dependência não ocorre repentinamente e muitas vezes não é evidente. Alguns sinais indiretos podem servir de alerta, tais como: redução no desempenho escolar, alterações no comportamento, faltas constantes ao trabalho, relacionamentos familiares conflituosos, entre outros. Nesses casos, você deve oferecer ajuda acolhendo o usuário

e sua família. Deve também discutir com a equipe de saúde para que haja maior atenção para a situação e sejam construídas estratégias para a abordagem da pessoa e sua família, possibilitando o adequado cuidado ao caso.

A disseminação de informações de saúde, tanto nas visitas domiciliares, quanto nos grupos educativos, é muito importante para a promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.



*O que é possível fazer em relação a essas pessoas? Como cuidar das pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas?*

Sabemos que o cuidado em saúde mental é cercado de mitos, dificuldades, dúvidas e receios, porém mesmo considerando a complexidade do manejo dessa condição, verificamos que muitas das práticas que podem ser realizadas pela atenção básica não exige instrumentos e tecnologias diferentes do que já é feito em outras condições, são ferramentas tais como acolhimento, vínculo, etc.

Portanto, para o entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como de saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso ao ACS e aos demais profissionais da equipe de saúde.

Ao longo destes anos, aprendemos muito que o cuidado às pessoas com sofrimento mental e das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas podem estar vinculados à atenção e o trabalho do ACS. Estes cuidados são variados, e podem requerer ou não a participação de um especialista. Contudo, se baseiam sempre em alguns pilares que são paralelamente constitutivos da própria Política de Atenção Básica.

Vamos ver quais são esses pilares?



- **O acolhimento** em todos os serviços onde chegam, estas pessoas devem ser acolhidas e escutadas. O mesmo vale para seus familiares e acompanhantes. Antes de encaminhá-las para um profissional especialista em Saúde Mental, o ACS e os outros profissionais da atenção básica devem procurar saber o que se passa, quais são as queixas, qual a situação de vida da pessoa, e só depois disso decidir se é necessário ou não o encaminhamento especializado. A pessoa com sofrimento mental e/ou usuária de álcool e outras drogas é tão sensível como qualquer outra pessoa à qualidade do acolhimento que recebe.

### Importante!

Acolher é dar boas vindas e humanizar o atendimento. É um importante momento para receber a pessoa de forma empática, ou seja, colocando-se no lugar do outro.

- **O vínculo:** em qualquer situação, o estabelecimento de um vínculo com essas pessoas é essencial para a construção de uma relação de cuidado. Ela dificilmente retornará ao serviço, se o vínculo não for construído com atenção e delicadeza.
- **A responsabilização:** cada serviço da rede deve assumir a sua parte nos cuidados necessários a um determinado usuário. Se achamos possível cuidar dele na atenção básica, ótimo! Senão, é preciso encaminhá-lo de forma responsável para o serviço de Saúde Mental de que ele necessita: não basta fazer um relatório, é preciso telefonar, conversar, discutir o caso, visitar o serviço - enfim partilhar efetivamente a responsabilidade.
- **A Redução de Danos (RD):** embora a RD seja tradicionalmente reconhecida como norteadora das práticas de cuidado de usuários de álcool e outras drogas, ela também é parte do conjunto de ações da PNAB desde 2011, sendo valorizada como estratégia para lidar com diversos agravos e condições de saúde na busca de qualidade de vida para as pessoas. Essa estratégia está alicerçada no estabelecimento de vínculo e empatia entre profissionais da equipe de saúde e o usuário. Assim, a prática de RD pressupõe o diálogo, não é prescrita e nem imposta pelos profissionais de saúde e visa à diminuição de malefícios à saúde relacionados aos hábitos de vida dos sujeitos. Considerando especificamente o cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, procura-se diminuir os danos relacionados as substâncias usadas, ao mesmo tempo em que busca-se a construção conjunta de um modo de viver mais condizente com os anseios e necessidades da pessoa. A proposta é que sejam feitas intervenções singulares que podem envolver o uso protegido, a diminuição do uso, a substituições por drogas que causem menos problemas ou até mesmo a abstinência. Geralmente essas pessoas procuram pouco ou nunca os serviços de saúde, dessa forma podem tentar estabelecer um elo através dos familiares, das visitas domiciliares da equipe ou até mesmo por meio do agendamento de consultas para tratar de outras questões não relacionadas ao problema com álcool e/ou drogas. É a partir da criação de vínculo que abrimos a possibilidade de desenvolver uma proposta de redução de danos baseada nos problemas percebidos pela própria pessoa, auxiliando-a a refletir sobre sua situação. É fundamental, que você ACS, possa levar ao usuário não somente informações, tais como: evitar o consumo de bebida sem ter se alimentado, optar por bebidas destiladas às fermentadas e não compartilhar cachimbos e seringas, mas também buscar alternativas de lazer, socialização, cultura e educação que podem produzir novas e excelentes respostas na produção do cuidado.

### Importante!

- É muito comum as pessoas dizerem que “o louco não quer se tratar”. Mas se oferecemos a essa pessoa com sofrimento mental um acolhimento cuidadoso, um vínculo consistente e um compromisso com o seu bem estar, conseguimos fazer com que ele aceite a nossa ajuda mesmo que seja muito devagar!
- Alguns usuários vão precisar de cuidados mais específicos, como as psicoterapias, os medicamentos, a permanência em serviços especializados, etc. Mas nada disso fica em pé se não cuidamos dos pilares da construção: acolhimento, vínculo, responsabilização de cuidado.

*Qual a função do Agente Comunitário de Saúde na abordagem e acompanhamento das pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas?*

É fundamental a importância do ACS no cuidado em liberdade. Em primeiro lugar colocar a pessoa, e não a doença, como ponto de partida permite um cuidado que se adapta à diversidade de todas as pessoas.

Vejamos alguns aspectos de sua atuação como ACS que podem contribuir para o atendimento às pessoas com sofrimento mental e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas:

- **A construção do vínculo:** sendo o agente de Saúde que percorre de fato todo o território, você ACS é o profissional com o qual os usuários e suas famílias podem estabelecer o seu primeiro vínculo. Este primeiro vínculo é um passo muito importante para a construção da relação com a equipe cuidadora da atenção básica, principalmente nos casos dos portadores de sofrimento mental;
- **A identificação de problemas:** visitando as famílias em suas casas, você pode constatar situações graves de sofrimento mental que não chegaram ao conhecimento da equipe de Saúde. Por exemplo: pessoas que vivem sozinhas num quarto entulhado de lixo; pessoas que são maltratadas por seus familiares em virtude de problemas mentais; alcoolistas vivendo na rua; e assim por diante. Lembramos que os cuidados no trabalho como ACS não se esgotam quando você comunica à equipe a situação que descobriu; pelo contrário, você é um agente de Saúde importante para ajudar a achar uma saída para a situação-problema.

- **O acompanhamento de casos que necessitam de maior atenção sócio-familiar:** certos usuários e certas famílias têm maior dificuldade em lidar com o sofrimento mental, sendo fundamental acolher essa família e ofertar possibilidades de apoio. Sem o cuidado e parceria da família pode haver maior dificuldade em ministrar a medicação de forma adequada, em manter a higiene, entre outras ações necessárias no cuidado do familiar doente. Por outro lado, muitas vezes se inicia no próprio núcleo familiar comportamentos preconceituosos e de exclusão às pessoas com sofrimento mental e aos usuários de álcool e outras drogas, que depois poderá ser ampliado pela sociedade. Assim, a habilidade e o zelo de muitos ACS costumam ajudar nestas situações.
- **A promoção de atividades de cultura e lazer:** a atenção básica é frequentada por muitas pessoas, dentre elas pessoas com sofrimento mental, que não necessitam tanto de um atendimento médico, mas de atividades de cultura e lazer que fazem parte da promoção da saúde. Assim como outros trabalhadores da Atenção Básica, se você se interessa por alguma dessas atividades – caminhadas, passeios, teatro, dança, costura, etc – pode ajudar os usuários a realizá-las. Quando fizer isto, logo notará como as pessoas melhoram com as oficinas, o convívio, a conversa e o encontro!



<http://forumsaudemental.blogspot.com.br/2012/05/18-de-maio-bh-celebra-o-dia-nacional-da.html?view=snapshot>

Você e toda a Atenção Básica desempenham um importante papel no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento, na manutenção do tratamento farmacológico dos quadros estáveis e na reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento mental e/ou usuárias de álcool e outras drogas. Além disso, é importante afirmar que, mesmo as pessoas acompanhadas por serviços especializados da rede de atenção psicossocial (como os Caps), devem continuar sendo acompanhadas pela Atenção Básica.

### Importante!

A proximidade com os usuários e a possibilidade de acompanhar longitudinalmente as famílias faz da Atenção Básica a instância privilegiada para a atenção em saúde mental.

Como exemplo de cuidados em Saúde Mental prestados por ACS, reproduzimos aqui um caso relatado pelo psicólogo Antônio Lancetti, na Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental:

*“Há poucos dias, numa tarde de sexta-feira, uma agente comunitária de saúde encontrou uma senhora sentada à mesa com seus quatro filhos para iniciar o almoço. Nos pratos estava servido Racumin. Interpelada pela ACS, a senhora contou que tinha perdido o marido, o emprego e que estava perdendo a casa pois não tinha dinheiro para o aluguel. Que já não tinha como alimentar os filhos e que era preferível a morte.*

*A agente retirou o veneno de ratos dos pratos de comida, chamou uma vizinha a quem deixou de plantão e foi pra unidade de saúde. Não conseguiu encontrar nenhum membro da equipe de saúde mental, pois estavam atendendo outras urgências ou num curso de capacitação.*

*Orientada pelo diretor da unidade, chamou o Conselho Tutelar, que não atendeu seu pedido. Procurou então o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente local (CEDECA).*

*De volta ao domicílio com os membros do CEDECA, ouviu deles a proposta de internar a mãe e abrigar as crianças. Mas ela não aceitou, pensava que a mulher já estava suficientemente penalizada para ser conduzida a um hospício e separada dos filhos. Deixou a vizinha de plantão e foi até o supermercado, pediu para conversar com o proprietário e conseguiu cesta básica para mais de um mês, depois foi até o dono do imóvel e também obteve um prazo para pagar o aluguel. Poucos dias depois, perguntei à Sílvia, ACS, se poderia acompanhá-la e conhecer a família. Como velho clínico, estava desconfiado. A agente de saúde respondeu que não era possível, pois a senhora já estava empregada” (2001).*

Como podemos observar a partir do caso acima, é realmente fundamental o papel do ACS no cuidado em liberdade à pessoa com sofrimento mental.

Você conhece algum caso onde a atuação tanto do ACS quanto da equipe de saúde foi fundamental para o atendimento à alguém com sofrimento mental?



Para demonstrarmos como se dá a atuação do ACS no cuidado às pessoas com sofrimento mental e/ou às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, e também quais são as estratégias e ações da Atenção Básica na Saúde Mental do seu território, vamos realizar a seguinte atividade:

### Atividade 3

#### (Re)visitando meu território de atuação

A partir das lembranças dos usuários do seu território de atuação, vamos listar as pessoas com sofrimento mental do território e identificar as ações de Saúde Mental realizadas pela ESF para essas pessoas. Vocês deverão se dividir por equipe de saúde da família e registrar as ações realizadas.

O registro deverá ser apresentado em plenária. Depois, você e seus colegas deverão se redividir em novos grupos para discutir e registrar três dificuldades no trabalho em Saúde Mental.

O novo registro também deverá ser discutido em plenária.

Para terminar as discussões a respeito do tema Saúde Mental, vamos ler o texto abaixo sobre a experiência de uma ACS, sobre como sua visão e seu trabalho foi modificado a partir da experiência com um paciente com sofrimento mental.

#### Texto 4 - Considerações sobre o Texto “Entre loucura e a liberdade – A experiência de uma Agente Comunitária de Saúde” de Solange Aparecida Freitas Mattos<sup>3</sup>

*Qual o papel do ACS nos cuidados em Saúde Mental?*

*Quais ações são possíveis aos ACS nos cuidados às pessoas com transtornos mentais severos e às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas?*

Partindo dessas perguntas, propomos aqui uma conversa sobre as experiências de cuidado em Saúde Mental de ACS. Utilizaremos uma experiência relatada por Antônio Lancetti, que ficou conhecida como o caso do Leão.

Propomos fazer uma reflexão a partir do depoimento de uma ACS, sobre seu trabalho com um usuário de Saúde Mental chamado de “Leão”. O nome da ACS é Solange. Ela nos conta:

***“Eu conheci o Leão antes de ser agente comunitária de saúde, há vinte anos. Ele ficava em cima da laje da casa dele mexendo com todo mundo. Acho que me lembro bem desta época porque sempre que eu passava, ele dizia:***

***Olha! Você é muito bonita. Eu queria casar com você.....***

***Agora, eu vou relatar a minha experiência com esse paciente muito especial que é o Leão: 57 anos, 1,88 metros de altura e que pesa perto de noventa quilos. As orelhas dele são como daqueles bichinhos do filme Gremlins, e ele tem como característica principal uma voz rouca e muito alta”.***

Como Solange é uma ACS que reside na comunidade com a qual trabalha, teve a oportunidade de conhecer Leão há muitos anos. E ela aponta características dele que podem ser consideradas assustadoras.

***“No princípio, relutei em fazer o cadastro dele por medo e por achar que não teria nada que fazer por ele aqui no Posto de Saúde. Mesmo assim, no dia 20 de março de 1998, eu fiz o cadastro com informações dadas pelo pai de Leão. Ele explicou os problemas do filho, os remédios que tomava e, cada vez mais, eu me convencia de que a Equipe não podia fazer nada por ele”.***

Nesse trecho, Solange trás duas ideias que muitas vezes ocorrem aos ACS frente a um caso de sofrimento mental graves: “Essa pessoa é uma ameaça” e “É um caso tão complexo que não posso fazer nada por ele”. E ela termina o trecho dizendo que nem mesmo a equipe poderia fazer algo por ele!

***“Aos poucos, fui me aproximando, mais por insistência dele do que por vontade própria. Nesse primeiro momento, ele era para mim assustador e eu tinha a impressão de que, a qualquer minuto, ele iria me atacar”.***

<sup>3</sup> Adaptado por Marcelo Arinos Drummond Júnior de MATTOS, Solange Aparecida Freitas. Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde. IN: LANCETTI, Antônio. Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: HUCITEC, 2000, p. 53-38.



Como já vimos, a ideia aqui é “Essa pessoa é uma ameaça”. Ainda bem que ele insistiu na aproximação!

**“Fui conhecendo um outro lado dele durante as reuniões com a Equipe de Saúde Mental (Salette e Luísa). As discussões do caso travadas por nós me ajudaram a vê-lo como realmente é: um ser sensível, carente, ingênuo, e não um monstro assustador. Alguém que sabe o que quer e muito reivindicador; principalmente agora que já está bem mais seguro”.**

Aqui surgem efeitos do dispositivo Matriciamento em Saúde Mental, que pode ser realizado por profissionais da área, trabalhem eles nos NASF, nos CAPS/CERSAMs ou em qualquer outro serviço. Tão logo são iniciadas as discussões sobre a situação de Leão, Solange passa a compreendê-lo de forma bastante diferente do que antes: nada de “monstro assustador”!

**“Lembro-me do primeiro dia em que eu e a doutora Saron (médica de família) fizemos a primeira visita domiciliar e conhecemos, separados da casa dos pais, os dois cômodos em que ele reside”.**

Os ACS podem ser importantes agentes para viabilizar a construção de vínculos entre outros membros das ESF e pessoas com problemas de Saúde Mental. Não é raro que muitas dessas pessoas, em um primeiro momento, só permitam a entrada em suas casas dos ACS, por já os conhecerem e neles confiar.

**“Disputando espaço em seu pequeno mundo, muitos rádios antigos e de todos os tamanhos, uma vitrola, vários discos e um monte de livros na estante. Porém, o que mais me chamou a atenção foram os muitos, muitos bilhetes colados na parede que ele escreve para ele mesmo como: “Nunca fale alto!”, “Não é para sair do quarto quando tiver visitas na casa de meus pais!”, ou “Não é para brincar com a Sandrinha (sobrinha) que ela fica assustada”. Em todos os bilhetes, uma palavra se repetia: Não! Não! Não!”.**

Aqui Solange nos mostra que a aproximação dela com o universo do Leão, vai permitindo que ela se aprofunde na compreensão do caso. Nenhum preconceito resiste a um contato mais próximo.

**“Assim, percebi todas as suas angústias e suas dificuldades de se relacionar não só com os outros mas também com as pessoas da própria família, que ele ama muito. Sempre nos elogiando: “vocês são muito competentes!”. Nós, a equipe, no princípio, éramos eu e a doutora Saron. Dessa forma, ele foi nos cativando e nos incentivando a cuidar mais dele”.**

Solange, após sua aproximação com Leão, já expressa que é possível sim a ESF cuidar dele!

**“Leão tomava muitos remédios e falava repetidamente o nome deles mudando sempre o modo de tomar. Agora, imaginem uma pessoa de quase dois metros de altura falando bem alto: “Eu tomo um Amplictil de 100mg e um Fenegan de 25mg de manhã e à tarde. À noite, eu tomo dois Amplictil de 100mg, um Haldol de 5mg, um Fenegan de 25mg e o Akinetom de 5mg, às vezes, eu não tomo. Às vezes, eu tomo dois Fenegan de 25mg e um Amplictil à noite....”, e assim por diante.**

**Pensei com meus botões: - Assim fica difícil fazer amigos, né?”.**

Aqui aparece claramente o interesse de Solange na prestação de cuidados para Leão. Ela faz o diagnóstico de um aspecto da situação em que ele vive e pensa que alguma coisa deve ser mudada!

**“Foi quando decidimos levar o caso para o doutor Walter, que também foi ao quarto dele. Ele não gostava que as pessoas entrassem em seu quarto, mesmo assim permitiu a visita do Walter, da equipe (eu, doutora Saron, enfermeira Jane, agente comunitária de saúde Jovane) e de sua mãe”.**

Como resposta à identificação da necessidade de se produzir uma mudança na situação de Leão, a ESF aciona um psiquiatra. Assim, podemos ver vários membros da ESF e o especialista atuando em equipe em um atendimento compartilhado. Lembrando do que já dissemos sobre o papel de facilitador do acesso de outros profissionais a pacientes com transtorno mental, temos boas razões para supor que Leão permitiu a visita do psiquiatra e de outras pessoas pelo vínculo já estabelecido com Solange.

**“Conversamos muito com ele, e o doutor Walter deixou que ele falasse das suas angústias e dos seus problemas sexuais, que ele relata mais ou menos assim: “sabe, é que os espermatozoides ficam na minha cabeça e eu passo mal. Aí, eu me masturbo e me sinto bem... eu queria ter uma namorada...”, e diz que uma de nós é muito bonita e que quer namorar e casar com a gente”.**

Nesta parte do texto, Solange nos relata a escuta de doutor Walter em relação à fala de Leão sobre seus problemas. A escuta possibilita suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento. Pode ser exercida por qualquer profissional como parte importante dos cuidados em Saúde Mental.

**“Leão começou a sentir-se mais seguro e começou a ir ao consultório, onde doutora Saron o atendia na hora que ele aparecesse mas, enquanto esperava, a conversa era sempre a mesma: os remédios e os espermatozoides. No entanto, suas vindas ao Posto eram raras, ele tinha muito medo de sair de casa sozinho”.**

Os cuidados recebidos por Leão parecem produzir mais efeitos positivos. Solange percebe isso, mas continua atenta às limitações ainda presentes na vida do rapaz.

**“Constantemente, Leão brigava com o pai, que chegou a me pedir para interná-lo em um hospital psiquiátrico. Nesse dia, o próprio paciente concordou dizendo que também queria ir para o hospital (ele passou por várias internações e estava impregnado pela medicação).**

**Em vez disso, combinamos com a Equipe de Saúde Mental que eu iria acompanhá-lo no Grupo de Caminhadas, organizado pelo Posto, três vezes por semana”.**

A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, determina que é direito da pessoa portadora de transtorno mental, ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Assim, ao invés de uma internação em hospital psiquiátrico, Solange e sua equipe decidem com a equipe matricial em Saúde Mental, utilizar de um recurso bem mais simples que possibilita a socialização e inclusão: o Grupo de Caminhadas. Solange, que podia contar com o vínculo estabelecido com Leão, iria acompanhá-lo nas caminhadas.

**“No dia e horário marcados, passei na casa do Leão e o levei ao Posto para nos encontrarmos com o grupo, cerca de cinquenta participantes, a maioria idosos. Eles estavam conversando e rindo quando eu disse:**

**Pessoal, este aqui é o Leão; ele vai participar com vocês da caminhada.**

**Houve silêncio mortal! Todos o olharam fixamente causando mal-estar geral, e claro, Leão não quis mais participar da caminhada.**

**A rua tornou-se silenciosa e fria. Começou a chover mas ele sempre tinha um guarda-chuva preto que deixava providencialmente pendurado no braço. Descemos protegidos da chuva e, ainda assim, ficamos encharcadas pelo preconceito. Neste dia, fiquei deprimida e me sentia também como ele: rejeitada.”**

Nesse trecho, Solange relata seu encontro com o preconceito da comunidade contra Leão. Contra qualquer pessoa que sofra da mesma condição de Leão. Mais uma vez, a ideia preconceituosa aqui é “Essa pessoa é uma ameaça”. Trata-se de um preconceito que inicialmente também determinou a forma de Solange enxergar Leão, antes de que ela tivesse se aproximado dele.

Nesse momento, Solange parece ter sentido forte empatia com o sofrimento de Leão por ter sido, mais uma vez em sua vida, rejeitado como efeito do preconceito.

**“A partir daí, eu passava na casa dele em dias alternados para nossa caminhada. No começo, eu lembro que a Jovane ia comigo porque eu tinha medo de ir sozinha. Eu estava começando a entrar no seu mundo...”**

**Ele abaixava a cabeça e saía andando bem rápido e eu falava:**

**- Olha o céu, tá bonito, né? Olha o passarinho na árvore....**

**Ele olhava porque eu mandava e voltava o olhar para o chão novamente. Eu achava engraçado e pensava: é, eu estou ficando louca mesmo! Mas eu continuei por menos tempo do que eu pensava”.**

Solange assume aqui um papel ativo nos cuidados ao Leão. Na impossibilidade dele frequentar o Grupo de Caminhadas, ela passa a caminhar com ele dia sim dia não, tentando entrar em seu mundo. Ela percebeu que estava mudando significativamente sua forma de enxergar Leão. Ele já não parecia mais tão diferente dela.

**“O problema da caminhada foi resolvido de forma inesperada. Era dia de visita domiciliar, eu e doutora Saron fomos visitar uma paciente e, no caminho, encontramos o Leão passeando na rua com a mãe dele (na época ele não andava sozinho). Quando ele nos viu quis entrar no carro de qualquer jeito. Acabamos por deixá-lo nos acompanhar. Depois, na casa da paciente não tinha quem o segurasse. Então, doutora Saron pediu que eu o levasse de volta para casa e a esperasse lá, enquanto ela terminava as visitas domiciliares com Jovane.**

**Fiquei conversando com ele durante duas horas e quinze minutos enquanto caminhávamos.**

**Leão pediu para segurar o meu braço e eu descí a rua de braço dado com ele, o que causou indignação de todos os vizinhos. As pessoas saíram para a rua e comentavam brincadeiras de mau gosto do tipo: “Ei, Solange!. Agora você também é paga para andar de braços com esse aí?” E eu respondi com firmeza:**

**- Esse é o meu trabalho e esse aqui é o Leão.**

**Os meninos da rua o xingaram como de costume e jogaram pedras. De forma inesperada, eu chamei a atenção deles e nunca mais eles o insultaram.**

**A partir desse dia, Leão começou a sair sozinho de casa. As pessoas da rua começaram a vê-lo de forma diferente e passaram a respeitá-lo”.**

A atenção em Saúde Mental frequentemente exige uma flexibilização da forma de uma equipe organizar seu trabalho. Assim como a médica se dispunha a atendê-lo nos horários em que ele conseguia chegar na unidade de saúde, se dispôs também, junto com Solange, a levar Leão para uma visita domiciliar. Mas as coisas não ocorreram como o esperado e Solange teve que levar Leão para a casa, que era distante. Assim, houve a oportunidade de ficar mais próxima ainda. Decidiu romper com seus preconceitos e assumiu publicamente que estava ali fazendo alguma coisa por ele e que isso fazia parte de seu trabalho. Sua mudança foi tanta que ela não teve dúvidas em enfrentar a comunidade exigindo respeito para a profissional e seu paciente. Dessa forma, com seu enfrentamento, terminou produzindo uma mudança na cultura de sua comunidade: eles também passaram a enxergar Leão com menos preconceito. E isso foi decisivo.

**“Com o tempo, Leão começou a participar do grupo de caminhada e a interagir com outras pessoas. Nesse período, Walter mudou sua medicação por Risperdal 2mg, de doze em doze horas e, assim, ele parou de falar dos remédios.... e começou a falar, cada vez mais, de sexo. Ele é virgem e queria ter uma namorada. Agora, doutor Walter mudou novamente a dosagem do remédio, que ele às vezes toma, às vezes não toma; e ainda muda a quantidade, mas nada de alarmante.**

**O Leão é um membro atuante no Grupo de Caminhada, já participou de vários passeios promovidos pelo grupo e começa a ter relacionamentos com algumas mulheres. Outro dia, uma moça lhe dedicou uma música pelo rádio, que ele retribuiu”.**

Graças ao trabalho de toda equipe e à dedicação de Solange, Leão é incluído na comunidade. Interage com outras pessoas e começa a se relacionar com mulheres. Uma mudança incrível. Mas não parou por aí:

**“Escolheu o presente que queria dar ao amigo secreto. Fez tratamento odontológico, antes impossível, por não dar continuidade. Toma banho, o que também não conseguia por ser uma atividade diária. Usa roupas da moda. Passa perfume”.**

Quantas coisas Solange e a equipe da qual faz parte puderam fazer por Leão!

**“É acolhido no Posto de Saúde de forma geral por todos os funcionários.**

**Dias atrás, o Posto de Saúde foi assaltado e ele comentou com as pessoas à sua volta: “tem muita gente que não gosta de mim, por isso assaltaram o Posto. Por minha causa”.**

**A Unidade Básica de Saúde Doutora Ilza Hutzler é a casa do Leão.**

**Quando ele se sente ameaçado, infeliz, nervoso ou muito feliz ele vem aqui e fica. Foi convidado para participar do Grupo de Artesanato e, aceitou!. Agora, é só aguardar para ver o que vai acontecer. Seja o que for, fico feliz por ele.....”.**

Uma UBS que se transformou para acolher e cuidar de Leão, portador de transtorno mental a quem muitos temiam. Nessa UBS Leão sabe que tem um lugar onde cabe, com todas as suas peculiaridades. Um lugar garantido. Referência. Sua casa.

**“Leão tornou-se um cidadão! Espero e sei que ele vai conseguir muito mais.**

**O importante é que, nesse caso, eu vejo a vitória de um Projeto onde todos podem contribuir com o que há de mais importante no ser humano que é a solidariedade e o amor”.**

Assim termina o texto de Solange, com ela mostrando sua forma de dar sentido para o processo de melhora de Leão, do qual ela foi protagonista. Trata-se de uma história real. Solange Aparecida Freitas Mattos escreveu e publicou sua experiência sob o título de “Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde”, no livro Saúde Mental e Saúde da Família, organizado por Antônio Lancetti. Tanto por sua atuação no caso Leão, quanto pela iniciativa de escrever e publicar sua experiência, Solange nos demonstra como um ACS pode atuar nos cuidados em Saúde Mental, trabalhando em equipe e sendo protagonista desses cuidados. Tratava-se de um portador de transtorno mental. Poderia ter sido um usuário prejudicial de álcool e outras drogas. Também nesses casos há muito o que os ACS podem fazer para a construção de uma melhora importante na vida dessas pessoas.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em 16. abr. 2018.

LOBOSQUE, A.M; DRUMMOND JÚNIOR, M.A. **Alguns elementos de Saúde Mental para os Agentes Comunitários de Saúde**. Belo Horizonte, ESP-MG, 2012.

MATTOS, S.A. F. **Entre a loucura e a liberdade**: a experiência de uma agente comunitária de saúde. In: LANCETTI, A (org). **Saúde e Loucura**: saúde mental e saúde da família. São Paulo, 2000, p. 53-38.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Qualificação profissional**: agente comunitário de saúde. Unidade 4: Ação do agente comunitário de saúde na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos – guia do aluno. Belo Horizonte: ESP-MG, 2012.

NEGREIROS, Almada. **Poesias**. 2009. Disponível em: <<http://serpenteimplumada.blogspot.com.br/2009/05/almada-negreiros-reconhecimentoloucura.html>> Acesso em: 10 fev. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde**.

## Saúde Bucal



Fonte: <http://blog.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Radis-Novembro.png>

Iniciaremos esta temática discutindo sobre o papel do ACS nos assuntos referentes à Saúde Bucal. Para tanto, falaremos um pouco sobre a saúde bucal em uma perspectiva ampliada; o conceito de saúde bucal; as condições de saúde bucal mais prevalentes na população brasileira, os fatores de risco e estratégias de promoção e prevenção em saúde bucal. Além disso, ofereceremos alguns subsídios para o acompanhamento e a abordagem do ACS junto a indivíduos e famílias em questões relativas à saúde bucal.

*Então que tal começar nossos estudos com música?*

**Dinâmica 1 – Hora da cantoria!**

Participe da dinâmica proposta pelo docente, que tem o objetivo de discutir sobre o conceito de saúde bucal.

Em grupo, você e seus colegas vão soltar a voz! Tentem reconhecer os fragmentos das músicas: você já conhecia a música? Qual o nome? Quem canta?

Depois, discutam sobre os sentidos presentes nos trechos musicais e outros que você e seus colegas acharem importante acrescentar. Identifiquem e discutam os sentidos da saúde da boca, da saúde bucal na sua vida e na das pessoas ao seu redor.

A partir dessa discussão, sintetize as suas ideias em uma noção ou conceito de saúde bucal para o seu grupo. Registrem em um papel kraft e compartilhe as suas construções com o restante da turma.

### Musica 1:

Mel, tua boca tem o mel  
E melhor sabor não há  
Que loucura te beijar  
Céu tua boca tem o céu  
Infinito no prazer  
Toda vez que amo você

Meu amor as palavras  
Que me diz  
Eu preciso sempre ouvir  
Pra poder viver feliz  
O teu sorriso tem a luz da sedução  
Faz maior essa paixão  
No encontro com você...

### Tua Boca<sup>4</sup>

**Intérprete:** Belo

**Compositor:** Sergio Seracenni/Ronaldo Monteiro de Souza

### Música 2

Não quero chá, não quero café  
Não quero coca-cola, me liguei no chocolate

Eu me liguei, só quero chocolate<sup>2</sup>  
Não adianta vir com guaraná pra mim  
É chocolate que eu quero beber

### Chocolate<sup>5</sup>

**Intérprete:** Tim Maia

**Compositor:** Tim Maia

<sup>4</sup> Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/belo/tua-boca.html> Acesso em: 14 jan 2017.

<sup>5</sup> Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/tim-maia/chocolate-2.html> Acesso em: 14 jan 2017.

### Música 3

Quero sua risada mais gostosa  
Esse seu jeito de achar  
Que a vida pode ser maravilhosa  
Quero sua alegria escandalosa  
Vitoriosa por não ter  
Vergonha de aprender como se goza

### Vitoriosa<sup>6</sup>

**Intérprete:** Ivan Lins

**Compositores:** Ivan Lins e Vitor Martins

### Música 4

Pai, afasta de mim esse cálice (cale-se)  
Pai, afasta de mim esse cálice (cale-se)  
Pai, afasta de mim esse cálice (cale-se)  
De vinho tinto de sangue

Como beber dessa bebida amarga  
Tragar a dor, engolir a labuta  
Mesmo calada a boca, resta o peito  
Silêncio na cidade não se escuta  
De que me vale ser filho da santa  
Melhor seria ser filho da outra  
Outra realidade menos morta  
Tanta mentira, tanta força bruta

Como é difícil acordar calado  
Se na calada da noite eu me dano  
Quero lançar um grito desumano  
Que é uma maneira de ser escutado  
Esse silêncio todo me atordoia  
Atordoadado eu permaneço atento  
Na arquibancada pra a qualquer momento  
Ver emergir o monstro da lagoa

### Cálice<sup>7</sup>

**Intérprete:** Chico Buarque

**Compositores:** Gilberto Gil/Chico Buarque

<sup>6</sup> Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/ivan-lins/vitoriosa.html> Acesso em: 14 jan 2017.

<sup>7</sup> Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/chico-buarque/calice.html> Acesso em: 14 jan 2017.

**Música 5**

Depois de tomar uma a coragem vem  
 E aquele chicletinho que é pra ficar bem  
 Agora é com você, é só me responder  
 Dá uma pausa no som que é pra eu dizer

E essa boca aí?  
 Ela só fala ou também beija? beija  
 Eu sei que beija

**E essa boca aí?<sup>8</sup>****Intérprete:** Bruninho e Davi (part. Luan Santana)**Compositores:** Thalles Lessa / Thiago Rossi / Nicolas Damaceno / Rafael Borges**Música 6**

Tem gente que já tá com o pé na cova  
 Não bebeu e isso prova  
 Que a bebida não faz mal  
 Uma pro santo, bota o choro, a saideira  
 Desce toda a prateleira  
 Diz que a vida tá legal

Eu bebo sim!  
 Eu bebo sim Eu tô vivendo  
 Tem gente que não bebe  
 E tá morrendo

**Eu Bebo Sim<sup>9</sup>****Intérprete:** Elizeth Cardoso**Compositores:** Luiz Antônio e João do Violão**Texto 1 - Saúde Bucal: boca saudável, saúde para a vida**

Boca. Uma palavrinha tão pequena, mas tão vasta de sentidos. Boca que ri, sorri, que gargalha. Boca que come, que bebe, mastiga e que engole e que degusta sabores. Boca que fala, explica, que escolhe o quê diz e o quê desdiz. Boca que emudece. Boca que beija, que geme. Boca que grita, que sussurra, que lamenta e que censura. Boca que xinga, que cospe, que reclama e que elogia. Boca, bocas de sujeitos que existem, que desejam e que produzem vida!

Falar de saúde da boca, de saúde bucal, é falar da nossa possibilidade, do nosso estado de potência para produzir, viver, ser e estar no mundo e com os outros e, nesse processo, “irmos nos fazendo”, nos formando como gente. A saúde bucal, nesse sentido, é essencial para a nossa saúde e para a nossa qualidade de vida (WHO, 2012). Falar dela em separado e enquanto um recorte da saúde geral é, no mínimo, simplista e ingênuo. E não se esqueça que falamos da saúde dentro de um conceito ampliado, conforme discutido na Unidade de Aprendizagem 1. Demarcamos aqui, então, a lógica de enxergarmos a saúde bucal como “muito além do céu da boca” (NARVAI; FRAZÃO, 2008), bocas de sujeitos, sujeitos com boca.

*Você já tinha pensado nisso tudo? Você concorda com essas ideias? Elas estão de acordo com o a ideia, o conceito que o seu grupo formulou na Dinâmica 1?*

Dito isso e entendido a complexidade e a amplitude da questão, podemos, por fim, conceituar a “saúde bucal”. Só precisamos ter em conta que um conceito nos dá apenas uma noção, um juízo sobre algo, mas não deve, nunca, encerrar uma discussão. Pelo contrário, deve possibilitar que as pessoas reflitam sobre um assunto.

Saúde bucal é um conjunto de condições objetivas/normativas (biológicas) e subjetivas que, juntas, nos permitem exercer nossas capacidades de morder, mastigar, engolir, sorrir, falar e de estar bem conosco e com os outros. É a ausência ou a convivência em níveis não limitantes com dores faciais ou bucais, câncer de boca ou de garganta, infecções orais ou inchaços, doenças periodontais (da gengiva), cáries e outras doenças, desordens ou incômodos (NARVAI; FRAZÃO, 2008; WHO, 2003; 2012).

Repare que o conceito fala de “condições objetivas/normativas (biológicas)” e também de “condições subjetivas”. Sim! Porque apesar da validade e importância da realidade objetiva, do “tamanho” de saúde ou de doença que pode ser medido e aferido por profissionais com competência técnica para tal, essas condições não podem ser tomadas como retrato único da situação de saúde bucal de uma pessoa ou de uma comunidade (conforme discutido na Unidade de Aprendizagem 1).

<sup>8</sup> Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/bruninho-e-davi/e-essa-boca-ai-part-luan-santana.html> Acesso em: 14 jan 2017.

<sup>9</sup> Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/elizeth-cardoso/eu-bebo-sim.html> Acesso em: 14 jan 2017.



**PARA REFLETIR E DISCUTIR!****O CASO DA ANA**

Ana tem um espaço entre os dois dentes da frente que a incomoda desde que ela ficou adolescente. E também tem a cor dos dentes que parecem amarelados e sem vida. Ela observa e amarga esses problemas todos os dias no espelho do banheiro ao passar batom, antes de sair de casa para ir à escola. Esse espaço e esse sorriso amarelo, para ela, fazem com que o seu sorriso seja bem diferente do sorriso das meninas atrizes da novela, todas elas com dentes bem juntinhos, brancos e brilhantes. Ela compara também com as mulheres bonitas das capas de revistas femininas com seus sorrisos brancos e perfeitos que combinam com seus corpos magros. Ana resolve um dia ir até a UBS procurar acolhimento pela equipe de saúde bucal e apresentar o que, pra ela, é a sua demanda, a sua necessidade de saúde. Já na consulta, em exame clínico, o dentista William avalia os dentes de Ana e explica que aquilo não é um problema de saúde. Ele explica que aquele espaço entre os dentes se chama “diastema” e não prejudica a mastigação da Ana nem indica que a sua gengiva não está saudável: ele representa apenas uma variação do formato e posição dos dentes. Sobre a cor amarelada, a outra queixa da Ana, William explica que dentes são naturalmente mais ou menos amarelados em razão da coloração do material que se encontra abaixo do esmalte destes: a dentina. E que também os pigmentos alimentos que ingerimos podem influenciar na coloração dos dentes, mas que esses pigmentos podem ser removidos por uma limpeza de dentes profissional. Ele afirma ainda que um sorriso branco só pode ser obtido artificialmente por meio de um procedimento chamado “clareamento dental” que não é oferecido pelo SUS. Ana faz o procedimento de limpeza dos dentes no consultório ainda na consulta, mas vai embora nada satisfeita. Na sua cabeça, sua demanda não foi resolvida. E as suas queixas continuam.

Podemos dizer que as condições apresentadas pela Ana são condições subjetivas ou ainda necessidades sentidas que são diferentes daquelas identificadas enquanto condições objetivas/normativas (biológicas) pelo William, profissional de saúde.

*Na sua opinião, qual seria a solução para esse impasse?  
Qual são as suas impressões sobre o caso da Ana? Socialize-as com a turma e participe de uma discussão sobre o caso conduzida pelo/pela docente.*

Ora, se falamos de um conceito ampliado de saúde, de fatores múltiplos que determinam e condicionam a saúde, precisamos considerar que a própria identificação de uma necessidade ou de um problema de saúde bucal por alguém, por um(a) usuário(a) que procura o serviço de odontologia na Unidade de Saúde, será influenciada pela sua cultura, pelos seus projetos, por seus valores e visão de mundo e, ainda, por seus desejos. E esse é um grande desafio para a organização, o planejamento e a oferta dos nossos serviços de saúde: incorporar as visões e as “vozes” de distintos atores sociais, sejam eles gestores, especialistas, trabalhadores de saúde ou usuários. Visões e “vozes” por vezes distintas entre si, mas todas elas muito importantes e válidas para a construção de uma assistência verdadeiramente democrática, inclusiva e resolutiva (SILVA; BATISTELLA.; GOMES, 2007). Você, ACS, tem um papel muito importante nesse contexto, já que é ponte e agente intercessor entre comunidade e equipe multiprofissional.

**Atividade 1****(Re)lembrando das necessidades de saúde bucal do meu território**

Já que estamos falando de necessidades ou de problemas de saúde bucal, vamos aproveitar para identificar, na sua prática ou na sua experiência individual, questões dessa natureza.

Em trio, discuta as questões abaixo e depois discuta com docente e demais colegas:

1- Você saberia dizer quais são os principais problemas e/ou necessidades de saúde bucal da sua comunidade? Tente enumerá-los e, caso não saiba o nome específico, tente ao menos descrevê-los.

2- Rememore, enquanto ACS atuante, ao menos duas situações em que um(a) usuário(a) tenha se reportado a você relacionando uma questão de saúde bucal dele(a) ou da própria família. Tais demandas encontraram resposta nos serviços ofertados pela sua Unidade de Saúde ou em alguma do município? Caso negativo, você saberia dizer como o problema foi solucionado?

3- A sua UBS possui equipe de saúde bucal? Você saberia dizer como se organiza o atendimento? Caso negativo, qual a referência de serviço de saúde bucal mais próxima para os usuários da sua comunidade?

4- E você, tem ou já teve algum problema de saúde bucal? Qual?

## Texto 2 - Principais condições de saúde bucal, fatores de risco (comuns) e estratégias de intervenção

As condições de saúde bucal mais prevalentes na população brasileira são, nessa ordem, a cárie dental, as doenças periodontais, as más oclusões e os cânceres de boca. Os traumatismos dentários e a fluorose também são questões relevantes (BRASIL, 2012). É importante que você conheça esses agravos e também os fatores de risco a eles associados, de forma a possibilitar o devido acompanhamento e abordagem junto aos usuários e famílias e ainda o desempenho do seu papel de vigilante de fatores de risco no território, em parceria com a equipe de saúde.

### PLACA DENTAL: que bicho que é esse?

Para entendermos dois principais problemas de saúde bucal da nossa população, a cárie dental e as doenças periodontais, precisamos falar sobre a placa dental. Sabe aquela “massinha” esbranquiçada e pegajosa que fica depositada sobre a superfície dos dentes ao final de um dia inteirinho regado a muitas guloseimas e sem limparmos os dentes? Aquela sensação de que a superfície dos dentes está áspera quando passamos a língua? Chamamos essa “camada” de placa dental ou placa bacteriana. Ela é produzida por bactérias que estão presentes em nossa boca a partir do momento que elas se “alimentam” dos restos de açúcares presentes na alimentos e bebidas que ingerimos. Ao longo do tempo essa camada, se não for removida, vai ficando cada vez mais grossa, mais espessa e aderida à superfície dos dentes (inclusive nas superfícies entre eles). A placa dental pode, inclusive, endurecer ao se tornar calcificada a partir de sais presentes na nossa saliva: é o que chamamos de tártaro ou placa dental calcificada. O grande problema da placa e do tártaro é que eles facilitam contato íntimo e, por vezes, prolongado, de bactérias e outros produtos que elas produzem com os dentes e os tecidos de suporte do dente (gengiva, osso e outras estruturas), o que pode resultar no desenvolvimento de problemas de saúde bucal.

A nossa tendência é “demonizar” as bactérias presentes em nossa boca, mas o fato é que, assim como a nossa flora intestinal (“população” de bactérias que habitam nosso intestino) as bactérias que habitam a nossa boca, a nossa flora bucal, também tem um papel importante na nossa saúde. Ou seja, “combater” a placa dental não necessariamente é a solução, ao contrário do que a maioria dos produtos de higiene oral prometem na mídia. Devemos focar nossa atenção em reduzir a formação da placa e evitar a formação de tártaro, e, claro, intervir no contato prolongado da placa dental/tártaro com dentes e gengivas.

### Mas como, gente?

Adotando, promovendo, estimulando e colaborando com estratégias que estimulem a adoção dos seguintes comportamentos:

- Consumo de forma menos frequente de alimentos e bebidas ricos em açúcares refinados (refrigerantes, sucos, café adoçado, biscoitos, salgadinhos, doces, pães, balas, etc.). Os alimentos pegajosos e grudentos, com tendência a deixarem resíduos na superfície dos dentes, merecem atenção especial;
- Aumento e equilíbrio do consumo junto a outros grupos alimentares de alimentos tido como “protetores”, como os vegetais ricos em fibra (frutas, verduras legumes), leite, derivados do leite, castanhas e oleoginosas;
- Manutenção da hidratação através do consumo de água limpa e potável, o que garante um fluxo de regular salivar - a saliva tem um papel protetor sobre as superfícies dos dentes;
- Garantia do acesso ao abastecimento de água fluoretada domiciliar em condições ótimas: o flúor é uma agente reconhecidamente importante na proteção dos dentes contra o ataque de cáries (BRASIL, 2009);
- Realização de uma boa higiene oral, com frequência e consistência - escovação dos dentes e língua após as refeições com escova dental de cerdas macias e com pasta dental fluoretada (chamado também dentífrico fluoretado); garantia de, ao menos uma vez ao dia, um episódio de escovação bem feita e de uso do fio dental, ambos realizados com a técnica correta;
- Garantia de realização da higiene bucal diária em bebês desde o nascimento do primeiro dente de leite com o uso de pasta dental com flúor, com controle por um adulto da quantidade de pasta utilizada, que deve ser a mínima possível (BRASIL, 2014);
- Evitar ao máximo e, se possível, impedir o consumo e acesso de alimentos ricos em açúcares refinados por crianças até os 2 anos de idade. Após essa idade, o consumo deve ser consciente e cuidadoso (BRASIL, 2010b).

### Cárie Dental

É uma doença relacionada à produção de substâncias ácidas por bactérias específicas presentes na placa dental, processo este que sem intervenção leva literalmente à dissolução (chamada desmineralização) da estrutura mineral dos dentes no ambiente da boca. É importante saber que essas bactérias estão presentes na boca da grande maioria da população e que cárie dental, na maioria das vezes, tem um início e progressão silenciosos, sendo a causa mais comum de perda de dentes em todas as faixas etárias. É uma doença tão antiga que já detectaram registros de sua ocorrência em múmias datadas 13.000 anos de existência.

*Queixas e sinais de alerta mais comuns:* Dor espontânea ou provocada, seja por alterações de temperatura, seja pela mastigação. Alteração de cor da superfície dos dentes. Perda de estrutura dental que se materializa em cavidades ou “buracos” nos dentes. Inchaços na face e sensibilidade dental. Presença visível de placa dental na superfície dos dentes.

### Doenças Periodontais

É um grupo de doenças que guardam forte relação com a placa dental e com as substâncias produzidas pelas bactérias presentes na placa: elas provocam um processo inflamatório nas gengivas e nos tecidos de suporte e sustentação do dente na boca, como gengiva e osso. Nas fases mais iniciais chamamos de gengivite e, à medida que a doença avança sem intervenção, temos o desenvolvimento da periodontite. É um grupo de doenças que leva facilmente à perda de dentes por perda dos tecidos de suporte que os mantém presos à boca. As doenças periodontais são outra causa muito comum de perda de dentes em adultos e idosos.

*Queixas e sinais de alerta mais comuns:* Sangramento gengival, mau hálito, sensação de incômodo nas gengivas, dor e “amolecimento” dos dentes. Presença de pus e de “afastamento” da gengiva do dente (dentes ficam grandes na boca). Sensibilidade dental, presença de placa dental e tártaro (placa dental calcificada) visíveis na superfície dos dentes.

### Má Oclusões

São condições relacionadas ao mau posicionamento de dentes e/ou de estruturas ósseas, provocando uma relação ou encaixe anormal entre as arcadas superior e inferior. Podem ser de origem genética/hereditária ou provocada e/ou agravadas por trauma e/ou maus hábitos, como o uso prolongado de chupetas, mamadeiras e cachimbos, por exemplo.

**Queixas e sinais de alerta mais comuns:** Dificuldades para sorrir, comer, mastigar, fechar a boca. Em casos mais graves: dores ao abrir/fechar a boca e prejuízo aos tecidos de suporte que podem levar à perda de dentes.

### Cânceres de Boca

Condições relacionadas ao crescimento anormal ou a alterações da característica normal dos tecidos (cor, textura, consistência) podendo acometer as seguintes regiões: lábios; gengiva; bochechas; céu da boca (palato); língua e assoalho da boca (região embaixo da língua). A ocorrência dos cânceres de boca possui forte relação com o uso e abuso de tabaco e bebidas alcoólicas e também com a exposição prolongada e desprotegida à radiação solar (no caso do acometimento dos lábios). Adultos e idosos são a faixa etária mais acometida.

*Queixas e sinais de alerta mais comuns:* Feridas que não cicatrizam por mais de 15 dias; presença de manchas e/ou placas vermelhas e/ou esbranquiçadas na boca; alteração de cor

e textura nas regiões citadas que durem mais de 15 dias. Sangramentos sem causa conhecida em qualquer região da boca, além de nódulos (caroços) indolores no pescoço e na região da face. Em fases mais avançadas: dificuldade para falar, mastigar ou engolir (INCA, 2015).

### Traumatismos Dentários

São condições relacionadas a traumas (acidentes) que acometem a região da face e que produzem lesões nos elementos dentais de diversas gravidades, desde pequenas trincas no esmalte dos dentes até fraturas extensas que podem comprometer todo o elemento dental e ainda osso e tecidos moles ao redor. As principais causas são as colisões (trombadas, batidas de frente) com pessoas ou objetos, as quedas, os acidentes de trânsito e as agressões físicas.

*Queixas e sinais de alerta mais comuns:* Lesões recentes e/ou sangramento na região da face e/ou dentro da boca: escoriações, hematomas ou cortes. Dor dental acompanhada de mobilidade ou mudança de posição dos dentes. Alteração de forma e perda de parte da estrutura dental por fratura e, em casos mais graves, expulsão do dente inteiro da boca, a chamada avulsão dental.

### Fluorose

Acometimento dos dentes - alteração de cor e estrutura - relacionada ao ato de ingerir compostos que contenham flúor (como pastas dentais fluoretadas) com frequência e em excesso, exclusivamente na fase de formação e desenvolvimento dos dentes: geralmente do nascimento aos 8 anos de idade (BRASIL, 2009).

*Queixas e sinais de alerta mais comuns:* Os aspectos variam de acordo com a gravidade do acometimento que vai desde uma pigmentação esbranquiçada do esmalte dental até manchas amarelas ou marrons e defeitos importantes na estrutura dental, que comprometem forma e função dos dentes (BRASIL, 2009).

#### Saiba Mais:



Você encontrará no anexo dessa temática alguns endereços eletrônicos e materiais educativos com informações adicionais sobre as questões que tratamos aqui: orientações sobre saúde bucal e higiene oral, instruções de saúde bucal específicas para os ciclos de vida, câncer bucal e ainda uma cartilha do Programa BRASIL SORRIDENTE, do Ministério da Saúde, muito útil para orientação direta a usuários.



Todas essas condições, esses agravos, exceto a fluorose e os traumatismos dentários, guardam forte relação com os agentes que foram citados, mas é mais que importante reforçar que são condições que possuem o que chamamos de etiologia multifatorial: resultam de uma interação de uma série de fatores, sejam eles de origem genética, ambiental, biológica e/ou estilo de vida e, também, os mesmos determinantes sociais em saúde que foram discutidos na **Unidade de Aprendizagem 2**. E é isso que reforça a nossa ideia de enxergar a saúde bucal dentro da lógica do conceito ampliado de saúde: os fatores de risco para a saúde bucal são sim, em sua maioria, fatores de risco comuns para outros agravos como acidentes automobilísticos e violência (fortemente ligados aos traumatismos dentários) e muitas doenças crônicas como o diabetes, as doenças cardiovasculares e outros cânceres. Dentre eles, estão: uso de tabaco, uso e abuso de bebidas alcoólicas, adoção de comportamentos violentos e a adoção de uma dieta não balanceada e rica em açúcares (WHO, 2003; 2012). Dificuldade de autocuidado (no caso, pobre higiene bucal) e a falta de acesso a água e dentifrícios fluoretados são também fatores de risco relevantes para as condições de saúde bucal.

É importante destacar que esses agravos se encontram distribuídos de forma desigual na população e nas regiões do país e das cidades, estando o maior ou menor acometimento ligado a situações de maior ou menor vulnerabilidade social das pessoas e suas famílias. Isso significa dizer que pessoas mais pobres tem piores condições de saúde bucal e estão mais expostas às condições citadas por diversas questões, sendo a mais óbvia a dificuldade de acesso a recursos que permitam a adoção de comportamento mais saudáveis.

O agravamento das cáries dentais e doenças periodontais, que são os problemas de saúde bucal mais prevalentes na população brasileira, leva, com frequência, à perda progressiva de dentes e a um sinal conhecido e bem característico de exclusão social e pobreza: a boca banguela, a ausência total de dentes, o chamado edentulismo, aliada à necessidade de reabilitação protética, a conhecida dentadura.

*Você conhecia todas essas condições de saúde bucal? As condições descritas são as mesmas que você descreveu na Atividade 1 ou existe alguma que não foi citada?*

## Atividade 2

### Discutindo os problemas sociais acarretados pelas condições de saúde bucal

Em grupos, leia o fragmento da música Banguela, de Zeca Baleiro<sup>10</sup>. Depois reflita sobre suas vivências no território, a partir das questões propostas.

*Favela não é hotel  
Vida não é novela  
Qual é a graça desgraça  
que há no riso do banguela?*

1. Você saberia precisar o grau (alto/médio/baixo) de edentulismo, de pessoas edêntulas (banguelas), na sua comunidade e sem acesso à prótese total (dentadura)?
2. O que você acha que levou, na história de vida dessas pessoas, à essa situação? Você conhece algum idoso com mais de 70 anos que tenha todos os dentes saudáveis na boca? Diante do que discutimos até aqui, você acha que isso é possível?

### Texto 3 - Rumos possíveis e comuns

Políticas de saúde bucal e formas de organização de serviços de saúde que não considerem a necessidade de integração de estratégias dentro do próprio setor saúde para lidar com fatores de risco comuns para várias doenças e, ainda, a necessidade do setor saúde se articular com outras áreas (educação, assistência social, meio ambiente, transporte, trabalho e geração de renda, produção, consumo e abastecimento de alimentos, etc.) para enfrentar os determinantes de saúde, dificilmente atingirão os objetivos esperados.

Nessa perspectiva, medidas de prevenção de agravos em saúde bucal incluem (WHO, 2003;2012):

- a redução do consumo de alimentos açucarados e melhor acesso e adoção de uma dieta balanceada para prevenir a ocorrência de cáries e a perda precoce de dentes;
- o estímulo e aumento do consumo de frutas e vegetais que desempenham um importante papel protetor contra os cânceres de boca e contrabalanceiam a formação da placa dental;
- a cessação do uso de tabaco e a redução do consumo de álcool para reduzir o risco de se desenvolver cânceres de boca, doença periodontal e consequente perda de elementos dentais;

<sup>10</sup> Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/zeca-baleiro/49377/> Acesso em: 14 jan 2017.

- a orientação e o estímulo permanente para autocuidado e autoexame da boca;
- o acesso e o uso bem orientado de escova dental e dentífrico fluoretado de forma a remover satisfatoriamente a placa dental;
- a adoção de estratégias que reduzam o risco de lesões faciais de forma a prevenir os traumatismos dentários: estímulo à cultura de paz, prevenção de acidentes de trânsito, supervisão ativa no interior das residências e nos locais de brincar, etc.
- o acesso a dentífricos e à água de abastecimento fluoretados, essa última em concentrações ótimas, considerando que a manutenção de níveis baixos, mas constantes, de flúor na saliva tem papel importante na prevenção das cáries em todas as idades;
- o apoio e a promoção da amamentação materna exclusiva de bebês até os seis meses e de forma complementar até pelo menos os 2 anos de idade;
- o controle e a supervisão da quantidade e uso de dentífricos fluoretados por menores de 6 anos considerando o risco de desenvolvimento de fluorose;
- o acesso a serviços de saúde bucal que construam alianças para um pensar e promover a saúde bucal em um contexto ampliado, mas que ofereçam efetivamente atividades de prevenção e reabilitação de saúde bucal.

Durante anos a fio, a oferta de serviços de saúde bucal esteve à deriva das políticas públicas de saúde. Basta fazer um exercício de memória até o final da década de noventa: o acesso ao atendimento era extremamente difícil, isto quando o serviço estava disponível. Além disso, o tratamento programado e especializado era privilégio de quem podia pagar. Desde a inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família no ano 2000, os serviços públicos de saúde bucal do país tiveram um crescimento vertiginoso na grande maioria dos municípios, tanto em cobertura quanto em complexidade de procedimentos, por meio de uma política de saúde bucal robusta e importante, o chamado “Brasil Sorridente”. Saímos de uma lógica de oferta tímida de atendimentos de urgência para adultos e atendimentos em escolas, para a organização junto às equipes de saúde nas UBS e a conformação de serviços com diferentes níveis de complexidade: um esforço de rumar para uma atenção em saúde bucal integral. Mas o caminho ainda é longo, considerando as décadas de exclusão de parte da população e de faixas etárias específicas, da construção de uma prática odontológica clínica mutiladora (focada em extrações de dentes) e também da chamada “carga de doenças” (doenças agudas, crônicas e as causas externas como os homicídios, suicídios e acidentes de trânsito) acumulada com as desigualdades e vulnerabilidades populacionais de todas as ordens. Outra questão a ser considerada é que a prática clínica odontológica ainda é muito vinculada e dependente de procedimentos e tecnologia especializada, o que agrega um custo consideravelmente elevado de implantação e manutenção dos serviços, exigindo investimentos constantes e importantes. Isso reforça a necessidade de se desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde bucal que envolvam toda a população do território, o que, provavelmente, necessitará de abordagens diferenciadas, de acordo com a fase de vida das pessoas e outras características que podem ser importantes no planejamento das ações pelos profissionais de saúde.

### Atividade 3

#### Discutindo os problemas sociais acarretados pelas condições de saúde bucal

A partir dos conhecimentos produzidos ao longo das discussões com o docente e colegas, em grupo, responda as seguintes questões:

1. Depois de todas as discussões, como você enxerga agora a sua atuação, como ACS, junto às famílias sob sua responsabilidade nas questões de saúde bucal? Quais seriam as suas possibilidades de atuação?
2. Apresentamos abaixo a proposta de trabalho e as ações em saúde bucal para o ACS descritas em um documento de um município do estado do Rio Grande do Sul (FUMSSAR, 2010). Após a leitura, responda as questões que se seguem:

#### AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO PROTOCOLO DA SAÚDE BUCAL

- A - Esclarecer a comunidade sobre fatores de risco para as doenças bucais, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- B - Identificar pessoas e famílias com fatores de risco para as doenças bucais e encaminhar para Unidade de Saúde, para receber a devida atenção.
- C - Estimular e encaminhar as pessoas para participar das atividades educativas, preventivas e dos grupos de saúde bucal.
- D - Buscar pacientes faltosos.
- E - Planejar, participar, promover e divulgar atividades em grupos.
- F - Participar de cursos de capacitação continuada.
- G - Acompanhar as famílias num trabalho constante de vigilância à saúde.

- Você concorda, discorda da proposta? Ela se aproxima ou se distancia do trabalho que você já desenvolve?

Para concluir as discussões sobre o tema Saúde Bucal, em grupo, escreva um texto de uma lauda (uma página) expressando as suas ideias sobre como que os aspectos aqui discutidos podem influenciar no desenvolvimento de estratégias de atuação enquanto ACS junto à equipe de saúde, em relação à saúde bucal. Vamos lá!



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. Disponível em: <[http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2010/02/livro\\_guia\\_fluoretos.pdf](http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2010/02/livro_guia_fluoretos.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 72p. Disponível: <[http://www.blog.saude.gov.br/images/arquivos/dez\\_passos\\_alimentacao\\_saudavel\\_guia.pdf](http://www.blog.saude.gov.br/images/arquivos/dez_passos_alimentacao_saudavel_guia.pdf)>. Acesso: 10 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mantenha seu sorriso: fazendo a higiene bucal corretamente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cartilha).

BRASIL. Ministério da Saúde. BIREME. OPAS.OMS. BVS APS Atenção Primária à Saúde: **Qual a orientação atualizada quanto ao uso de creme dental fluoretado para bebês (0 a 36 meses)?**. Núcleo de Telessaúde do Mato Grosso do Sul. 2014. Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/qual-a-orientacao-atualizada-quanto-ao-uso-de-creme-dental-fluoretado-para-bebes-0-a-36-meses>>. Acesso em 14 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. BIREME. OPAS.OMS. BVS APS Atenção Primária à Saúde: **Qual a orientação atualizada quanto ao uso de creme dental fluoretado para bebês (0 a 36 meses)?**. Núcleo de Telessaúde do Mato Grosso do Sul. 2014. Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/qual-a-orientacao-atualizada-quanto-ao-uso-de-creme-dental-fluoretado-para-bebes-0-a-36-meses>>. Acesso em 14 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260p.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA (FUMSSAR). PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA. **Ações dos Agentes de Saúde nos protocolos de atendimento** – FUMSSAR s.d. 3p. Disponível em: <[http://downloads.santarosa.rs.gov.br/downloads/fumssar/agente\\_comunitario\\_acoes.doc](http://downloads.santarosa.rs.gov.br/downloads/fumssar/agente_comunitario_acoes.doc)>. Acesso em: 10 ago. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Câncer de boca: é preciso falar disso**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. n.438.

KOYASHIKI, G.A.; ALVES-SOUZA, R.A.; GARANHANI, M.L. **O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1343-1354, ago, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 ago. 2017.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SILVA, J.P.V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M.L. **Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família**. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D.(Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 159-176.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oral health**. Fact sheet. n.º318; April 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Oral Health Programme. **The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme / Poul Erik Petersen**. Geneva, Switzerland, 2003. 38p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68506/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_ORH\\_03.2.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68506/1/WHO_NMH_NPH_ORH_03.2.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2017.

## ANEXO 1

Apresentamos abaixo alguns endereços eletrônicos e materiais educativos com informações adicionais sobre as questões que tratamos na temática de Saúde Bucal (orientações sobre saúde bucal e higiene oral, instruções de saúde bucal específicas para os ciclos de vida, câncer bucal) e ainda uma cartilha do Programa BRASIL SORRIDENTE, do Ministério da Saúde, muito útil para orientação direta a usuários.

**Câncer da boca.....tem cura, se descoberto no início**. Folder do Instituto Nacional do Câncer/INCA. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/folderboca.pdf>>. Acesso em 04 abr. 2018.

**Cuidados em Saúde Bucal para Idoso Frágil**. Folder da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível em: <<http://portalpbh-hm.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=92887&chPlc=92887&viewbusca=s>>. Acesso em 04 abr. 2018.

**Cuidados em Saúde Bucal para Idoso Independente**. Folder da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível em: <<http://portalpbh-hm.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=92887&chPlc=92887&viewbusca=s>>. Acesso em 04 abr. 2018.

**Guia de Orientações Odontológicas para Bebês (2017)**. Cartilha da Faculdade de Odontologia/UFMG. Disponível em: <<https://www.odonto.ufmg.br/opo/wp-content/uploads/sites/6/2017/10/Guia-de-Orienta%C3%A7%C3%B5es-Odontol%C3%B3gicas%20para-Bebes-EBOOK.pdf>>. Acesso em 04 abr. 2018.

**Mantenha seu sorriso: fazendo a higiene bucal (2013)**. Cartilha do Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha\\_mantenha\\_seu\\_sorriso.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_mantenha_seu_sorriso.pdf)>. Acesso em 04 abr. 2018.



### UNIDADE EM PAUSA: ANALISANDO CAMINHOS E POSSIBILIDADES

Chegamos ao final de nossa 5ª Unidade de Aprendizagem! Foram muitos aprendizados que tivemos, não é mesmo?

Vamos lembrar um pouco sobre o que estudamos?

Sua opinião é muito importante para avaliarmos nosso percurso formativo e também contribuir para o aprimoramento contínuo do material didático. Registre sua avaliação e entregue ao docente.

1. Qual (ais) conteúdo(s) você considerou mais relevante nesta Unidade de Aprendizagem? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Você considera que algum conteúdo poderia ser melhor explorado nesta Unidade de Aprendizagem? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. A forma com que os conteúdos foram trabalhados possibilitou que você refletisse sobre a sua prática cotidiana de trabalho?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4. O material didático está adequado às suas necessidades de aprendizagem? Justifique.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Você participa/contribui no desenvolvimento das atividades e do curso?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Suas expectativas em relação ao curso estão sendo atendidas até o momento?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Espaço livre:** Deixamos essas linhas abaixo, pensando que você, talvez, queira comunicar algo ou deixar algum “recadinho” para a coordenação do curso:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Compartilhando as experiências da atividade de dispersão

Caros educandos, vamos iniciar esta semana com a discussão das duas atividades de dispersão propostas na unidade de aprendizagem IV: uma sobre adolescente e outra sobre violência contra a mulher.

Vamos lembrar quais foram as atividades propostas?

### ATIVIDADE DE DISPERSÃO 1

#### Conversando com adolescentes do território em que atuo

Esta atividade de dispersão deverá ser realizada em 3 etapas, conforme as orientações a seguir:

**Etapa 1:** Converse com, pelo menos, três adolescentes que vivem no território em que você atua. Algumas questões podem ajudá-lo nessa conversa, como, por exemplo:

- Como você sente que é ser adolescente nesta comunidade?
- Que aspectos da vida de um adolescente mais lhe causam angústias/conflitos (relações na escola e na família, sexualidade, violência, trabalho, etc.)
- Você recorre a alguma pessoa ou serviço de saúde quando sente necessidade?

**Etapa 2:** Registre o que você conversou com os adolescentes e discuta com a equipe de saúde que você integra. Na discussão com a equipe, reflitam:

- Já têm sido desenvolvidas ações que atendam às questões da adolescência que apareceram durante as conversas que você, ACS, teve com os adolescentes?
- Que propostas podem ser pensadas na equipe de saúde para contribuir com a vida dos adolescentes do território em que atuam?

**Etapa 3:** Registre o que você e a equipe conversaram e apresente para docente e colegas no próximo período de concentração.

### ATIVIDADE DE DISPERSÃO 2

#### Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher

Esta atividade de dispersão tem como objetivo reconhecer os equipamentos, serviços e/ou instituições que existem no município, ou região, e que acolhem e desenvolvem atividades de acolhimento às mulheres em situação de violência e analisar as funções e as articulações entre as instituições com o intuito de sistematizar a forma de organização e o funcionamento da rede protetiva de enfrentamento à violência contra a mulher.

Orientações para a realização da atividade:

- Identificar instituições, serviços e/ou equipamentos que existem no município ou região, que acolham e desenvolvam atividades relacionadas às mulheres em situação de violência. Os serviços não precisam, necessariamente, serem restritos à área da saúde, podendo ser incluídos instituições/serviços/equipamentos, por exemplo, relacionados à assistência social, segurança, defensoria, educação, dentre outros.
- Após o levantamento dessas instituições, o grupo deverá agendar visitas nas quais discutirá com os profissionais do local, sobre o papel da instituição na rede protetiva de enfrentamento à violência contra a mulher.
- Após as visitas e coletas das informações, faça um desenho, em formato de uma rede, que apresente todas as instituições que foram identificadas, destacando as ações desenvolvidas em cada uma delas, possibilitando uma visão abrangente de como se dá o atendimento à mulher vítima de violência no município ou região.
- Socialize a produção do grupo (desenho) com a turma no próximo período de concentração.

Em roda, vamos apresentar e discutir os resultados das atividades de dispersão.

# Unidade de Aprendizagem **6**

## Algumas doenças de importância para a Saúde Pública

**Tema 1:**  
*Doenças negligenciadas*

**Tema 2:**  
*Doenças infecciosas e parasitárias*

**Tema 3:**  
*Diabetes e Hipertensão*

**Tema 4:**  
*Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST*





Fonte: <http://blog.saude.mg.gov.br/2016/03/22/top5-conheca-habitos-que-ajudam-a-prevenir-a-tuberculose/>



Fonte: <http://blog.saude.mg.gov.br/2017/01/09/curiosidade-saiba-os-sintomas-a-transmissao-e-prevencao-da-febre-amarela/>



<http://www.iof.mg.gov.br/index.php?destaques/destaque/Estado-lanca-campanha-contr-a-AIDS-com-foco-na-prevencao-e-tratamento.html>

### **Começamos agora nossa última Unidade de Aprendizagem! Estamos chegando ao final do nosso curso!**

Nesta Unidade de Aprendizagem vamos abordar aspectos importantes sobre as principais doenças infecciosas e parasitárias de relevância para a Saúde Pública do Estado de Minas Gerais: febre amarela, dengue, chikungunya, zika, doença de Chagas, leishmaniose visceral, leishmaniose tegumentar, esquistossomose, e tuberculose. Também vamos conversar um pouco sobre doenças crônicas não transmissíveis e infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Os objetivos desta Unidade de Aprendizagem são:

- Diferenciar os agentes causadores das doenças abordadas, bem como seus vetores e reservatórios, quando houver;
- Compreender o ciclo de transmissão de cada uma das doenças;
- Identificar os fatores ambientais, econômicos, sociais e culturais que favorecem o ciclo de transmissão dessas doenças;
- Conhecer sinais e sintomas, possíveis formas de prevenção, assim como tratamento das doenças;
- Identificar os principais fatores de risco para a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, formas de prevenção e de cuidado;
- Conhecer e discutir as infecções sexualmente transmissíveis – IST, suas características e prevenção.

## Doenças negligenciadas

Vamos iniciar nossa discussão sobre o tema com algumas questões:

*Você já ouviu falar em “doenças negligenciadas”?  
Para você, o que essa expressão representa?*

### Você Sabia?



Que algumas dessas doenças que vamos estudar podem ser consideradas “Doenças Negligenciadas” e que todas elas, muitas vezes, têm em comum a pobreza como um fator determinante?

Às vezes você pode não compreender bem o termo “doenças negligenciadas” que é usado em alguns lugares, como universidades e instituições de pesquisa, para falar de certas doenças como, por exemplo, a Dengue ou a Tuberculose. Geralmente, o pensamento do profissional da saúde é questionar como essas doenças, que têm tantas ações e programas governamentais relacionados a elas, podem ser consideradas como negligenciadas? Então, primeiramente, vamos entender o contexto que envolve essas doenças, que as colocam numa classificação de negligenciadas.

*Você sabe o que é uma doença negligenciada?*

Primeiramente vamos entender o conceito de negligência.

**Negligência** é, de acordo com o Dicionário Online de Português, a falta de cuidado, de aplicação, de exatidão, de interesse, de atenção, em que há descuido, displicência, desatenção, desleixo, desmazelo ou preguiça.

As **doenças negligenciadas** constituem um grupo de enfermidades causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) sendo endêmicas em certas regiões de países em desenvolvimento localizados na África, Ásia e Américas.

### Saiba Mais:



Uma doença é considerada endêmica quando sua incidência permanece constante por vários anos, dando ideia de equilíbrio entre a doença e a população. Portanto, algo endêmico é aquilo que sempre é encontrado em uma determinada região, ou seja, típico daquele lugar. Por exemplo, a Dengue é uma doença endêmica no Brasil.

Elas se diferem em suas causas e características clínicas, **mas têm em comum o fato de ocorrerem quase que exclusivamente em regiões mais pobres, com piores condições de vida, as quais se expressam onde existem problemas de saneamento e grande quantidade de vetores.**

### O uso do termo “negligenciada” pode ser justificado por dois fatos:

1. O investimento no desenvolvimento de produtos novos e melhores para as doenças associadas à pobreza não é vantagem para as indústrias farmacêuticas, pois quem precisa não pode pagar por eles.
2. O estudo dessas enfermidades vem sendo pouco financiado por agências de fomento à pesquisa e, quando isso acontece, geralmente os investimentos não se revertem em desenvolvimento e ampliação de acesso a novos medicamentos, diagnósticos, vacinas e outras tecnologias para sua prevenção e controle.

Embora prejudiquem a vida de cerca de um bilhão de pessoas, as doenças negligenciadas permanecem na maioria das vezes ocultas, concentradas em áreas rurais remotas ou em aglomerados urbanos. Por estarem associadas a contextos empobrecidos, não se espalham para países desenvolvidos e raramente afetam viajantes. Assim, são silenciosas, pois as pessoas afetadas ou em risco têm pouca voz política, o que as faz ocupar lugar secundário nas agendas nacionais e internacionais de saúde.

*E quais seriam essas doenças?*

Há grande variedade de definições e visões sobre quais seriam estas doenças negligenciadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), há cerca de 17 doenças negligenciadas distribuídas mundialmente.

No Brasil, o Ministério da Saúde considera as seguintes doenças como sendo negligenciadas: malária, tuberculose, esquistossomose, dengue, doença de Chagas, leishmanioses, hanseníase, filariose linfática, oncocercose, helmintíases transmitidas pelo solo (as chamadas “verminoses”), o tracoma e a raiva.

*Mas por que as doenças como malária, tuberculose, febre amarela, chikungunya e zika são consideradas negligenciadas?*

Existem muitas discussões, atualmente, sobre a inclusão de malária, tuberculose, febre amarela, chikungunya e zika dentre as doenças negligenciadas, pois o investimento em pesquisas, vacinas e medicamentos para essas enfermidades de certa forma aumentou nos

últimos anos. Para muitos, a utilização do conceito de **doenças emergentes e reemergentes** é mais adequada para se referir a este conjunto de doenças.

Esses dois conceitos são utilizados quando analisamos uma população específica, uma vez que uma doença pode emergir em um local e reemergir em outro. Assim, **doenças emergentes** são aquelas desconhecidas de certa população, causadas por agentes infecciosos nunca antes identificados naquele local, como por exemplo, o Zika vírus no Brasil.

**Doenças reemergentes** são aquelas conhecidas, que já haviam sido controladas, mas que voltaram a ser uma ameaça à saúde humana, devido a mudanças epidemiológicas, como a inserção de um novo vetor ou hospedeiro, ou mesmo problemas na vigilância epidemiológica. Como exemplo de doenças reemergentes podemos citar a dengue e a febre amarela.

Sabemos que é de grande importância o trabalho das equipes de Saúde da Atenção Primária/Saúde da Família no enfrentamento dessas doenças e como seus diferentes profissionais assumem um papel importante no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, que às vezes podem ser comuns entre alguns profissionais. O seu trabalho como ACS, bem como o do agente de controle de endemias (ACE) é fundamental no processo de enfrentamento, pois vocês constituem um elo importante entre a comunidade e os serviços de saúde. Devem atuar de maneira integrada de forma a potencializar o resultado do trabalho, evitando duplicidade de ações. Juntamente à equipe de saúde, devem desenvolver ações para enfrentamento e intervenção nos problemas de saúde que afetam a comunidade.

Por exemplo, durante uma visita domiciliar, você ACS, ao identificar uma caixa de d'água de difícil acesso ou um criadouro que não consiga destruir e que precisa da utilização do larvicida, deverá contatar o ACE para planejamento das ações. O sucesso do controle dessas doenças depende, em parte, da integração desses dois profissionais (BRASIL, 2009).

**Como é a atuação do ACS junto à população no controle dessas doenças?**



### O papel do ACS

- Identifica sinais e sintomas dos agravos/doenças e orienta os casos suspeitos para procurarem a Unidade Básica de Saúde para diagnóstico e tratamento de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde;
- Orienta a comunidade quanto a medidas de prevenção das doenças, no âmbito individual, familiar e da comunidade;
- Planeja e programa as ações de controle das doenças em conjunto com o ACE e a equipe de Atenção Primária/Saúde da Família;
- Promove reuniões com a comunidade com o objetivo de incentivar a realização das ações de prevenção e controle dessas doenças, bem como conscientizar quanto à importância de que todas as residências de uma área infestada por vetores sejam trabalhadas (trabalhar em cooperação os com ACE);
- Incentiva e mobiliza a comunidade para desenvolver ações simples de manejo ambiental para controle de vetores (insetos, roedores, moscas, entre outros);
- Atua nas residências, informando os seus moradores sobre as doenças, seus sintomas e riscos, os agentes transmissores e as medidas de prevenção;
- Realiza ações de educação em saúde e de mobilização social (BRASIL, 2009).



## Referências Bibliográficas

BRASIL, Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Doenças negligenciadas: estratégias o Ministério da Saúde.** Revista de Saúde Pública, 2010, v.44, n.1, p.200-202.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

**DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS.** Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/negligencia/>>. Acesso em 16 out. 2017.

PAZ, F.A.Z; BERCINI, M.A. **Doenças emergentes e reemergentes no contexto da Saúde Pública.** Boletim da Saúde, 2009, v.23, n.1, p.9-14.

OMS. **Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas: trabalhando para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas.** 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/primeiro\\_relatorio\\_oms\\_doencas\\_tropicais.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/primeiro_relatorio_oms_doencas_tropicais.pdf)>. Acesso em 27 jun. 2017.

SOUZA, W. **Doenças Negligenciadas.** Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. 56 p.: il. - (Ciência e Tecnologia para o Desenvolvimento Nacional. Estudos Estratégicos).

WERNEK, G. L. **Doenças negligenciadas ajudam a perpetuar o ciclo de pobreza.** Entrevista concedida ao Grupo Promoção da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.mobilizadores.org.br/entrevistas/doencas-negligenciadas-ajudam-a-perpetuar-o-ciclo-de-pobreza/>>. Acesso em 21 jun. /2017.

## Doenças infecciosas e parasitárias

### Atividade 1

#### (Re)visitando meu território de atuação

Vamos começar nossa discussão fazendo uma pequena viagem ao nosso território de atuação. Para isso, em grupos por UBS, lembre com seus colegas como esse território é em relação às seguintes dimensões:

- Urbanização/limpeza:

- Localização das moradias (área urbanizada, rural ou ambiente silvestre);
- Como são áreas vizinhas a essas moradias (se existem outras casas, presença de vegetação, morros, serras, rios, lagoas, córregos, etc.);
- Presença ou não de animais domésticos e silvestres;
- Como são as condições de saneamento (distribuição de água, se existe rede de esgoto, presença de lixo).

- Epidemiológico:

- Quais as doenças transmitidas por vetores estão presentes no território?
- Quais as causas você atribui para que essas doenças ocorram?
- Como a população vem lidando com a presença dessas doenças?
- Quais as ações são realizadas por você e sua equipe em relação às doenças que vocês relataram?

Registrem suas discussões para discussão com os demais colegas e docentes.

A partir dessa visita ao seu território, podemos perceber alguns elementos importantes que se relacionam diretamente com a questão das doenças infecciosas e parasitárias.

Agora estudaremos com mais detalhes as doenças infecciosas e parasitárias de maior importância em Saúde Pública para o Estado de Minas Gerais e para isso você, ACS, precisa conhecer e ter noção sobre algumas questões, como:

Os **principais aspectos biológicos:** Este tópico nos esclarece quem são os agentes causadores da doença, os hospedeiros, isto é, quem abriga o agente infeccioso, como ocorre a transmissão, se existe um vetor, ou seja, um agente transmissor e onde ele vive, se existe um reservatório, isto é, se há algum animal que funciona como o mantenedor do agente infeccioso no ambiente.

**Os principais aspectos epidemiológicos:** Neste tópico aprendemos quais são os fatores que determinam a frequência da doença em determinado local, como por exemplo, o tipo de ambiente mais favorável, a faixa etária e/ou sexo mais atingidos, os hábitos e/ou atividade ocupacional das pessoas que favorecem a contaminação, quais as estações do ano de maior ocorrência, etc.

**Os principais sintomas:** Aqui veremos como as pessoas se sentem ou se apresentam quando estão com a doença.

**O tratamento:** Aqui conheceremos as formas de tratamento e medicamentos prescritos pelos médicos, baseados em recomendações do Ministério da Saúde.

**A prevenção e o controle:** Este é um tópico muitíssimo importante para você, ACS, pois aqui encontraremos as informações que orientará sua atuação nas ações de prevenção e controle da doença.

### Importante!

Você verá que com esse conhecimento poderá entender melhor as doenças e o que as determinam bem como identificar possíveis sintomas, podendo orientar as pessoas da comunidade com a qual trabalha a procurarem uma Unidade de Saúde para diagnóstico e tratamento, entendendo que este é um papel do médico da equipe de saúde da família. Além disso, compreendendo as circunstâncias que levam uma pessoa a se contaminar por uma dessas enfermidades, você poderá realizar um bom trabalho, junto à comunidade, de prevenção das doenças.

Vamos começar?

### Texto 1: Febre amarela

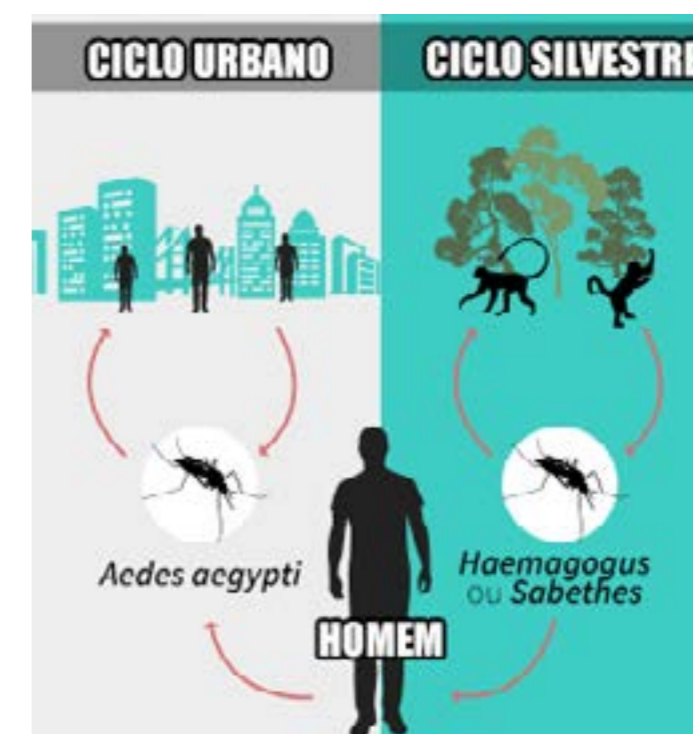
#### Aspectos biológicos

A febre amarela é uma arbovirose que ocorre nas áreas tropicais das Américas e da África. Como o próprio nome indica, é causada por um arbovírus, tipo de vírus que pode ser veiculado por artrópodes, como mosquitos, moscas e carrapatos. É conhecida como febre amarela **silvestre e urbana**, sendo diferentes pelo local de ocorrência e pela natureza de vetores e seus hospedeiros.

O vírus que causa a febre amarela tem como principais hospedeiros no ciclo silvestre primatas não humanos, como macacos, micos e saguis. A veiculação do vírus entre esses animais se dá principalmente pela picada de mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*. Esses insetos procriam em habitats silvestres, como ocos de árvores situados nos galhos mais altos, internódios de bambus e taquaras. O ciclo urbano se estabelece quando o ser humano, que entrou em regiões de mata é picado por uma dessas espécies infectadas e, ao voltar para ambientes urbanos, leva o vírus em seu organismo, servindo de fonte de infecção para outro tipo de vetor, o mosquito *Aedes aegypti*. Este, ao picar outro ser humano, inicia a propagação da enfermidade em centros urbanos. Assim, **o vírus que circula em ambientes silvestres é o mesmo de centros urbanos, não havendo, portanto, diferenças na patogenia da doença.**

### Saiba Mais:

Patogenia é o mecanismo que um agente infeccioso provoca lesões no hospedeiro, ou seja, a forma como ele “faz mal” para um organismo, provocando o aparecimento de sinais e sintomas.



Fonte: <https://www.bayerjovens.com.br/pt/colunas/coluna/?materia=mosquito-e-desmatamento>

Uma vez infectados, os insetos vetores permanecem assim por toda a vida, desempenhando o papel de reservatórios da doença, diferentemente de macacos e humanos que, ao ficarem doentes, ou se curam e ficam imunes ou morrem.

### Importante!

É por isso que ataques a macacos pela população não se justificam. Ele não é um reservatório!

É importante que você, como educador em saúde esclareça isso para a população!

### Aspectos epidemiológicos

O *Aedes aegypti* não tem nenhuma importância epidemiológica no ciclo silvestre da doença uma vez que, além de extremamente antropofílico (prefere sangue de humanos), é raro ou ausente nesse tipo de ambiente. Já em ambientes urbanizados no Brasil essa espécie é a única, até o momento, implicada no ciclo da febre amarela urbana, enquanto o *Aedes albopictus* é considerado um potencial transmissor, podendo servir de ponte de ligação entre os ciclos silvestre e urbano.

A época que favorece o aparecimento de casos de febre amarela compreende a temporada de chuvas, quando a densidade populacional de vetores é elevada e coincide com a atividade agrícola. Casos em macacos indicam que casos humanos podem estar ocorrendo em determinada região. Assim, a detecção de primatas mortos pela doença possibilita o início rápido de ações preventivas, impedindo que a doença se espalhe.

### Sintomas

A enfermidade ocorre com maior frequência em indivíduos não imunes (que nunca tiveram a doença ou que nunca foram vacinados) que realizam atividades na zona rural ou que adentram matas por qualquer outro motivo.

As primeiras manifestações são repentinas, como febre alta, calafrios, cansaço, dor de cabeça, dor muscular, náuseas e vômitos por cerca de três dias. A forma mais grave da doença é rara e costuma aparecer após um breve período de bem-estar de até dois dias, quando podem ocorrer insuficiências hepática e renal, icterícia, manifestações hemorrágicas e cansaço intenso. A maioria dos infectados se recupera bem e adquire imunização permanente contra a febre amarela.

### Tratamento

Não existe nada específico. O tratamento é apenas sintomático (dos sintomas) e requer cuidados na assistência ao paciente que, sob hospitalização, deve permanecer em repouso com reposição de líquidos e das perdas sanguíneas, quando indicado. Nas formas graves, o paciente deve ser atendido numa Unidade de Terapia Intensiva. Se o paciente não receber assistência médica, ele pode morrer.

### Prevenção

Como a transmissão urbana da febre amarela só é possível através da picada de mosquitos *Aedes aegypti*, a prevenção da doença deve ser feita evitando sua disseminação. Os mosquitos criam-se na água parada e proliferam-se dentro dos domicílios e suas adjacências. Portanto, deve-se evitar o acúmulo de água em recipientes destampados de todo tipo.

Para eliminar o mosquito adulto, em caso de epidemias, deve-se fazer a aplicação de inseticida através do "fumacê". Além disso, devem ser tomadas medidas de proteção individual, como a vacinação contra a febre amarela, especialmente para aqueles que moram ou vão viajar para áreas com indícios da doença. Outras medidas preventivas são o uso de repelente de insetos, mosquiteiros e roupas que cubram todo o corpo.

Veja ao lado as orientações da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) sobre a vacinação contra a febre amarela:



## Orientações para a vacinação contra a Febre Amarela

Indicação	Esquema
9 meses até antes de completar 5 anos.	Administrar uma dose
<b>PESSOAS A PARTIR DE 5 A 59 ANOS</b>	
Que receberam pelo menos uma dose da vacina.	Estão imunizadas e não precisam mais se vacinar.
Que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação.	Administrar uma dose.
<b>PESSOAS A PARTIR DE 60 ANOS</b>	
Que receberam pelo menos uma dose da vacina ao longo da vida.	Estão imunizadas e não precisam mais se vacinar.
Que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação.	Deverão receber uma dose após avaliação da equipe de saúde se residirem ou forem viajar para áreas com transmissão ativa da febre amarela.
<b>GESTANTES NÃO VACINADAS</b>	
A vacinação é contraindicada. Na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos, epidemias ou viagem para áreas de risco, o médico deverá avaliar o benefício e o risco da vacinação. Uma dose é considerada imunizada.	
<b>MULHERES QUE AMAMENTAM CRIANÇAS COM ATÉ 6 MESES DE IDADE NÃO VACINADAS</b>	
Deverá ser vacinada somente se residir ou for se deslocar para área com transmissão ativa da doença. Suspender o aleitamento materno por 10 dias após a vacinação. Uma dose é considerada imunizada.	
<b>VIAJANTES NÃO VACINADOS</b>	
Administrar uma dose pelo menos 10 dias antes da viagem, respeitando as precauções e contraindicações da vacina. Uma dose é considerada imunizada.	



Fonte: <http://www.saude.mg.gov.br/vacinafebreamarela>

### Saiba Mais:

Para saber mais informações sobre sintomas, diagnóstico e tratamento da febre amarela acesse: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Manejo%20Clinico%20Febre%20Amarela%20SES-MG\\_03-02-2017.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Manejo%20Clinico%20Febre%20Amarela%20SES-MG_03-02-2017.pdf)>.

### Texto 2 - Dengue, Zika e Chikungunya

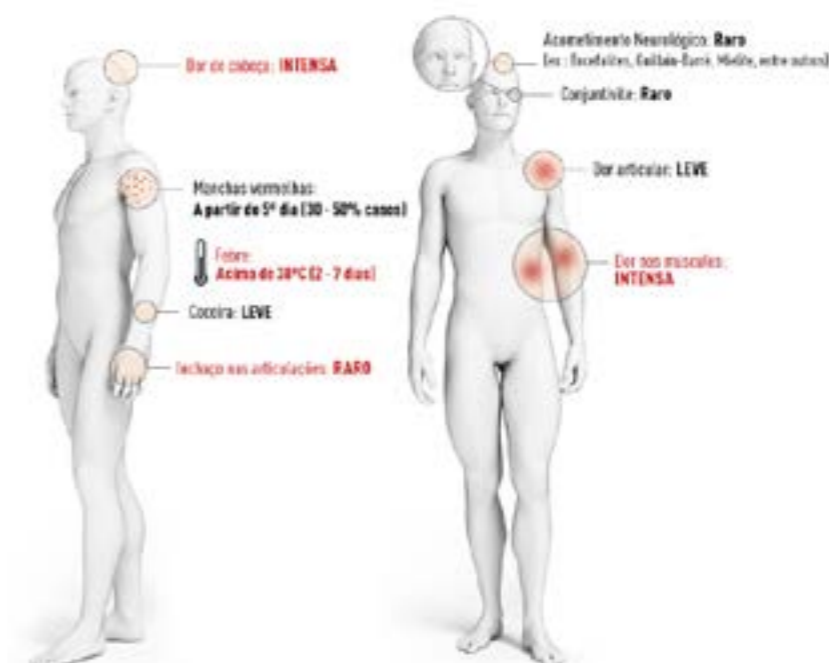
Nos últimos anos a tríplice epidemia – dengue, zika e chikungunya – vem preocupando a população brasileira e autoridades sanitárias responsáveis, pelo aumento do número de casos e pela gravidade que podem assumir. Assim como a febre amarela, tratam-se de arboviroses que têm como vetores transmissores mosquitos do gênero *Aedes*.

O aparecimento de maior número de casos coincide com os períodos chuvosos e quentes, época em que os mosquitos se reproduzem com facilidade pelos criadouros. O número de casos também varia com a densidade populacional, ou seja, bairros onde existem casas muito próximas umas das outras e muitas pessoas produzindo criadouros diversos, favorecem a disseminação dos vírus entre elas. Esse tipo de situação é muito comum em localidades menos favorecidas social e economicamente.

Os sintomas dessas doenças, apesar de serem muito parecidos, se diferenciam em alguns aspectos que abordaremos aqui nesse capítulo. Podem variar desde sinais brandos até manifestações graves que podem evoluir ao óbito.

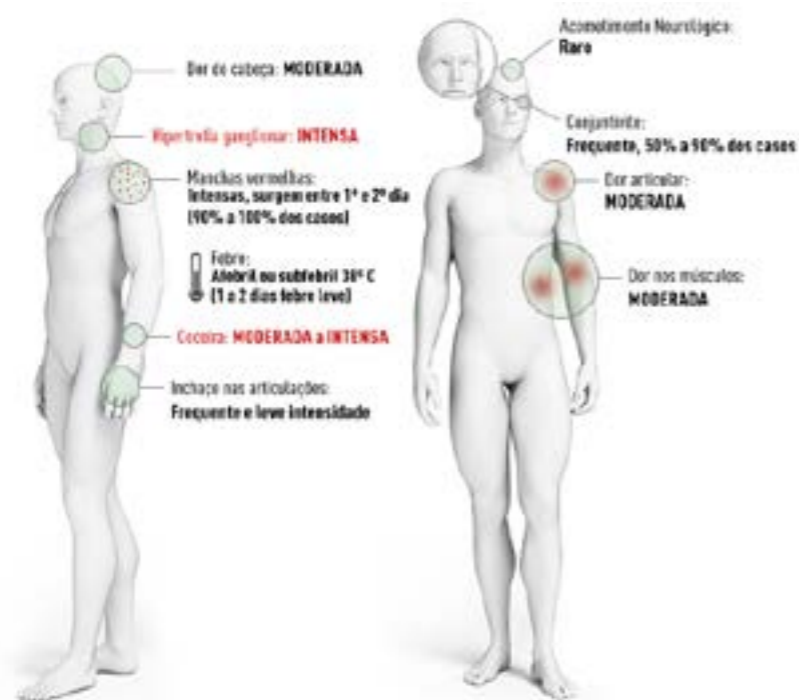
Veja as ilustrações a seguir que reúnem os principais sinais e sintomas de cada uma delas:

### DENGUE



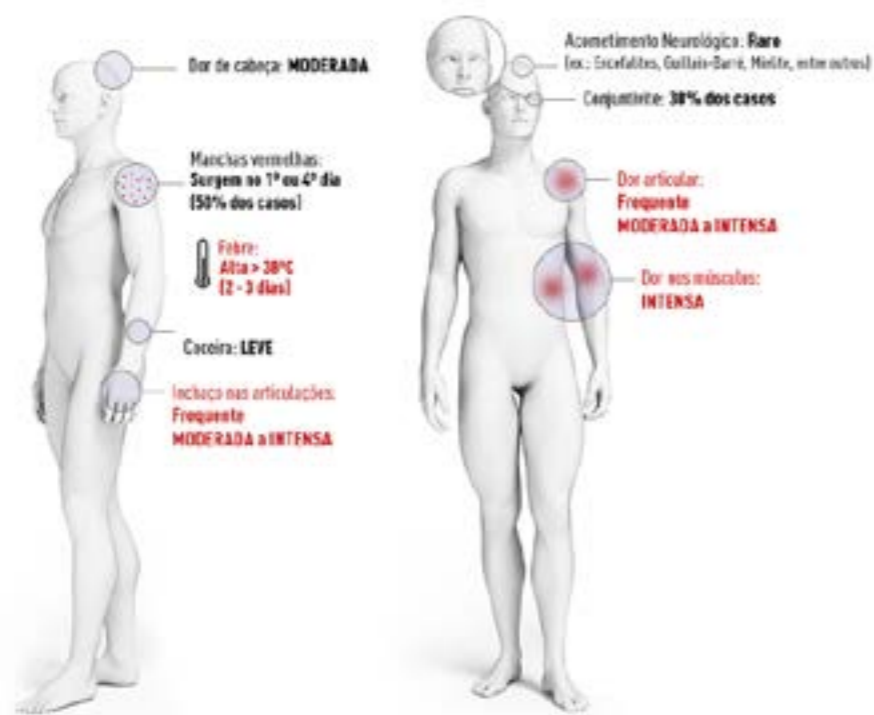
Fonte: <http://combateaeedes.saude.gov.br/pt/sintomas>

### ZIKA



Fonte: <http://combateaeedes.saude.gov.br/pt/sintomas>

### CHIKUNGUNYA



Fonte: <http://combateaeedes.saude.gov.br/pt/sintomas>

O quadro abaixo também ajudará você a comparar os sinais e sintomas de cada uma das doenças:

DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA - ASPECTOS CLÍNICOS			
SINTOMAS	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
<b>FEBRE</b>	Alta (39°C a 40°C), que começa subitamente.	Alta (39°C a 40°C), que começa subitamente.	Leve ou até mesmo ausente.
<b>DORES</b>	Nas músculos, nas articulações, na cabeça e atrás dos olhos.	Inchazo nas articulações e dores intensas, que dificultam atividades rotineiras (como cozinhar, tomar banho, estovar os dentes etc.).	Dores menos intensas nas articulações, em geral nas extremidades, às vezes acompanhadas de inchazo. Olhos vermelhos e aversão à luz.
<b>MANCHAS VERMELHAS</b>	Sim, às vezes com coceira.	Sim, com coceira intensa.	Sim, com coceira intensa.
<b>ATENÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Náuseas, vômitos e diarreia.</li> <li>Dor abdominal intensa.</li> <li>Vômitos persistentes.</li> <li>Acúmulo de líquidos.</li> <li>Tumores.</li> <li>Aumento do fígado.</li> <li>Sangramento de mucosa.</li> <li>Letargia e/ou irritação.</li> <li>Aumento de hematócrito, o que pode estar associado à redução das plaquetas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idade acima de 45 anos.</li> <li>Lesões prévias nas articulações.</li> <li>Doenças crônicas (ex.: hipertensão, diabetes) ou automedicação (ex.: lipídios).</li> </ul>	Dormência nas extremidades, dificuldade para caminhar, alterações neurológicas, paralisia facial.
<b>COMPLICAÇÕES</b>	Pode haver comprometimento de órgãos como: pulmões, coração, fígado, rim e do sistema nervoso central.	Persistência da dor por meses ou até anos, em alguns casos, com queda de produtividade em população economicamente ativa (20-60 anos de idade).	Comprometimento neurológico, que provoca debilidade muscular. Possibilidade de reação autoimune (Síndrome de Guillain-Barre), que pode levar à paralisia cerebral.

Fonte: <http://www.fapeam.am.gov.br/dengue-zika-chikungunya/>

#### Saiba Mais:

#### Outras formas possíveis de transmissão

- O vírus zika também pode ser transmitido por relação sexual e da mãe para o feto.
- Existem registros de transmissão do vírus da dengue da mãe para o feto e por meio de transfusão sanguínea.
- Quanto ao vírus da chikungunya, não existem relatos de outras formas de transmissão diferentes da vetorial (BRASIL, 2018).
- É importante lembrar que pesquisadores em todo o mundo têm realizado vários estudos para que se verifiquem outras formas de transmissão desses vírus.



Como vimos, pacientes com dengue ou zika ou chicungunya podem apresentar complicações no seu quadro de saúde. Agora estudaremos aquelas que mais trazem preocupação para as autoridades sanitárias e para a população, como a síndrome de Guillain-Barré e a microcefalia.

### Síndrome de Guillain-Barré

A síndrome de Guillain-Barré é uma inflamação grave nos nervos, que é provocada por uma reação autoimune da pessoa, ou seja, o indivíduo começa a produzir anticorpos que atacam os seus próprios nervos, impedindo que eles transmitam bem seus sinais do cérebro para os músculos. Essa condição leva a formigamentos, fraqueza, dificuldade de andar, ou a paralisia dos membros e dos músculos da respiração.

A causa da síndrome ainda não é bem definida, mas sabe-se que está relacionada com infecções bacterianas e virais, como a influenza, pneumonias, HIV, e mais recentemente foi ligada também ao vírus da zika.

A recuperação pode demorar várias semanas ou meses e muitas vezes é incompleta. É necessário tratamento imediato para evitar a progressão rápida da doença. Ainda assim, cerca de 25% dos afetados precisam de ajuda de respiradores, 10% ficam incapacitados para sempre e 5% morrem (COCHRANE BRASIL, 2018).

Na figura abaixo estão resumidos os principais sintomas, suas complicações e possíveis tratamentos:



Fonte: <http://centauroalado.blogspot.com.br/2015/12/sindrome-de-guillain-barré.html> Adaptado.

### Microcefalia

Microcefalia é uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. Neste caso, os bebês nascem com perímetro cefálico (PC) menor que o normal, ou seja, igual ou inferior a 32 cm. Essa malformação congênita pode ser efeito de uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas, radiação e agentes biológicos (infecciosos), como bactérias e vírus (BRASIL, 2018).



Fonte: <http://conexaoto.com.br/2015/12/29/aumentam-casos-de-microcefalia-em-recem-nascidos-no-tocantins-24-municipios-registram-a-doenca>

Segundo o Ministério da Saúde, existe relação entre o vírus da zika e a microcefalia. Entretanto, o esclarecimento de questões como a transmissão, atuação no organismo humano, infecção do feto e período de maior vulnerabilidade para a gestante ainda continuam sob investigação. Em análise inicial o maior risco de contaminação do feto existe nos três primeiros meses de gravidez. Entretanto, é recomendável que a gestante redobre os cuidados preventivos durante todo o período de gravidez (BRASIL, 2018).

Uma criança com microcefalia pode apresentar atraso mental, alterações físicas como dificuldade para andar, problemas de fala, hiperatividade ou convulsões. Ela pode precisar de ajuda para comer, tomar banho ou andar, por exemplo. Porém, estas consequências da doença não surgem em todos os casos e algumas crianças podem se desenvolver normalmente e terem uma inteligência normal, porque isso depende da gravidade da sua microcefalia.

Não existe um tratamento para a microcefalia e sim ações de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento da criança, o que é preconizado pelo SUS. O Ministério da Saúde desenvolveu um protocolo que prevê a mobilização de gestores, especialistas e profissionais da saúde de forma a promover a identificação precoce e os cuidados especializados para a mãe e o bebê (BRASIL, 2018).



**Saiba Mais:**

Para mais informações sobre o Plano Nacional de Enfrentamento à Mirocefalia acesse: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PROTOCOLO%20DE%20ATENDIMENTO%20PARA%20MICROCEFALIA.pdf>>.

**Texto 3 - O Vetor**

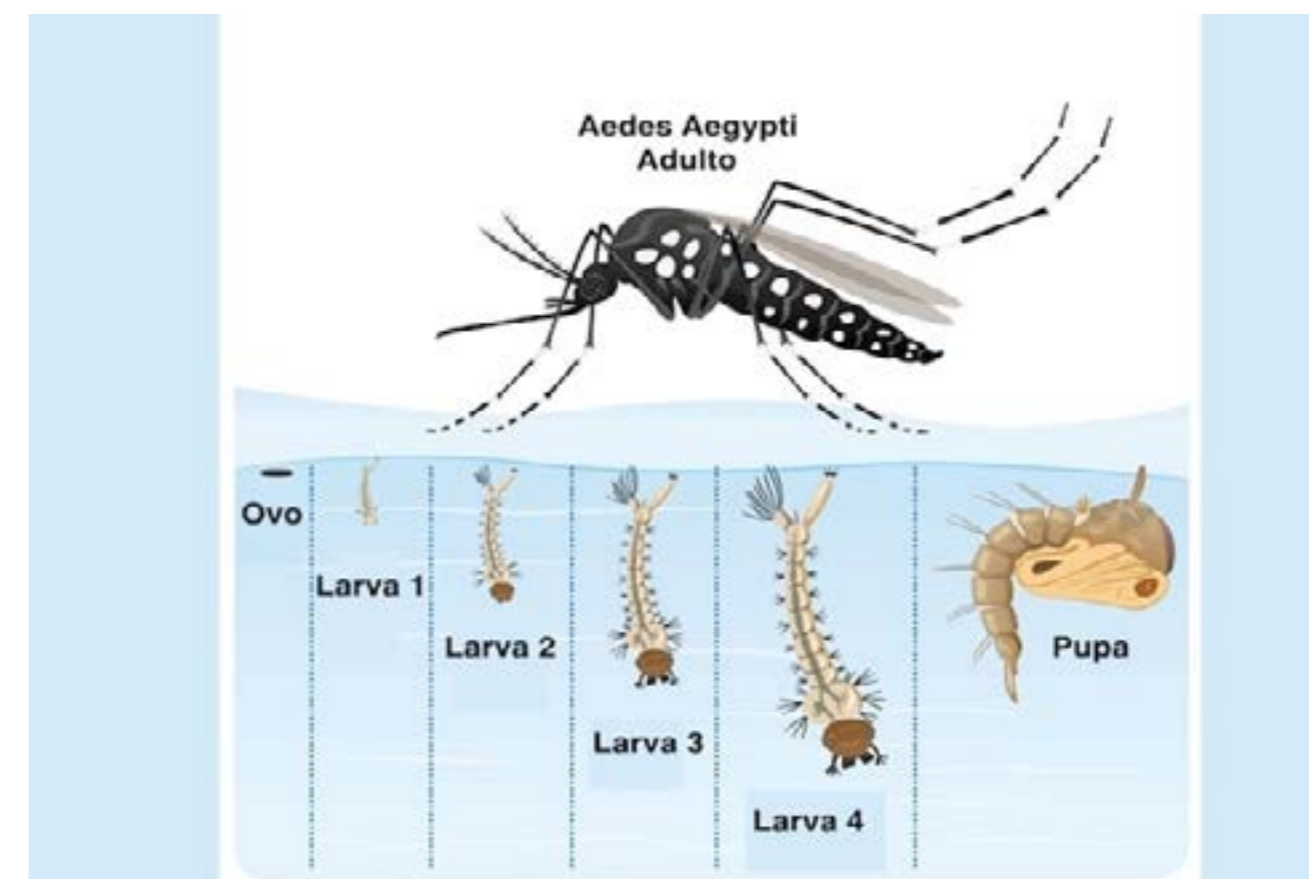
Tanto a dengue, quanto a zika e a chikungunya têm como principal transmissor o mosquito *Aedes aegypti* (BRASIL, 2018). Essa espécie é distribuída essencialmente em áreas urbanas e periurbanas, onde as alterações provocadas pelo ser humano favorecem sua adaptação e proliferação. Trata-se de um mosquito que coexiste, quase que estritamente, com seres humanos, especialmente onde se encontrem em maior aglomeração. Sendo assim, ele é muito frequente dentro e ao redor das casas, assim como em outros lugares frequentados por seres humanos. Entretanto, é raro no meio rural, onde a população humana é menor e totalmente ausente no meio silvestre (VALLE et al., 2015).

**Entendendo um pouco mais o ciclo de vida dos mosquitos *Aedes***

Para que o ciclo do *Aedes* ocorra é necessário a presença de água parada, não poluída, que pode ser encontrada em uma gama muito extensa de recipientes, reservatórios pequenos e grandes ou qualquer estrutura que possibilite o seu acúmulo. Isso se deve à necessidade de suas larvas se alimentarem de substâncias encontradas na água.

Então vamos analisar esse ciclo mais de perto?

Poucos dias depois de terem atingido a fase adulta, os mosquitos já estão aptos a se acasalarem. Basta um acasalamento para que eles se reproduzam, pois a fêmea guarda o esperma na espermateca e ao longo da sua vida, que dura em média 45 dias, os ovos vão sendo formados e distribuídos em diversos criadouros. Uma fêmea pode chegar a produzir 1500 ovos durante sua vida, ou seja, a partir de apenas uma cópula, são produzidos em média 1500 mosquitos. Os ovos, que são depositados nas paredes de criadouros, bem próximos à lâmina d'água, quando em contato com a água, liberam as larvas dentro 48 horas a 72 horas. As larvas, que são aquáticas, passam por modificações, resultando em quatro fases larvais. Isso ocorre dentro de mais ou menos 5 dias até se transformarem em pupas. As pupas amadurecem e se transformam em adultos no tempo médio de 5 dias. Assim, a partir da eclosão das larvas, em condições ambientais favoráveis, o desenvolvimento dos mosquitos, desde a primeira fase larval até a forma adulta pode levar em média 10 dias (BRASIL, 2018).

**Ciclo de vida do *Aedes***

Fonte: <https://www.tuasaude.com/ciclo-de-vida-do-aedes-aegypti/>

**Estratégias de sobrevivência e perpetuação da espécie**

Quando a gente descobre algumas características do *A. aegypti* é que entendemos por que é tão difícil acabar com ele. O *A. aegypti* de hoje não é o mesmo de 30, 50 anos atrás. Por ser um mosquito que prefere sangue humano, ele vai se adaptando aos nossos hábitos, às nossas cidades. Por isso é tão importante conhecê-lo bem de perto para conseguirmos enfrentá-lo.

O *A. aegypti* é um mosquito que desenvolveu, desde o seu surgimento no planeta, uma série de estratégias que garantiram e garantem até hoje sua adaptação e sobrevivência no meio ambiente e, conseqüentemente, a manutenção dessa espécie ao longo dos tempos. Veja como são interessantes algumas dessas estratégias:

- **Tem caráter oportunista:** esse inseto tem o hábito de picar as pessoas geralmente durante o dia, mas também pode picar também à noite, se tiver oportunidade. Esse hábito se modificou ao longo dos tempos, pois as pessoas passam mais o dia fora de casa e quando chegam, os mosquitos que lá se encontram estão sem se alimentar o dia inteiro e é nessa hora que realizam seu repasto.

- **Pode se alimentar de uma quantidade de sangue até três vezes mais do que o seu próprio peso:** a alimentação de sangue é realizada somente pela fêmea e isso garante o desenvolvimento dos ovos. A cada repasto sanguíneo completo, ou seja, até que seu estômago fique cheio em sua capacidade máxima, uma quantidade de ovos é amadurecida.
- **A fêmea é estrategista:** ela não põe todos os seus ovos de uma só vez em um só criadouro. A postura é realizada aos pouquinhos, em diversos criadouros, o que aumenta as chances de sobrevivência dos ovos, bem como sua dispersão para diversos locais.
- **Resistência dos ovos:** os ovos desse mosquito podem resistir à dessecação (falta de água) por um longo período, podendo chegar até 450 dias, até uma próxima chuva. Como ficam fortemente aderidos às paredes dos recipientes é importante que não somente se elimine a água deste, mas que suas paredes sejam cuidadosamente esfregadas.
- **Sua picada é quase imperceptível:** ele libera uma substância presente na sua saliva que anestesia o local durante a picada.
- **São silenciosos:** o som emitido por esses mosquitos é tão baixo, que dificilmente pode ser percebido pelo ouvido humano.
- **Alcance de voo:** em média, alcançam 100 a 300 metros de voo, podendo atingir até 800 metros dependendo da ausência de barreiras, como em avenidas, descampados ou bairros com construções mais espaçadas.

Outro mosquito, muito próximo em parentesco ao *A. aegypti*, o *Aedes albopictus*, já foi responsabilizado pela transmissão do vírus da dengue em várias partes do mundo, como Ásia, Europa e no Pacífico (VALLE et al., 2015). Porém, essa espécie ainda não foi encontrada infectada por esse vírus no Brasil. Mas estudos indicam que é uma potencial transmissora, sendo necessário que ações de controle sejam voltadas a essa espécie também (PESSOA et al., 2013). Quanto à transmissão do vírus da zika e da chikungunya ainda tem sido investigado se esse mosquito é um vetor eficiente.

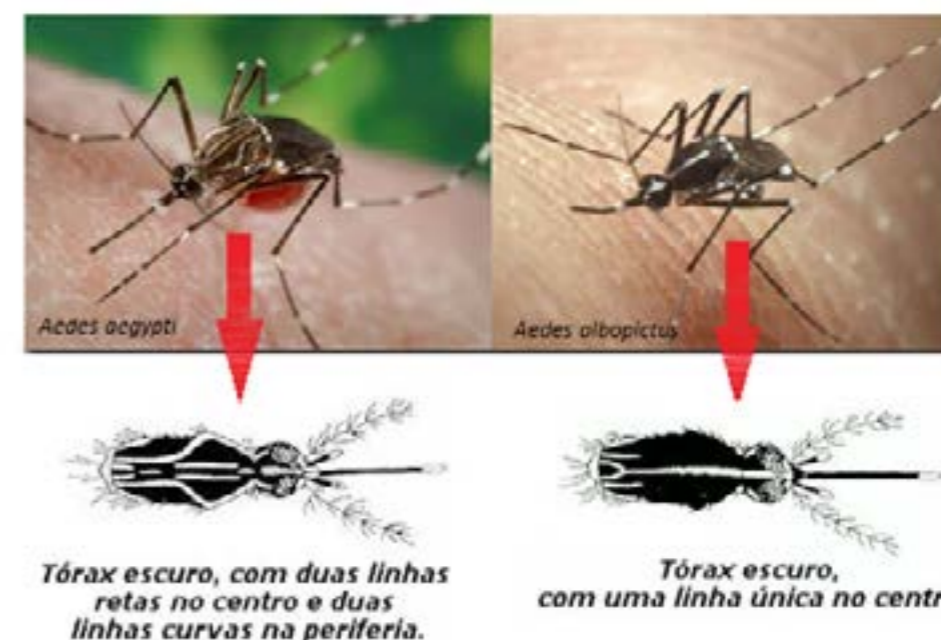
O *A. albopictus*, diferentemente do *A. aegypti*, parece tolerar largas faixas de temperaturas, o que o torna capaz de colonizar ambientes com temperaturas muito baixas. Sua distribuição se dá em ambientes urbanos e às vezes se sobrepõe a do *A. aegypti*, mas é nas áreas rurais, suburbanas e periurbanas, com grande cobertura vegetal, borda de matas secundárias, bem como quintais com muitas plantas e árvores que esse mosquito se encontra com maior

frequência, ao contrário do *A. aegypti* que é muito bem adaptado ao intradomicílio (VALLE et al., 2015).

Apesar de apresentarem algumas diferenças quanto aos ambientes ocupados, o ciclo de vida de ambas as espécies se assemelham, pois para o desenvolvimento de suas larvas, é necessário a presença de água parada.

### Diferenciando as duas espécies

Devido à proximidade de seu parentesco, esses mosquitos apresentam ciclos de vida semelhantes e são muito parecidos morfológicamente, ou seja, seus corpos apresentam algumas características iguais. Se olharmos os dois sem o auxílio de uma lupa, pensaremos que são da mesma espécie, pois os dois têm o corpo preto com escamas brancas espalhadas por todo ele. Olhando atentamente, percebemos as pernas como se fossem listradas de preto e branco. Mas, se forem observados através de uma lupa percebemos uma diferença em seu tórax, como indicado na figura abaixo:



Fonte: <https://dotoevirose.wordpress.com/tag/dengue/>

### Principais criadouros a serem vigiados

Pesquisas indicam que os criadouros onde mais se reproduzem o *Aedes* são os grandes reservatórios de água como caixas d'água, tonéis e galões e, portanto, é onde os cuidados devem ser redobrados. Porém isso não significa que podemos nos descuidar dos pequenos criadouros como vasilhinhos de plantas, garrafas e latas, calhas, lixo e entulhos mal acondicionados, lonas que recobrem objetos, bandejas de ar condicionado e refrigeradores frost free, dentre outros (BRASIL, 2018).

## Hábitos e características do *Aedes* que dificultam o controle da dengue, zika e chikungunya

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

Os principais hábitos e características desse mosquito que promovem a circulação dos vírus são:

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

Como vimos, o enfrentamento dessas doenças não é nada simples, uma vez que, necessariamente, as ações de prevenção e controle devem ser voltadas a um vetor de grande capacidade em manter os vírus em circulação.

Apesar disso, os municípios não devem deixar de investir em ações que visem a eliminação de criadouros. Entretanto, essas ações não devem acontecer somente nos períodos de maior infestação do *Aedes*, como no verão, onde as temperaturas e chuvas são mais intensas e favorecem a eclosão das larvas. Lembrando o que discutimos anteriormente, os ovos resistem mais de um ano aderidos às paredes dos criadouros e ao primeiro contato com a água já liberam as larvas e isso pode acontecer em qualquer época do ano. Fora o potencial de dispersão dos ovos quando são transportados de um ambiente para o outro, aderidos às paredes dos criadouros. Assim, é fundamental que se adotem medidas permanentes de controle durante todo o ano.

Fundamental também é que o poder público e população atuem de forma integrada no enfrentamento dessas doenças e uma ferramenta de grande importância para isso é a educação em saúde. Nesse caso sua atuação, juntamente com o agente de endemias é estratégica, no sentido de realizarem um trabalho integrado e colaborativo. São vocês que estão em contato mais direto com a população e que terão a oportunidade dialogar com a comunidade, levando informações e discutindo a melhor forma de se resolver os problemas.

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

*Agora vamos conhecer mais uma doença: a Doença de Chagas.  
Você já acompanhou algum caso da doença de Chagas?  
Conhece as principais características dessa doença?*

### Texto 4 - Doença de Chagas

#### Aspectos Biológicos

A doença de Chagas ou o mal de Chagas, como também é chamada, é causada por um

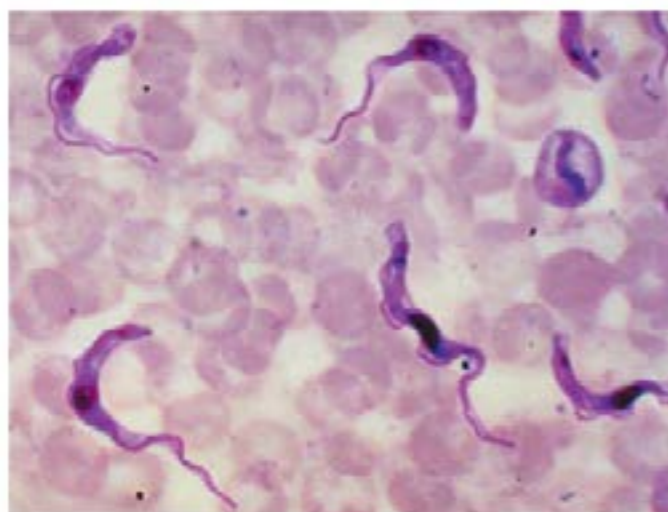


protozoário, o *Trypanosoma cruzi*. A transmissão se dá, principalmente, por insetos triatomíneos, conhecido popularmente como barbeiro. Este animal tem hábito noturno e se alimenta, exclusivamente, do sangue de vertebrados (mamíferos, aves e répteis). Qualquer mamífero pode ter o parasito, enquanto aves e répteis são refratários, ou seja, não desenvolvem a infecção.

Os principais reservatórios (animal que mantém o parasito, garantindo sua propagação) no ciclo silvestre são gambás, tatus, cães, gatos, ratos, etc. No ciclo doméstico, em função da proximidade das habitações humanas com o ambiente silvestre, os reservatórios são seres humanos e mamíferos domésticos ou sinantrópicos (que transitam entre os ambientes doméstico e silvestre) como cães, gatos, ratos e porcos.

Os triatomíneos vivem em frestas de casas de pau a pique, camas, colchões, depósitos, ninhos de aves, troncos de árvores, galinheiros, paióis, dentre outros locais, sendo que têm preferência por locais próximos à sua fonte de alimento.

*Trypanosoma cruzi* visto ao microscópio óptico



Fonte: www.medicinanet.com.br

### Transmissão

Ao sugar o sangue de um animal com a doença, o barbeiro passa a carregar consigo o protozoário. Ao se alimentar novamente, desta vez de uma pessoa saudável, geralmente na região do rosto, ele pode transmitir a ela o parasito. Esse processo se dá em razão do hábito que o barbeiro tem de defecar após sua refeição.

Como, geralmente, as pessoas costumam coçar a região onde foram picadas, tal ato permite que os **parasitos, presentes nas fezes, penetrem pela pele**. Estes passam a viver, inicialmente, no sangue e, depois, nas fibras musculares, principalmente nas da região do coração, intestino e esôfago.

### Importante!

Além da picada do barbeiro, existem outras formas de se contrair a doença de chagas. São elas:

- Transfusão de sangue contaminado.
- Transplante de órgãos contaminados.
- Transmissão de mãe para filho, durante a gravidez e aleitamento.
- Infecção oral através da ingestão de alimentos contaminados com fezes de barbeiro, como caldo de cana, sucos ou polpas de açaí, goiaba, dentre outros.

### Saiba Mais:

Conheça os termos usados para denominar as formas de transmissão da doença de Chagas:

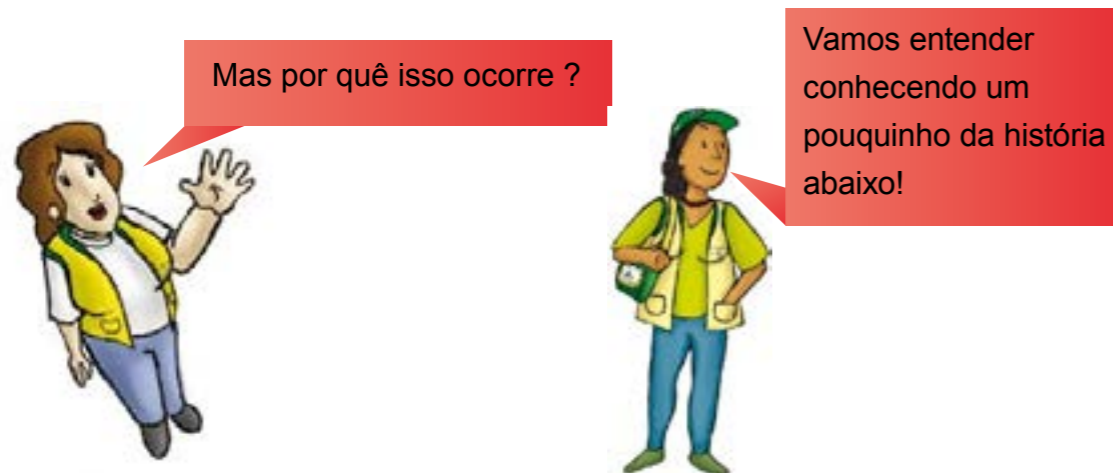
- **Transmissão vetorial:** através de vetor, no caso o barbeiro.
- **Transmissão transfusional:** através de transfusão de sangue.
- **Transmissão vertical:** através da mãe para o bebê.
- **Transmissão oral:** pela ingestão de alimentos.

### Aspectos epidemiológicos

### Você Sabia?

Os casos positivos da doença de Chagas hoje em dia são, em sua maioria, crônicos, resultantes de infecções adquiridas no passado?

No Brasil, atualmente, predominam os casos crônicos de doença de Chagas com aproximadamente três milhões de indivíduos infectados decorrentes de infecções adquiridas no passado.



Fonte: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAARhAAB/trabalho-agente-comunitario-saude>

No passado, o barbeiro *Triatoma infestans* era o principal vetor estritamente domiciliar no Brasil. Ações sistematizadas de controle químico foram instituídas a partir de 1975 e mantidas em caráter regular. Desde então, levaram a uma expressiva redução da presença de *T. infestans* e, simultaneamente, da sua transmissão ao homem. Em reconhecimento, o Brasil recebeu em 2006 a certificação internacional de interrupção da transmissão da doença pelo *T. infestans*, concedida pela Organização Panamericana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Entretanto, o *T. infestans* ainda é encontrado em focos residuais na Bahia e Rio Grande do Sul.

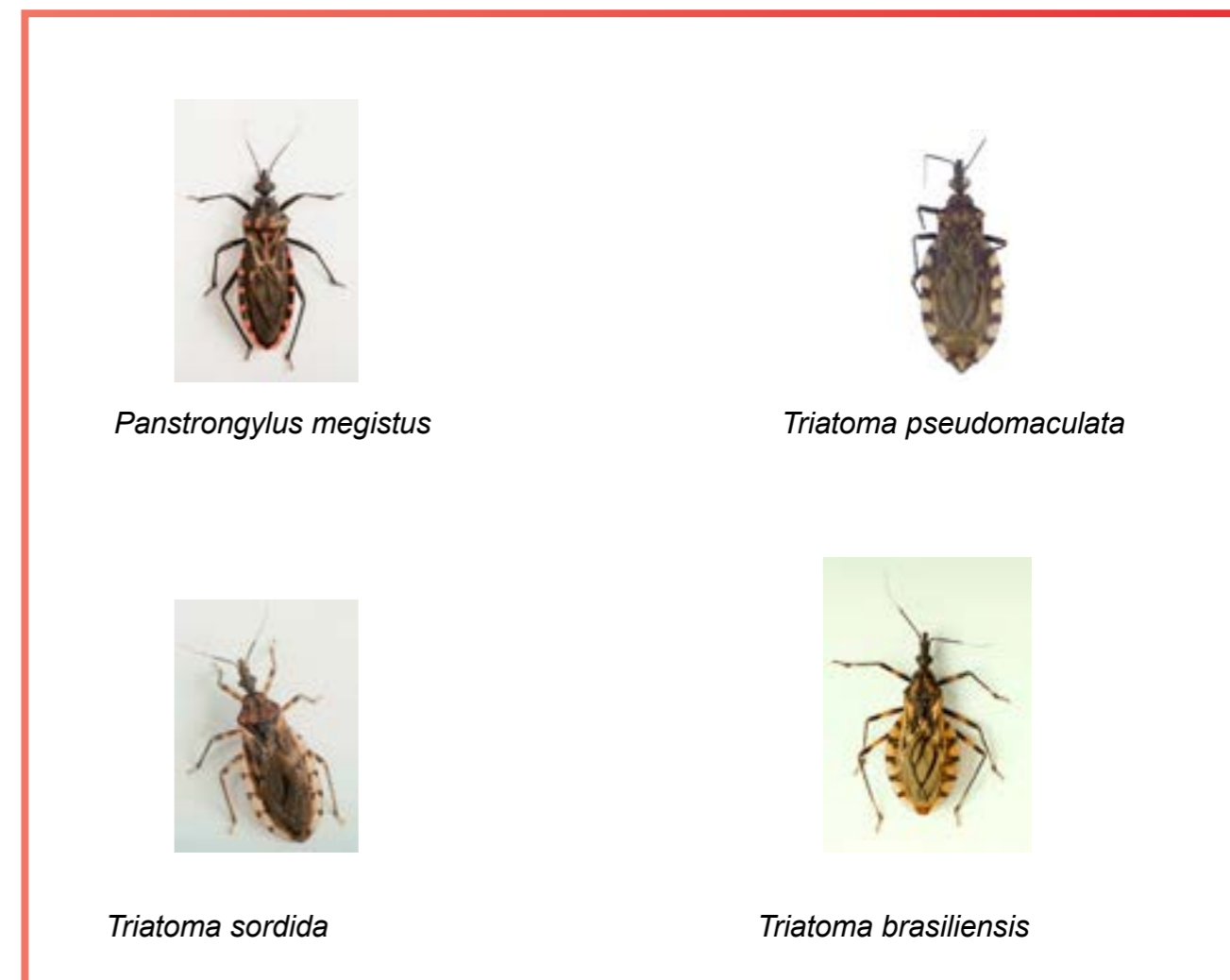
**Saiba Mais:**

Conheça o barbeiro campeão em transmissão no Brasil no passado!



*Triatoma infestans*

Conheça também outras espécies de importância na transmissão da doença de Chagas no Brasil!



*Panstrongylus megistus*

*Triatoma pseudomaculata*

*Triatoma sordida*

*Triatoma brasiliensis*

(Fonte: <http://triatomey.cpqrr.fiocruz.br/>)

Em Minas Gerais são encontrados *Triatoma sordida*, *Triatoma pseudomaculata* e *Panstrongylus megistus*.



Fonte: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAARhAAB/trabalho-agente-comunitario-saude>

Ainda existe a possibilidade de transmissão vetorial na atualidade pelos seguintes motivos:

- Ainda existem no Brasil espécies de barbeiros transmissores com elevado potencial de colonização (adaptação ao ambiente domiciliar);
- Presença de populações humanas cada vez mais próximas das matas, permitindo que reservatórios fiquem cada vez mais perto das casas;
- O desmatamento faz com que os reservatórios, desapareçam e os vetores busquem alternativas alimentares próximas às habitações humanas;
- Presença de focos residuais de *T. infestans*;
- Desmobilização da sociedade frente à informação de interrupção da transmissão por *T. infestans*, divulgada de forma imprecisa.

Na Amazônia Legal vem ocorrendo surtos de Doença de Chagas Aguda (DCA) relacionados à ingestão de alimentos contaminados (caldo de cana, açaí, bacaba, entre outros), bem como casos isolados por transmissão vetorial extradomiciliar. Em outros estados há ocorrência de casos isolados também.

Os casos suspeitos de DCA são de notificação compulsória e imediata. A notificação dos casos suspeitos deve obedecer ao que está estabelecido na Portaria SVS/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

## Sintomas

### -Fase aguda (inicial)

Os principais sintomas da fase aguda da doença são:

- febre prolongada (mais de 7 dias);
- dor de cabeça;
- fraqueza intensa;
- inchaço no rosto e pernas.

Especialmente quando a transmissão é oral, são comuns:

- dor de estômago;
- vômitos;
- diarreia.

Devido à inflamação no coração, pode ocorrer:

- falta de ar intensa;
- tosse;
- acúmulo de água no coração e pulmão.

No local da entrada do parasito, perto da picada do barbeiro, pode aparecer lesão semelhante a furúnculo, conhecido como chagoma de inoculação. Se a picada for próxima ao olho e o parasito penetrar na conjuntiva ou nas adjacências, tem-se o que chamamos de sinal de Romanã, que é o inchaço das duas pálpebras do olho atingido pela picada.

Ressalta-se que o número de pessoas doentes e de mortes por doença de Chagas é mais elevado na transmissão oral que a observada nos casos agudos por transmissão vetorial (BRASIL, 2017; BRASIL, 2014).

### Você Sabia?

A fase aguda da doença de Chagas muitas vezes pode evoluir para a fase crônica, sem que os médicos descubram antes. Isso porque muitos dos sintomas nessa fase são inespecíficos, ou seja, se parecem muito com os de outras doenças, como uma simples virose.

## - Fase crônica

A fase aguda pode evoluir para as seguintes formas:

- **Forma indeterminada** – paciente assintomático e sem sinais de comprometimento do aparelho circulatório (clínica, eletrocardiograma e radiografia de tórax normais) e do aparelho digestivo (avaliação clínica e radiológica normais de esôfago e intestino). Esse quadro poderá perdurar por toda a vida do indivíduo infectado ou pode evoluir tardiamente para a forma cardíaca, digestiva ou associada (cardiodigestiva).
- **Forma cardíaca** – evidências de acometimento cardíaco que, frequentemente, evolui para quadros de miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Essa forma ocorre em cerca de 30% dos casos crônicos e é considerada responsável pela maior frequência de óbitos na doença de Chagas crônica (DCC).
- **Forma digestiva** – evidências de acometimento do aparelho digestivo que pode evoluir para megacólon e/ou megaesôfago. Ocorre em cerca de 10% dos casos.
- **Forma associada ou mista (cardiodigestiva)** – ocorrência concomitante de lesões compatíveis com as formas cardíacas e digestivas (BRASIL, 2014).



## Tratamento

O tratamento deve ser indicado por um médico, após a confirmação da doença. O remédio, chamado benzonidazol, é fornecido pelo Ministério da Saúde, gratuitamente, às Secretarias Estaduais de Saúde, e deve ser utilizado em pessoas que tenham a doença aguda assim que ela for identificada. O tratamento tem duração de 60 dias. Para os portadores da doença crônica a indicação desse medicamento é para aqueles pacientes que não apresentam sintomas (forma indeterminada), devendo ser avaliada caso a caso (BRASIL, 2017).

## Prevenção e Controle

A prevenção da doença de Chagas está relacionada à forma de transmissão.

- **Para evitar a transmissão vetorial**, é necessário instituir práticas de manejo sustentável do ambiente, higiene e medidas corretivas em locais com infestação e melhoria nas condições de moradia. **Assim, deve-se orientar a população para:**

- Manter quintais limpos, evitando acúmulo de materiais e manter criações de animais afastadas da residência;
- Não confeccionar coberturas para as casas com folhas de palmeira;
- Vedar frestas e rachaduras nas paredes e usar telas em portas e janelas;
- Adotar medidas de proteção individual, como o uso de repelentes e roupas de mangas longas durante a realização de atividades noturnas, bem como o uso de mosquiteiros ao dormir.

- **Quando o morador encontrar triatomíneos no domicílio:**

- Não esmagar, apertar, bater ou danificar o inseto;
- Proteger a mão com luva ou saco plástico;
- Os insetos deverão ser acondicionados em recipientes plásticos, com tampa de rosca para evitar a fuga, preferencialmente vivos;
- Insetos coletados em diferentes ambientes (quarto, sala, cozinha, anexo ou silvestre) deverão ser guardados, separadamente, em frascos rotulados, com as seguintes informações: **data e nome do responsável pela coleta, local de captura e endereço.**

- **Em caso de risco de transmissão vertical:** em gestantes com suspeita de infecção chagásica é importante a confirmação da doença, para monitoramento da mãe e da criança e, em caso de confirmação, instituir o tratamento imediatamente à criança para aumentar as chances de cura. Em mães com infecção aguda, deve-se orientar a não amamentar, pois nessa fase o parasito pode ser transmitido pelo leite. Já na fase crônica da doença, onde já não existe mais risco de transmissão pelo leite, as mães devem ser orientadas a não suspender a amamentação, a não ser que o peito esteja ferido, com o risco de transmitir o parasito pelo sangue (BRASIL, 2014).

- **Em relação a riscos de transmissão oral, a Vigilância Sanitária é que deve atuar no sentido de:**

- Intensificar ações de vigilância sanitária e inspeção, em todas as etapas da cadeia de produção de alimentos suscetíveis à contaminação, com especial atenção ao local de manipulação de alimentos.
- Orientar a instalação da fonte de iluminação distante dos equipamentos de processamento do alimento para evitar a contaminação acidental por vetores atraídos pela luz.
- Realizar ações de capacitação para manipuladores de alimentos e de profissionais de informação, educação e comunicação.

### Importante!

Resfriamento ou congelamento de alimentos não previne a transmissão oral por *T. cruzi*, mas o cozimento acima de 45°C, a pasteurização e a liofilização, sim.

Agora vamos estudar as leishmanioses. Elas se apresentam de duas formas: leishmaniose visceral e a leishmaniose tegumentar.

*Você conhecia essa diferenciação?*

Vamos compreender as características de cada uma delas.

## Texto 5 - Leishmanioses

As Leishmanioses são doenças causadas por diferentes espécies de protozoários do gênero *Leishmania* e apresentam vários sintomas clínicos. As diferentes manifestações clínicas resultam de infecções por espécies diferentes de *Leishmania*.

A **leishmaniose visceral (LV)**, também conhecida como calazar, acomete os órgãos internos e é a forma mais grave da doença, podendo ser fatal. A **leishmaniose tegumentar (LT)**, também chamada de ferida brava em muitos locais é a mais comum, provocando feridas, difíceis de sarar, geralmente na pele dos braços, pernas e rosto, podendo atingir também as mucosas. Não provoca a morte, porém pode causar deformações e suas feridas podem levar a incapacidades sérias (OMS, 2010; SOUZA, 2010).

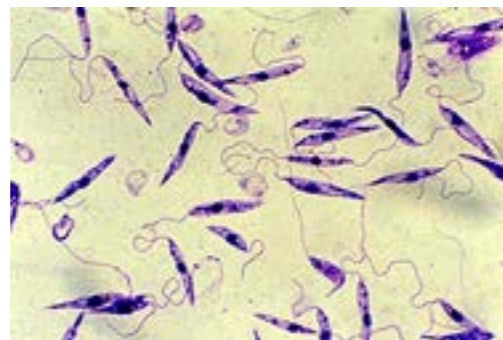
A transmissão tanto da LV quanto da LT se dá pela picada de **flebotomíneos** que podem ter variados nomes. Dependendo da região é comum ser chamado de mosquito palha, asa caída, birigui, dentre outros.



**Flebotomíneo**

(transmissor da leishmaniose)

Fonte: <http://www.raywilsonbirdphotography.co.uk/Diary/2007/July%202007.html>



**Leishmania sp.**

Fonte: <https://agencia.fiocruz.br/leishmaniose-ocular-novidades-sobre-doen%C3%A7a-silenciosa>

Esses insetos medem de dois a quatro milímetros, sendo que somente a fêmea se alimenta de sangue, enquanto o macho se alimenta de seiva de plantas. A fêmea geralmente sai para realizar o repasto sanguíneo ao entardecer. Para se deslocarem voam de forma saltitante, não atingindo longas distâncias. Preferem permanecer em ambientes úmidos e sombreados, ricos em matéria orgânica em decomposição, como matas, quintais com árvores, onde existam folhas e frutos caídos, terrenos baldios com vegetação e lixo, dentre outros. Esse tipo de ambiente é ideal para a postura dos ovos e para desenvolvimento de suas larvas. Eis um bom motivo para, sempre que possível, incentivar a população a manter a limpeza dos quintais de suas casas, concorda?

## Veja como se dá o ciclo de vida do flebotomíneo:



Fonte: <http://estagiovrsa.blogspot.com.br/2012/11/prevencao-de-doencas-transmitidas-por.html> (Adaptado)

### Leishmaniose visceral

#### Aspectos biológicos

Nas Américas, a leishmaniose visceral é causada pelo protozoário *Leishmania chagasi*, que tem como principal reservatório o cão. Em ambientes silvestres e rurais, além do cão, a *L. chagasi* pode infectar raposas e gambás.

O mosquito palha, ao picar um desses animais infectados, adquire o parasito e assim pode transmiti-lo a outro animal ou até mesmo para o ser humano. Nesses mamíferos o parasito atinge órgãos que atuam no sistema imunológico, como medula óssea, baço, fígado e linfonodos.

#### Aspectos epidemiológicos

A leishmaniose visceral primariamente se limitava a ambientes silvestres e rurais, estando atualmente em expansão para ambientes urbanos. No Brasil, está distribuída em 21 estados, atingindo as cinco regiões brasileiras e por isso ela apresenta aspectos geográficos, climáticos e sociais diferenciados. O nordeste é a região mais atingida, seguida da região sudeste, norte e centro-oeste.

A doença é mais frequente em crianças com menos de 10 anos e o sexo masculino é proporcionalmente o mais afetado. A razão pra isso é que crianças tem o sistema imunológico ainda imaturo, podendo este estado ser agravado pela desnutrição, tão comum em áreas empobrecidas, além de uma maior exposição ao vetor no peridomicílio (entorno do domicílio) (BRASIL, 2016; NEVES, 2005).

A espécie de flebotomíneo transmissora da LV no Brasil é a *Lutzomyia longipalpis* e sua densidade populacional varia de acordo com o tipo de ambiente e estação do ano. Assim, é muito comum sua presença em sopés de serra, vales, onde o terreno é mais rochoso, com cavernas e vegetação arbustiva. Os períodos do ano com chuvas e mais umidade são os mais favoráveis ao desenvolvimento desse inseto, com exceção dos locais que se alagam nos períodos chuvosos, como em algumas regiões amazônicas.

Esta espécie se alimenta de sangue de vários tipos de mamíferos e aves, incluindo o ser humano, o que favorece a sua adaptação e colonização em diversos tipos de ambientes. No ambiente peridomiciliar muitos focos são mantidos nas proximidades de galinheiros e canis, onde galinhas e cães são fontes de alimento constante, garantido várias e várias gerações do inseto.

Entretanto, nesse tipo de ambiente doméstico, o cão é o único que pode ser considerado um reservatório da doença, uma vez que mantém o parasito circulando em seu sangue periférico (próximo à pele), atuando como fonte de infecção para o flebotomíneo. Já em ambientes silvestres, as raposas são os principais reservatórios (NEVES, 2005).

## Sintomas

### Nos seres humanos:

- Febre irregular, prolongada; anemia; indisposição; palidez da pele e ou das mucosas; falta de apetite; perda de peso; diarreia; tosse não produtiva; inchaço do abdômen devido ao aumento do fígado e do baço.
- Progressivamente o paciente pode apresentar: anemia, epistaxes (sangramento nasal), hemorragia gengival, edema (inchaço causado pela retenção de líquido nos tecidos), icterícia (cor amarelada na pele, mucosas e olhos) e ascite (barriga d'água). Anorexia (perda anormal de peso) e desnutrição agravam o caso, podendo levar ao óbito pelo parasitismo ou por causa das hemorragias e infecções intercorrentes.
- Hemorragias digestivas e icterícia são indicadoras de gravidade.

### Nos cães:

- São dependentes da resposta imunológica do cão.
- As características clínicas variam de aparente estado sadio a um severo estagio final.

*Cão assintomático:* ausência de sinais clínicos.

*Cão oligossintomático:* presença de adenopatia linfoide (aumento dos gânglios linfáticos), pequena perda de peso e pelo opaco.

*Cão sintomático:* todos ou alguns sinais mais comuns da doença como alterações cutâneas, como alopecia (quedas de pelos), úlceras, hiperqueratose (espessamento e endurecimento da camada mais externa da pele), onicogribose (crescimento exagerado das unhas), esplenomegalia (aumento do baço), emagrecimento, ceratoconjuntivite (ressecamento da córnea e da conjuntiva dos olhos) e paresia dos membros inferiores (diminuição da força) (BRASIL, 2006; NEVES, 2005).

## Tratamento

No Brasil, os medicamentos usados para humanos são o antimoniato pentavalente (primeira escolha) e a anfotericina B. A escolha de cada um deles vai depender da faixa etária, presença de gravidez ou algum outro tipo de problema de saúde.

O tratamento com o antimoniato pentavalente é realizado em ambulatório e dura de 20 a 40 dias, sendo que após o 20º, deve se acompanhado por exames de eletrocardiograma todos os dias antes da administração do medicamento.

O tratamento no cão com o antimoniato pentavalente não é recomendado, pois apesar de poder apresentar melhoras clínicas, o cão continua com o parasito, sendo fonte de infecção para flebotomíneos. O Ministério da Saúde determina o sacrifício dos cães, pois com esse tratamento, há riscos de seleção de parasitos resistentes a esse medicamento de uso humano (BRASIL, 2017; BRASIL, 2006; NEVES, 2005). Entretanto, em 2016, o Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento e o Ministério da Saúde liberaram o uso do medicamento Milteforan para o tratamento de cães. A Miltefosina, princípio ativo do medicamento em questão, não é uma droga utilizada para o tratamento da doença em humanos no Brasil e, de acordo com as evidências científicas geradas até o momento, não apresenta eficácia para ser incorporada no protocolo terapêutico da leishmaniose visceral em humanos. Entretanto, cabe ressaltar que o tratamento de cães com LV não se configura como uma medida de saúde pública para controle da doença e, portanto, trata-se única e exclusivamente de uma escolha do proprietário do animal, de caráter individual (BRASIL, 2016).

## Controle e prevenção

As estratégias de controle da LV estão centradas no diagnóstico e tratamento precoces dos casos humanos, redução da população de flebotomíneos, eliminação dos reservatórios e atividades de educação em saúde.

Nas ações de redução da população dos vetores é essencial a participação da população no que diz respeito à higiene ambiental, com a eliminação de criadouros. Recomenda-se a limpeza de quintais periodicamente, bem como dos abrigos de animais, retirando-se a matéria orgânica em decomposição, como folhas, frutos, fezes e dando-se destino adequado ao lixo. Além disso, se possível, os abrigos de animais devem ser mantidos distantes da casa, uma



vez que esses animais são atrativos aos vetores para alimentação, aumentando o risco desses insetos adentrarem no domicílio. O uso de inseticidas só é indicado em áreas com número elevado de casos ou em casos de surto de LV.

Como medidas de proteção individual recomenda-se o uso de repelentes, não se expor em ambientes, principalmente ao cair da tarde e à noite, onde o vetor possa ser encontrado, usar mosquiteiros de malha fina e telar portas e janelas.

Em relação ao cão, existem algumas medidas que podem protegê-lo, caso o proprietário tenha condições de realizá-las, como realização de exames sorológicos periódicos para LV, adoção do uso de coleiras impregnadas por deltametrina 4%, que repelem os mosquito-palha, vacinação contra a LV e uso de telas no abrigo. Essas são medidas que não garantem, mas que reduzem o risco de sua contaminação. Como já dissemos, em casos de cães positivos o Ministério da Saúde recomenda o sacrifício do animal (BRASIL, 2016).

### Leishmaniose tegumentar

#### Aspectos biológicos

Já foram descritas várias espécies de animais, silvestres e domésticas, infectadas com leishmanias que causam a LT. Entretanto, somente podem ser considerados reservatórios aqueles que são fonte de infecção para os flebotomíneos, mantendo as leishmanias circulando no ambiente. São eles algumas espécies de gambás, roedores, tamanduás, preguiças e raposas.

Não há evidências científicas que comprovem o papel de cães, gatos e equídeos como reservatório, sendo estes animais considerados como hospedeiros acidentais. As manifestações da doença ocorrem de forma semelhante às de humanos, ou seja, feridas na pele e mucosas.

O ciclo da doença se estabelece quando os flebotomíneos vetores adquirem o parasito ao picarem os animais contaminados, podendo transmiti-lo a outro animal ou até mesmo ao ser humano, quando forem se alimentar novamente.

No organismo do animal ou do ser humano a leishmania é englobada por células do sistema imunológico, provocando uma reação inflamatória no local da picada. O curso da infecção é bastante variável e dependente da espécie de *Leishmania* envolvida, bem como da resposta imunológica e das características genéticas do animal infectado.

No Brasil, já foram identificadas sete espécies de *Leishmania* causadoras da leishmaniose tegumentar (LT), sendo que as principais são *Leishmania amazonensis*, *Leishmania guianensi* e *Leishmania brasiliensis*.

Assim como as espécies de *Leishmania* causadoras da LT variam, os flebotomíneos transmissores também se diferem, sendo encontradas no Brasil cinco espécies de importância significativa, tais como *Lutzomyia whitmani*, *Lu. intermedia*, *Lu. umbratilis*, *Lu. wellcomei*, *Lu. flaviscutellata*, e *Lu. migonei* (BRASIL 2017; NEVES, 2005).

#### Aspectos epidemiológicos

As leishmanias que causam a LT, originalmente, antes de qualquer interferência humana na natureza, circulam somente nas matas, entre animais silvestres e flebotomíneos associados a estes, infectando o homem ocasionalmente, quando este penetra na mata. Entretanto, nas últimas décadas isso tem mudado, devido à destruição de ambientes naturais, trazendo a circulação dos parasitos para ambientes rurais e regiões periurbanas, trazendo a LT cada vez mais para perto de nós.

Percebe-se que existe uma complexidade no ciclo de transmissão da LT, envolvendo diversos agentes causadores, diferentes vetores e reservatórios. Dentro dessa complexidade ainda devem ser consideradas a interação parasito-reservatório, parasito-vetor e vetor-reservatório. Disso então são resultantes variados padrões epidemiológicos da doença. Por exemplo: o ciclo de transmissão da *Leishmania guianensi* ocorre na cobertura da floresta amazônica, no topo das árvores, envolvendo animais que lá vivem e duas espécies de flebotomíneos, principalmente a *Lu. umbratilis*. Normalmente essa espécie não se alimenta em seres humanos, a não ser que seu ambiente seja perturbado. A *Leishmania amazonensis* tem seu ciclo no nível da base da floresta Amazônica, entre reservatórios que vivem no solo e o flebotomíneo *Lu. flaviscutellata*, de hábito noturno, como vetor. Já a *Leishmania brasiliensis* tem ampla distribuição geográfica, e sua dispersão se deve principalmente ao desmatamento, fazendo com que seus reservatórios e os vetores associados a estes se aproximem das moradias humanas. Pelo fato da *L. brasiliensis* ser amplamente distribuída pelas várias regiões do Brasil e ser adaptada a diversos reservatórios e vetores, tendo estes animais hábitos variados, o ser humano pode se contaminar em diferentes locais, como nas matas ou nas próprias casas, se estas forem perto de ambientes silvestres (BRASIL 2016; NEVES, 2005).

#### Importante!

Nesse momento você pode estar pensando se terá de memorizar todos esses nomes complicados...

Claro que não!

Na LT, o importante é você saber que se trata de uma doença que envolve diferentes reservatórios silvestres, associados a diversos tipos de mosquitos-palha e que estes, cada vez mais, se aproximam de moradias humanas, devido a distúrbios provocados pela ação humana na natureza, e que essa aproximação tem modificado o padrão epidemiológico da LT, deixando de ser específica de ambientes silvestres e passando a acontecer também em ambientes rurais e periurbanos. Toda essa complexidade requer uma grande atenção dos serviços de saúde no que diz respeito à vigilância epidemiológica e controle.

## Sintomas

Existe uma ampla variedade de formas clínicas da LT. Esta variação está relacionada ao estado imunológico da pessoa e à espécie de *Leishmania* envolvida. Basicamente podemos agrupá-las em três tipos básicos: **leishmaniose cutânea, leishmaniose cutaneomucosa e leishmaniose cutânea difusa.**

- **Leishmaniose cutânea** – caracterizada pela formação de úlceras únicas ou múltiplas na pele. Às vezes pode se apresentar na forma disseminada (leishmaniose cutâneo-disseminada), como é no caso de pacientes imunossuprimidos, como acontece em casos de pacientes com AIDS. As espécies envolvidas são *L. braziliensis*, *L. guyanensis*, *L. amazonensis*, *L. liaisoni*.
- **Leishmaniose cutaneomucosa** – pode ser decorrente de extensão direta de lesão que se iniciou em pele próxima à região de mucosas, como por exemplo, na região do rosto (perto da boca ou nariz) ou então através da disseminação hematogênica (pelo sangue). As regiões mais afetadas são nariz, faringe, boca e laringe. A espécie envolvida é *Leishmania braziliensis* e existem alguns casos de infecção descritos por *L. guyanensis*.
- **Leishmaniose cutânea difusa** – caracteriza-se pela presença de lesões papulares ou nodulares não ulceradas, espalhadas por toda a pele, resultantes de multiplicação dos parasitos que são levadas de um lugar para outro através da circulação linfática. A espécie de leishmania envolvida no Brasil é *L. amazonensis* (NEVES, 2005).

## Tratamento

- O Ministério da Saúde recomenda 10 a 20mg de Antimonial pentavalente, durante 20 dias para leishmaniose cutânea e 30 dias para mucocutânea.
- Via de administração intramuscular ou endovenosa.
- Não deve ser administrado em pacientes cardíacos, ou com doenças dos rins ou fígado, ou em mulheres grávidas, ou em portadores de HIV.
- É comum recidivas, sendo necessário repetir esquema de tratamento.
- A droga de segunda escolha é a Anfotericina B.
- É necessário tratamento secundário local: higienização com água e sabão e compressas de permanganato de potássio (BRASIL, 2010).

## Controle e prevenção

Levando-se em conta os aspectos ambientais e epidemiológicos que envolvem essa doença, podemos avaliar que seu controle e prevenção são difíceis, uma vez que ocorre principalmente em áreas silvestres e rurais, onde as pessoas têm estreita relação com a mata, onde se

encontram os vetores e reservatórios dos parasitos. Considerando que o uso de inseticidas nessas áreas é inviável, bem como o sacrifício de animais silvestres é igualmente impraticável, medidas de controle se voltam para o diagnóstico precoce, tratamento adequado e atividades educativas voltadas à população.

São recomendadas como prevenção medidas de proteção individuais e coletivas, tais como o uso de repelentes e roupas compridas quando houver exposição a locais onde os vetores possam ser encontrados, bem como o uso de mosquiteiros e telas em janelas e portas. A exposição em horário de atividade do vetor (principalmente ao cair da tarde) em áreas onde normalmente ele possa ser encontrado deve ser evitada. Medidas de manejo ambiental são importantíssimas, considerando o ciclo de vida do mosquito palha. Assim, em regiões endêmicas, recomenda-se não construir casas muito próximas a matas e pés-de-serra. Os quintais devem estar sempre limpos, livres de matéria orgânica como folhas, frutos e lixo espalhado, que oferecem criadouros ideais para as larvas dos flebotomíneos.

Veja na figura abaixo o resumo das diferenças entre os ciclos das leishmanioses



A próxima doença de que falaremos será a Esquistossomose, popularmente conhecida como xistose ou barriga d'água.

Vamos aprofundar nossos conhecimentos sobre essa doença?



## Texto 6 – Esquistossomose

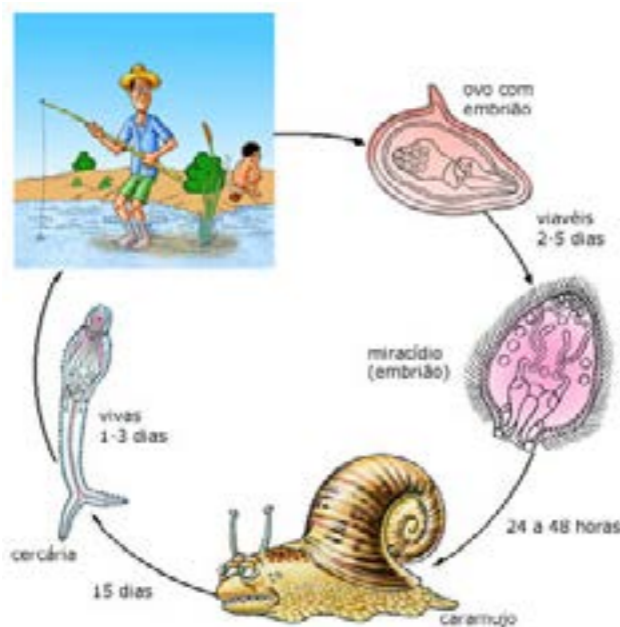
### Aspectos biológicos

A esquistossomose, também chamada de xistose ou barriga d'água, é uma doença causada por vermes, denominados *Schistosoma mansoni* que, em sua forma adulta, se hospedam em seres humanos e outros mamíferos, em vasos sanguíneos que ligam o intestino ao fígado.

Vamos conhecer o seu ciclo de vida?

Esses vermes apresentam dimorfismo sexual, ou seja, existe o macho e a fêmea que, ao realizarem a cópula, eliminam ovos no intestino de seu hospedeiro. Esses ovos são eliminados junto com as fezes e, em contato com a água, liberam uma larva ciliada, chamada **miracídio**. A liberação das larvas acontece durante as horas do dia com temperatura e luminosidade mais altas. Estas vão nadando ativamente através dos batimentos ciliares ao encontro de **caramujos do gênero *Biomphalaria***, onde se hospedam e se transformam em esporocistos. Ainda no caramujo, os **esporocistos** sofrem uma série de mudanças, se transformando em **cercárias**. As cercárias são eliminadas pelos caramujos e estas nadam ativamente, com o auxílio de sua cauda bifurcada, até encontrar um hospedeiro definitivo (algum mamífero). Assim que penetram no corpo do hospedeiro definitivo, através da pele ou mucosas, as cercárias perdem a cauda e se transformam em **esquistossômulos**. Estes atingem a circulação e vão para os pulmões, pelo sistema vascular sanguíneo, via coração. Dos pulmões, os esquistossômulos atingem o fígado, também via coração. No fígado, os esquistossômulos se diferenciam sexualmente e migram para as veias que ligam esse órgão ao intestino, onde se transformam em vermes adultos.

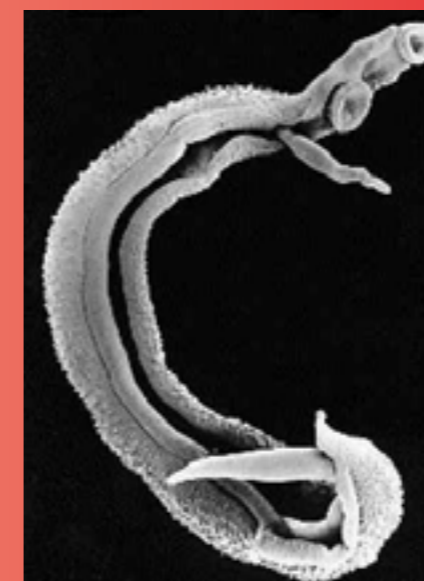
### Ciclo de vida do *Schistosoma mansoni*



Fonte: <http://www.sobiologia.com.br/conteudos/Reinos2/Esquistossomose.php>

Como vimos, o *Schistosoma mansoni*, durante seu ciclo de vida, passa por uma série de transformações, podendo apresentar formas evolutivas diferentes. Para que isso ocorra, ele necessita de estar abrigado em algum organismo vivo. Veja abaixo:

### Formas adultas do *Schistosoma mansoni* (vasos que ligam o fígado ao intestino de mamíferos-hospedeiros definitivos)



Fonte: <http://infociencias-edu.blogspot.com.br/2012/04/esquistossoma-mansoni.html>

### Ovos de *Schistosoma mansoni* (fezes de mamíferos)



Fonte: <https://estudeparasitologia.wordpress.com/2016/05/28/schistosoma-mansoni/>

### Miracídio de *Schistosoma mansoni* (larva que sai do ovo para a água)



[http://www.isradiology.org/tropical\\_diseases/tmcr/chapter2/epidemiology3.htm](http://www.isradiology.org/tropical_diseases/tmcr/chapter2/epidemiology3.htm)

### Cercária de *Schistosoma mansoni* (larva que sai do caramujo para a água)



[http://www.isradiology.org/tropical\\_diseases/tmcr/chapter2/epidemiology3.htm](http://www.isradiology.org/tropical_diseases/tmcr/chapter2/epidemiology3.htm)



**Você Sabia?**

Os caramujos do gênero *Biomphalaria* vivem em coleções de água doce, como remansos de rios, lagoas, córregos, açudes, dentre outros e contam com a vegetação existente nessas águas para se abrigarem, alimentarem e para realizar a desova. Algumas aves, peixes e até mesmo plantas aquáticas auxiliam na dispersão da desova ou até mesmo do próprio molusco.

Caramujo *Biomphalaria* (hospedeiro intermediário do *Schistosoma mansoni*)



Fonte: <http://sobiologia-2012.blogspot.com.br/p/doencas-parasitarias.html>

**Transmissão**

A transmissão ocorre em coleções d'água (córregos, lagoas, riachos, remansos, etc.) contaminadas por fezes de pessoas parasitadas e onde existam caramujos hospedeiros intermediários.

As larvas miracídio eclodem dos ovos presentes nas fezes e nadam ativamente, atraídas por substâncias produzidas pelos caramujos, onde penetram. Após sucessivas modificações, essas larvas se transformam em cercárias, forma infectante do hospedeiro definitivo.

As cercárias abandonam os caramujos e penetram na pele e/ou mucosas de indivíduos que estejam em contato com as águas contaminadas. A transmissão também pode acontecer por ingestão de água contaminada. Nesse caso, as cercárias ingeridas penetram pela mucosa bucal, mas as que chegam ao estômago são destruídas pelo suco gástrico.

**Aspectos epidemiológicos**

Basicamente, a esquistossomose está presente em regiões com altas temperaturas onde existam coleções de água doce, com a presença de caramujos *Biomphalaria* e contaminadas

por fezes humanas. No Brasil, está presente principalmente nas regiões nordeste e sudeste e, em Minas Gerais, predomina no norte e nordeste do estado (BRASIL, 2017).

As chuvas interferem no ciclo da doença de acordo com a região. Em regiões mais secas as chuvas favorecem o aparecimento de inúmeros criadouros de caramujos hospedeiros, observando-se um aumento na transmissão nessas épocas ou logo após.

Já em regiões onde o período chuvoso é intenso, percebe-se uma diminuição da transmissão, pois nessa época os caramujos são arrastados pelas enxurradas, ficando com populações pouco densas em seus criadouros. Por outro lado, as chuvas intensas proporcionam a dispersão dos caramujos, estabelecendo novos criadouros temporários, aumentando a população de caramujos logo após o período chuvoso (NEVES, 2005).

Sem dúvidas, condições precárias de saneamento favorecem o ciclo da doença. Em muitas regiões endêmicas, onde não existe uma rede de coleta de esgoto bem estruturada, tem-se a prática de se construir redes de esgoto doméstico que se desemboca diretamente nos rios. Se por um lado, as fezes humanas carregam ovos de parasitos, por outro enriquecem as águas de matéria orgânica, favorecendo a multiplicação de microalgas, que são alimentos para os caramujos.

**Sintomas**

Na fase aguda, o paciente pode apresentar febre, dor na cabeça, calafrios, suores, fraqueza, falta de apetite, dor muscular, tosse e diarreia. Em alguns casos o fígado e o baço podem inflamar e aumentar de tamanho.

Na forma crônica a diarreia se torna mais constante, alternando-se com prisão de ventre, e pode aparecer sangue nas fezes. Além disso, o paciente pode sentir tonturas, dor na cabeça, sensação de plenitude gástrica, prurido anal, palpitações, impotência, emagrecimento e endurecimento do fígado, com aumento do seu volume. Nos casos mais graves, da fase crônica, o estado geral do paciente piora bastante, com emagrecimento, fraqueza acentuada e aumento do volume do abdômen, conhecido popularmente como barriga d'água (BRASIL, 2017).

**Saiba Mais:**

- Quando as cercárias penetram na pele ou mucosa do indivíduo, podem provocar coceira, com erupções, pequenas pápulas e dor (dermatite cercariana).
- Alguns ovos do *Schistosoma* podem alcançar a circulação venosa indo para os pulmões, provocando duas consequências: prejuízo da pequena circulação (coração-pulmão-coração), podendo causar insuficiência cardíaca; passagem dos ovos para a circulação geral, indo parar em outros órgãos, como pele, pâncreas, testículos, ovários, baço, apêndice cecal e sistema nervoso central. Nesse último caso, os ovos provocam lesões que podem levar à paraplegia.
- As reações do organismo a moléculas do *Schistosoma* podem causar inflamação nos rins e pulmões, provocando lesões nestes.

**Tratamento**

Em casos simples, o tratamento é realizado em casa, com um medicamento chamado Praziquantel que é administrado por via oral, na dose de 600mg. Pode ser administrado em dose única de 50mg/Kg de peso em adultos e 60 mg/Kg de peso em crianças.

Os casos graves geralmente precisam de internação e tratamento cirúrgico (BRASIL, 2017).

**Prevenção e controle**

A prevenção consiste no tratamento dos portadores de *Schistosoma mansoni*, ações de saneamento ambiental, controle da população de caramujos e educação em saúde (BRASIL, 2014; NEVES, 2005).

As orientações à população de áreas endêmicas deverão ser voltadas ao cuidado no uso das coleções d'água para banho, pesca, recreação, lavagem de roupas e utensílios domésticos, pois poderão estar contaminadas por cercárias. Assim, antes de entrar em qualquer rio, lagoa, cachoeiras, dentre outros, o morador deverá olhar cuidadosamente se existem caramujos *Biomphalaria* nesses locais. Além disso, os moradores deverão ser orientados a construir fossas sépticas adequadas, para que as fezes não atinjam e contaminem as coleções d'água.

**Texto 7 - Tuberculose**

Vamos discutir agora uma doença que é causada por bactéria e representa um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch), que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos. A forma pulmonar, além de ser mais frequente é também a mais relevante para a saúde pública, pois é a principal responsável pela transmissão da doença (BRASIL, 2011; 2014).

A doença é transmitida por via aérea, a partir da tosse, espirro ou fala de doentes com quadros de tuberculose ativa. Quanto maior a intensidade da tosse e a concentração de bacilos no ambiente, e quanto menor a ventilação desse ambiente, maior será a probabilidade de transmissão (BRASIL, 2011).

Os principais sintomas da tuberculose são: tosse seca ou produtiva (com catarro) com ou sem sangue, por 3 semanas ou mais, episódios de febre, geralmente no final da tarde, suor em excesso à noite, falta de apetite e emagrecimento (BRASIL, 2011).

Uma importante característica da doença é possuir uma forte relação com questões sociais, como renda, aglomeração populacional, condições de moradia, infraestrutura sanitária e acesso a serviços públicos, indicando maior risco para a doença quando esses fatores não são bem atendidos (BRASIL, 2011; 2014).

Além disso, alguns grupos da população também possuem maior risco de adoecer por tuberculose:

Portadores de HIV - a elevada ocorrência de tuberculose nesse grupo está relacionada ao comprometimento do sistema imune pela infecção por HIV. A associação entre tuberculose e HIV apresenta repercussões negativas para as duas doenças e é a principal causa de morte por doenças infecciosas nesse grupo.

Pessoas em situação de rua - a tuberculose apresenta uma elevada taxa de ocorrência entre pessoas em situação de rua devido à falta de infraestrutura a que essas pessoas estão expostas. Outra questão importante é a frequência no abandono do tratamento, demonstrando a necessidade de atenção em parceria com outros setores como, por exemplo, assistência social.

Pessoas em privação de liberdade - a aglomeração no sistema carcerário facilita a transmissão da doença. Além disso, pessoas em privação de liberdade geralmente não possuem o mesmo acesso a serviços de saúde que o restante da população, refletindo na ausência de identificação da doença ou demora no diagnóstico e em dificuldades de acesso ao tratamento.

Indígenas - geralmente, os domicílios costumam ser pouco ventilados e com pouca iluminação natural. Além disso, é grande o número de pessoas por domicílio e, em muitas etnias, observam-se também altos índices de desnutrição e outros problemas de saúde.

Profissionais de saúde - além da exposição constante à doença, profissionais portadores de alguma condição que afete sua imunidade, têm risco mais elevado de desenvolver tuberculose. Além disso, as medidas de biossegurança referentes a transmissão da doença são muitas vezes negligenciadas, o que aumenta a possibilidade de transmissão (BRASIL, 2014).

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

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

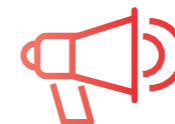
Dessa forma, o serviço de saúde pode promover a adesão ao tratamento e estreitar os vínculos com o paciente e a família. O usuário deve ser avisado sobre a visita e assegurado sobre o sigilo quanto as suas informações. É importante garantir a visita domiciliar para todo caso de tuberculose diagnosticado e a todo caso que não compareça ao serviço de saúde quando agendado (BRASIL, 2017).

### Atenção!



- O exame de escarro – BAAR – é o principal exame para diagnóstico da tuberculose. Dever ser colhido em duas amostras: durante a consulta, e no outro dia pela manhã, antes do café e de escovar os dentes.
- A investigação de contatos é fundamental para controle da doença, pois permite identificar novos casos, iniciar rapidamente o tratamento e quebrar a cadeia de transmissão da doença.
- O Tratamento diretamente observado (TDO) é observação diária da ingestão dos medicamentos por um profissional capacitado por, no mínimo, 3 observações semanais do início ao fim do tratamento.

### Atenção!



- O tratamento da tuberculose tem duração mínima de 6 meses e por isso é fundamental que o profissional de saúde acolha o usuário no serviço de saúde, desde o diagnóstico até sua alta.
- Com o início do tratamento, a transmissão tende a diminuir e, em geral, após 15 dias chega a níveis insignificantes. Até que isso aconteça, o ideal é que a visita e a supervisão da tomada da medicação seja em ambiente arejado, como na varanda, quintal ou em cômodos com livre circulação de ar. Quando isso não for possível, e o contato tiver que ser em um ambiente completamente fechado (sem ventilação), é importante que o profissional de saúde utilize máscara específica (N95).
- Na visita ao paciente com tuberculose não se esqueça de reforçar a importância de medidas como: cobrir a boca com o braço ou lenço ao tossir, manter o ambiente arejado, com luz solar. Essas questões, aliadas ao tratamento correto, ajudam a impedir o risco de transmissão.



## Atribuições básicas do ACS no controle da tuberculose

O Caderno de Atenção Básica referente à Vigilância em Saúde define as seguintes atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose:

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

## Referências

- ARAGUAIA, Mariana. "**Doença de Chagas**"; Brasil Escola. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/doencas/doenca-chagas.htm>>. Acesso em 05 jul. 2017.
- BRASIL. FIOCRUZ. INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **Dengue, vírus e vetor**. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/oportunista.html>>. Acesso em: 05 fev. 2018.
- BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz, 2017. **Doença de Chagas**. Perguntas frequentes. Disponível em <<http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=11>>. Acesso em 05 jun. 2017.
- BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz, 2017. **Triatokey**. Disponível em <<http://triatkey.cpqrr.fiocruz.br/>>. Acesso em 07 jun.2017.
- BRASIL. GOVERNO DO BRASIL. Saúde. **Saiba mais sobre dengue, chikungunya e zika**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/saiba-mais-sobre-dengue-chikungunya-e-zika>>. Acesso em: 02 fev. 2018.
- BRASIL. Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos. 2017. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/febre-amarela-sintomas-transmissao-e-prevencao>>. Acesso em 27 jun. 2017.
- BRASIL, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, 2016. **Medicamento Milteforan**. Nota técnica nº 11/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Febre amarela**. Brasília: MS, 2004. 57 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 195 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculos\\_e\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculos_e_brasil.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 92p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil\\_2014.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. 2017. 28 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.



BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**, volume único. Brasília, 2014. 811 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dengue, chikungunya e zika**. Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/pt/tira-duvidas#o-que-e-chikungunya>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2017. Portal da Saúde, **Doença de Chagas**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doenca-de-chagas>>. Acesso em 12 jun. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2017. Portal da Saúde, **Esquistossomose**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/esquistossomose>>. Acesso em 28 ago. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2017. Portal da Saúde, **Leishmaniose Tegumentar**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/leishmaniose-tegumentar-americana-lta>>. Acesso em: 12 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2017. Portal da Saúde, **Leishmaniose Visceral**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/leishmaniose-visceral-lv>>. Acesso em 04 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**, 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 448 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: [recurso eletrônico]. Volume único, 1 ed. atualizada. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 773 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_1ed\\_atual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf)>.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância da esquistossomose mansoni: diretrizes técnicas**, volume único, 4ª edição. Brasília, 2014. 144 p.

BRITO, L.B.M.; SANTOS, J.A.; GOMES, A.L.P; MARCOS, A.J.F. **Febre Amarela: uma revisão de literatura**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 2014; v.8, n.3, p.61-65.

COCHRANE BRASIL. **Evidências confiáveis**. Decisões bem informadas. Melhor saúde. Disponível em <http://brazil.cochrane.org/news/tratamento-da-s%C3%ADndrome-de-guillain-barr%C3%A9-paralisia-aguda-ainda-um-desafio>>. Acesso em 01 fev. 2018.

DIAS, J.C.P; RAMOS JR, A.N; GONTIJO,E.D. *et al.* **II Consenso Brasileiro em doença de Chagas**, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde, v.25, (núm. esp.), p. 7-86, 2016.

FERREIRA, K.V.; ROCHA, K.C.; CAPUTTO, L.Z. *et al.* **Histórico da febre amarela no Brasil e a importância da vacinação anti-amarela**. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, 2011; v.36, n.1, p.40-47.

GOMES, A.C.; BITENCOURT, M.D.; NATAL, D. *et al.* **Aedes albopictus em área rural do Brasil e implicações na transmissão da Febre amarela Silvestre**. Revista de Saúde Pública, 1999; v.33, n.1, p.95-7.  
MARCONDES, C.B. **Entomologia Médica e Veterinária**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. 432 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. **Febre Amarela**. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/febreamarela>>. Acesso em 27 jun .2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. **Manejo Clínico Febre Amarela**. 2017. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Manejo%20Clinico%20Febre%20Amarela%20SES-MG\\_03-02-2017.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Manejo%20Clinico%20Febre%20Amarela%20SES-MG_03-02-2017.pdf)>. Acesso em 27 jun. 2017.

NEVES, D.P.; MELO, A.L.; LINARDI, P.M.; VITOR, R.W.A. **Parasitologia Humana**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 494 p.

PESSOA M, V.E.; SILVEIRA, D.A.; CAVALCANTE R, I.L.; FLORINDO G, M.I. **Aedes albopictus no Brasil: aspectos ecológicos e riscos de transmissão da dengue**. *Entomotropica*, v. 28, n. 2, p. 75-86. 2013.

VALLE, D.; PIMENTA, D.N.; CUNHA, R.V. **Dengue: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 460 p.



## DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Agora vamos abordar aspectos relacionados à diabetes e à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ambas consideradas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), ou seja, doenças que se desenvolvem no decorrer da vida, são de longa duração e não são transmitidas de uma pessoa para outra.

### Você Sabia?



As doenças não transmissíveis, também conhecidas como não infecciosas, como a diabetes e a HAS, são consideradas multifatoriais. Isso quer dizer que resultam da interação de vários fatores de risco, os quais participam, em diferentes níveis, do desenvolvimento da doença e do aparecimento dos sinais e dos sintomas. Os fatores de risco são de naturezas diversas e podem estar relacionados à própria pessoa e ao ambiente em que se vive.

Para iniciarmos nossa conversa, vamos dialogar um pouco sobre como você e sua equipe de saúde cuidam das pessoas com diabetes e/ou HAS e como lidam com as demandas que elas apresentam?

### Atividade 1

Relembrando das ações desenvolvidas no cuidado das pessoas com diabetes e/ou HAS em meu território

Discuta em pequenos grupos as seguintes questões:

- No território em que você atua, durante as visitas domiciliares, que demandas as pessoas com diabetes e HAS apresentam para você? Quais são as dúvidas e os anseios que elas expressam?
- Como você, ACS, se sente diante das demandas apresentadas? Como você se sente respondendo às demandas? Que estratégias você utiliza para respondê-las? Você busca outros profissionais da equipe de saúde para ajudar nas respostas e nos encaminhamentos necessários?

As questões discutidas em grupo podem nos convidar a pensar um pouco sobre o modo como você, ACS, como integrante da equipe de saúde, tem pensado a relação com as pessoas que possuem diabetes e HAS em seu cotidiano de trabalho. Muitas vezes, as questões que aparecem entre as pessoas com diabetes e HAS e a equipe de saúde seguem duas direções: uma mais relacionada à medicação e outra aos hábitos de vida. Isso apareceu na discussão de vocês?

Podemos observar que, no dia a dia de trabalho das equipes de AB/APS, as DCNT, como a diabetes e a HAS, têm sido abordadas de modo medicalizado e prescritivo. O que isso significa? Você se lembra do que trabalhamos no capítulo “O Agente Comunitário de Saúde e a Educação em Saúde”, na Unidade de Aprendizagem III? Lá conversamos um pouco sobre como a doença, muitas vezes, torna-se central no modo como nos relacionamos com as pessoas da comunidade, sobretudo com as pessoas diabéticas e hipertensas. Isso nos chama atenção para o fato de que, quando priorizamos aspectos relacionados à medicação, estamos olhando mais para a doença e menos para as outras coisas que envolvem a vida das pessoas. É importante nos lembrarmos do tanto de aspectos que fazem parte da vida das pessoas e que, inclusive, podem contribuir para uma piora da condição de saúde, como, por exemplo, algum relacionamento conflituoso dentro de casa, dificuldade financeira, limitação no acesso aos serviços de saúde, entre outros.

Podemos pensar que você, ACS, por estar mais próximo das pessoas da comunidade, pode estar mais atento aos muitos aspectos que acontecem na vida das pessoas que vivem no território em que você atua. Isso não significa que devemos desconsiderar a importância da medicação no tratamento da diabetes e da HAS, mas pensar que podemos olhar para além dos remédios e da prescrição de condutas e comportamentos.

Você deve estar pensando que muitas das demandas e das dúvidas que as pessoas com diabetes e HAS possuem são exatamente sobre o uso dos medicamentos. Nesses casos, é muito importante que você possa acolher essas dúvidas, auxiliar as pessoas nas questões que são de seu conhecimento e encaminhar as outras para os outros profissionais que compõem a equipe de saúde.

*Como você lida com as questões sobre medicação?*

*Você convida outros profissionais da equipe, como médicos, enfermeiros e farmacêuticos, para ajudar nas dúvidas que você não se sente confortável para responder?*

É importante você, ACS, acolher as demandas e as dúvidas que as pessoas com diabetes e HAS apresentam em relação à medicação que utilizam, tentando compreender o que caracteriza as dúvidas, como, por exemplo: dificuldades para entender a dinâmica do uso das medicações, ou seja, em que horários tomar e como tomar; pouca tolerância aos efeitos indesejados que os remédios geralmente apresentam; pouca crença nos efeitos da medicação; etc. Identificando, com mais clareza, a natureza das dúvidas apresentadas, podemos também identificar o que você, ACS, se sente confortável para responder e o que será necessário ser direcionado a outros profissionais da equipe.

Para pensarmos um pouco mais nisso, propomos que vocês leiam o caso da Dona Irene e da ACS Rosângela, retirado do Manual “Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Promoção do Uso Correto de Medicamentos” e realizem a próxima atividade proposta.



## Atividade 2

## Estudo de Caso: "O caso da Dona Irene e da ACS Rosângela"

A ACS Rosângela visita constantemente as famílias de sua microárea. Entretanto, na casa onde moram Dona Irene e Seu Gilberto, suas visitas são mais frequentes, tendo em vista a preocupação com o casal. Dona Irene é hipertensa e diabética e utiliza os seguintes medicamentos:

- Insulina NPH humana 10UI ao dia.
- Propranolol 40mg dois comprimidos ao dia.
- Hidroclorotiazida 50mg um comprimido ao dia.

Já seu Gilberto é hipertenso e sofreu há dois anos um derrame, tendo grande dificuldade para se comunicar e se movimentar. Atualmente ele utiliza:

- Captopril 25mg dois comprimidos ao dia.
- Espironolactona 25mg um comprimido ao dia.
- Ácido Acetilsalicílico 100mg um comprimido ao dia.

Dona Irene, com 66 anos, é quem cuida da casa, faz almoço e administra todos os medicamentos, o que lhe traz grandes problemas. Segundo Dona Irene, é difícil saber quando e como utilizar os medicamentos e, além disso, ela não entende bem o porquê ela e o seu marido tomam tantos remédios.

Em pequenos grupos, propomos que vocês discutam e definam estratégias que podem ser desenvolvidas para responder às dúvidas de Dona Irene. O que pode ser feito para ajudar Dona Irene a compreender o modo de usar os medicamentos e também o motivo de ela e Seu Gilberto usarem todos os medicamentos prescritos?

Como falamos anteriormente, além de uma abordagem mais relacionada à medicação, outra direção muito comum presente nas questões que aparecem entre as pessoas com diabetes e HAS e a equipe de saúde refere-se aos hábitos de vida. Ou seja, além do tratamento medicamentoso, observamos que diferentes profissionais da equipe de saúde prescrevem hábitos de vida considerados saudáveis para as pessoas com diabetes e HAS. Sabemos que os hábitos de vida são fatores que influenciam as condições de saúde e doença das pessoas. No entanto, muitas vezes, os profissionais de saúde, ao orientarem sobre hábitos considerados por eles como sendo saudáveis, desconsideram a realidade de vida e os desejos das pessoas.

Resgatando, novamente, o que trabalhamos no capítulo "O Agente Comunitário de Saúde e a Educação em Saúde", durante a Unidade de Aprendizagem III, é importante lembrarmos que, ao prescrevermos hábitos de vida para pessoas com diabetes e HAS, dizendo o que fazer e o que comer, acabamos impondo ao outro um modo de viver, sem permitir que cada um se expresse e escolha o que mais deseja para a sua vida. Falar sobre medicamentos e orientar o outro sobre modos melhores de se viver é necessário. Mas não pode ser só isso. É preciso ir além e permitir que cada pessoa se expresse, se abra e se permita ser o que se é. Além disso, precisamos ter um olhar crítico sobre as condições de vida dessas pessoas, de forma a não culpabilizá-las pela sua própria situação de vida e de saúde.

**Importante!**

Vamos lembrar o que discutimos na Unidade de Aprendizagem III - Educação em Saúde?

Quando dizemos para alguma pessoa hipertensa, por exemplo, que é necessário ela fazer atividade física, o que estamos considerando? Muitas vezes, somente a importância da atividade física para o controle da hipertensão arterial e nos esquecemos de considerar a realidade diária daquela pessoa. Uma pessoa que trabalha o dia todo e ainda gasta um tempo longo de deslocamento entre casa/trabalho possui tempo disponível e desejo para se dedicar à atividade física? Às vezes essa pessoa ainda tem o terceiro turno de trabalho, com afazeres domésticos ou o cuidado com o pai, a mãe ou os filhos. Portanto, antes de recomendarmos um comportamento ou uma mudança de hábito, devemos buscar conhecer um pouco mais sobre a vida da pessoa e ajudá-la a pensar em alternativas para melhorar a sua saúde.

Para pensarmos um pouco mais sobre os desejos e as escolhas das pessoas e sobre outros modos possíveis de atuarmos em nosso cotidiano de trabalho, propomos que você leia o caso da Dona Flor, que foi contado pela médica Júlia Rocha, em seu perfil no Facebook. Júlia Rocha é médica de família e comunidade e atua na Atenção Primária à Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais.

## Atividade 3

Estudo de Caso: “O caso da Dona Flor - sobre o direito de comer o que bem entender aos 86 anos”

“Dona Flor, tá um pouquinho alto o exame. A senhora tá comendo muita besteira?”  
 “Pão, doutora” interrompe a neta. “Ela come pão com um tanto de manteiga o dia inteiro! Eu falo, ela não escuta. Tá vendo? Agora a senhora vai me escutar e parar de comer?”

“Não. Eu vou comer pão, sim. De todo tipo, doce, salgado, recheado, na chapa, com manteiga, com geleia... eu amo pão! Doutora, eu pego o pão, eu olho pra ele, eu beijo ele antes de comer. Eu ponho ele na parede assim e fico imaginando: esse pão merece um quadro, de tão lindo. E eu vou na padaria compro 5 e chego em casa só com 3. Dois eu como no caminho. E vou continuar comendo, por que eu tenho 86 anos e tenho direito de comer o que eu quiser. Vem tirar meu pão pra você ver. E vai ser com manteiga. Muita manteiga. Você concorda comigo, doutora?!”

“Completamente!”

A partir da leitura do caso de Dona Flor, propomos que discutam em sala as seguintes questões:

- Como vocês analisariam a situação de Dona Flor?
- Como vocês lidariam com o desejo que ela apresentou?
- O que vocês consideram possível nessa e em outras situações em que seria necessário articular os desejos e os modos de viver das pessoas com a melhoria da glicemia e da pressão arterial?

Agora que já abordamos alguns aspectos mais gerais sobre a diabetes e a HAS, vamos conhecer um pouco mais sobre cada uma dessas doenças?

### Diabetes

A diabetes, assim como a HAS, é um importante problema de saúde pública. Hoje, no Brasil, há mais de 13 milhões de pessoas vivendo com diabetes, o que representa 6,9% da população. E esse número está crescendo. Inclusive, o Brasil está entre os países que mais possuem pessoas com diabetes. Mas o que podemos caracterizar como diabetes? Como podemos defini-la?

Diabetes mellitus é uma DCNT que acontece quando o organismo produz pouca ou nenhuma insulina. Como a insulina é o hormônio responsável pelo controle da quantidade de glicose (açúcar) no sangue, a pessoa com diabetes mantém altos níveis de glicose na corrente sanguínea, o que pode causar prejuízos a vários órgãos do corpo.

### Você Sabia?

A Insulina é um hormônio secretado pelo pâncreas que é necessário para utilizarmos a glicose que obtemos por meio dos alimentos (SBD, 2017).

É importante sabermos que a diminuição da capacidade do organismo de produzir insulina pode acontecer em duas condições distintas, classificadas como diabetes Tipo I e diabetes Tipo II.

Você já ouviu falar dos dois tipos de diabetes?

Se sim, sabe a diferença entre eles?

A diabetes Tipo I acontece pela destruição das células do pâncreas que produzem a insulina e aparece geralmente na infância ou na adolescência, mas também pode ser diagnosticada em adultos. Envolve o tratamento com insulina, medicamentos, planejamento alimentar e atividades físicas para ajudar a controlar o nível de glicose no sangue. Já a diabetes tipo II surge quando o organismo não consegue usar adequadamente a insulina que produz ou não produz insulina suficiente para controlar a taxa de glicose no sangue (glicemia). Cerca de 90% das pessoas com diabetes têm o Tipo II, que se manifesta mais frequentemente em adultos, embora crianças também possam apresentá-la, devido à obesidade e ao sedentarismo infantil. Dependendo da gravidade, a diabetes tipo II pode ser controlada com atividade física e planejamento alimentar. Em outros casos, exige o uso de insulina e/ou outros medicamentos para controlar a glicose.

Em ambos os tipos de diabetes, as complicações decorrentes da doença são observadas, principalmente, quando o diagnóstico não é realizado precocemente. Define-se que o diagnóstico da diabetes, assim como o tratamento, deve ser conduzido na Atenção Primária à Saúde, considerada a porta de entrada preferencial do SUS, como já vimos na Unidade de Aprendizagem I. Como os profissionais da Atenção Primária podem atuar no diagnóstico precoce da diabetes? Para que se realize um diagnóstico precoce, é importante que todos os profissionais da equipe de saúde da família estejam atentos aos sinais que podem indicar a existência da diabetes, nos momentos de conversa, nas consultas, nas visitas domiciliares, etc.

Você sabe dizer quais são os sinais e os sintomas da diabetes?

De maneira geral, os sinais e os sintomas da diabetes são:

- Aumento do volume de urina;
- Sede intensa;
- Emagrecimento e fraqueza;
- Fome excessiva;
- Outras queixas, como dores nas pernas, dificuldade de cicatrização, piora da visão, coceira e corrimento vaginal.

É importante pensarmos que a diabetes pode permanecer assintomática ao longo do tempo e o seu diagnóstico é frequentemente feito a partir da identificação de fatores de risco, como obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares não saudáveis, além de histórico familiar e níveis elevados de colesterol e triglicérides. Nesse sentido, estar atento à existência da diabetes é aproveitar qualquer oportunidade com as pessoas da comunidade para identificar algum indicativo da doença, sejam os fatores de risco, sejam os sinais e os sintomas. Por exemplo, se uma pessoa da sua área de atuação, durante as visitas domiciliares, está se queixando da demora de cicatrização de uma ferida, pode-se imaginar a possibilidade de existência da diabetes e então encaminhá-la a uma consulta na unidade básica de saúde.

*Você, ACS, já vivenciou alguma situação em que conseguiu identificar fatores de risco e/ou sinais da diabetes em alguma pessoa do seu território?*

### Importante!

Em muitos casos, quando se faz o diagnóstico de diabetes tardiamente, as pessoas já apresentam sinais mais avançados da doença, o que demonstra, entre outros fatores, a dificuldade de realizar o diagnóstico precoce e as ações de prevenção. Por isso, é muito importante que todos os profissionais da equipe fiquem atentos aos sinais que indicam a doença, tanto nas pessoas que passam pela unidade básica de saúde quanto naquelas que residem no território, por meio da visita domiciliar.

É importante destacar que o diagnóstico precoce da pessoa com diabetes não é uma responsabilidade exclusiva de um profissional da equipe de saúde da família. Cada profissional, com suas atribuições e integrado à sua equipe, pode ajudar a identificar a diabetes.

O diagnóstico precoce associado ao bom manejo da doença na Atenção Primária pode evitar hospitalizações e maiores complicações relacionadas à diabetes, como, por exemplo, doença renal, comprometimento da circulação nas pernas e nos pés, problemas na visão, problemas dermatológicos (pele), além das doenças cardiovasculares, consideradas a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo. Nessas situações, os custos com o manejo da diabetes, que chegam a ultrapassar os 10% do total de gastos com atenção em saúde, podem reduzir consideravelmente. Isso reforça a importância da atuação das equipes de saúde da família no diagnóstico e no tratamento da diabetes.

*Como você, ACS, considera que tem sido desenvolvido o cuidado às pessoas com diabetes pela equipe de saúde da qual faz parte?*

O cuidado integral às pessoas com diabetes é um desafio para a equipe de saúde, principalmente por envolver aspectos ligados ao cotidiano como, por exemplo, os modos como as pessoas vinculam-se com a sua alimentação e com a atividade física, bem como as experiências de vida que possuem e os sentidos que produzem sobre sua saúde e sua doença. Isso precisa ser considerado durante a abordagem às famílias e no planejamento das ações de saúde pela equipe. Considerando a complexidade que envolve o cuidado à pessoa com diabetes, é importante que o manejo da doença seja realizado a partir da integração entre os diferentes profissionais da equipe. Ainda que cada profissional tenha seus modos próprios de contribuir, a equipe precisa dialogar entre si e compartilhar dificuldades e apostas relacionadas ao cuidado.

*Na equipe da qual você faz parte, é comum compartilharem situações relacionadas ao cuidado às pessoas com diabetes do território?*

*Como você, ACS, participa do cuidado à pessoa com diabetes do seu território?*

### Atividade 4

#### Relembrando o cuidado às pessoas com diabetes do território

Para conversarmos um pouco sobre o cuidado às pessoas com diabetes do seu território de atuação, propomos que vocês reúnam-se em pequenos grupos e discutam as seguintes questões:

- Como tenho participado do cuidado à pessoa com diabetes do meu território?
- Como a equipe da qual faço parte tem se envolvido no cuidado?
- Como tenho comunicado aos demais profissionais da equipe aspectos relacionados às pessoas com diabetes da área em que atuo?
- Que aspectos considero que podem ser revistos para que a equipe ofereça um cuidado integral às pessoas que vivem com diabetes?

Em geral, podemos destacar alguns aspectos que você, ACS, pode considerar em sua prática cotidiana de atenção à pessoa com diabetes:

- Identificar, na área de atuação, pessoas com maior risco para diabetes, a partir dos fatores de risco já descritos (história familiar, obesidade; sedentarismo; hipertensão arterial; níveis elevados de colesterol e triglicérides), orientando-as a procurar a unidade básica de saúde para avaliação;
- Conversar sobre a relação entre alimentação, atividade física e diabetes, considerando os modos de ser de cada pessoa;
- Orientar sobre a importância das consultas de acompanhamento e para a verificação da glicemia, realizando a busca ativa dos faltosos;



- Indagar sobre o uso correto da medicação – insulina e medicamentos via oral – comunicando à equipe sempre que perceber algum tipo de dúvida ou problema que você não se sente confortável para responder;
- Estimular a participação em grupos de orientação;
- Orientar sobre os cuidados com a saúde bucal – a diabetes mal controlada pode facilitar a inflamação das gengivas;
- Orientar sobre o cuidado corporal redobrado, especialmente com os pés – examinando-os diariamente;
- Orientar sobre a importância de se evitar o uso de sapatos apertados, uso de gilete, alicate de cutícula, entre outros;
- Orientar sobre a lavagem dos pés com água morna (nunca quente) e sobre a importância de secá-los muito bem, especialmente entre os dedos. Esses cuidados são importante para prevenir lesões nos pés, as quais, se não identificadas e tratadas precocemente, podem levar a amputações.

### Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a diabetes, como já vimos anteriormente, são consideradas um importante problema de saúde pública, sobretudo por serem fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a principal causa de morte no Brasil e no mundo. No Brasil, assim como em outros países, a HAS é uma das doenças mais frequentes: atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos e contribui, direta ou indiretamente, para 50% das mortes por doença cardiovascular.

Podemos analisar o quão frequente é a HAS em nosso meio com uma simples pergunta: quem conhece alguém que tem hipertensão? Dificilmente, encontraremos uma pessoa que não conheça alguém que tenha “pressão alta”, nome popularmente atribuído à HAS. Considerando que se trata de uma doença muito presente em nosso dia a dia e que faz parte do cotidiano do trabalho em saúde na Atenção Primária, é muito importante conhecermos um pouco mais sobre os aspectos que a envolvem.

*Então, vamos conversar um pouco mais sobre a “pressão alta”? Como podemos definir a HAS?*

A HAS é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados de pressão sanguínea nas artérias. A hipertensão arterial ocorre quando os níveis de pressão arterial estão acima dos valores de referência para a população geral. Os valores considerados ótimos para a pressão arterial são 120x80 mmHg e os valores considerados altos são aqueles iguais ou superiores a 140x90 mmHg.

### Saiba Mais:

#### O que é pressão arterial?

A pressão arterial é a pressão que o sangue exerce na parede das artérias quando o coração bombeia o sangue para o corpo. Dependendo do momento de contração ou de relaxamento do coração, a pressão pode ser maior ou menor. O momento em que o coração está contraído para expulsar o sangue é chamado de sístole e a pressão, nesse momento, recebe o nome de sistólica ou pressão máxima. O momento de relaxamento do coração para o seu enchimento de sangue é chamado de diástole e a pressão é denominada de mínima ou diastólica. Quando aferimos uma pressão e identificamos o seu valor, por exemplo, de 130x90mmHg, o valor de 130 refere-se à pressão sistólica/máxima e o valor de 90 à pressão diastólica/mínima.



Uma aferição da pressão arterial com valor igual ou superior a 140x90 mmHg já caracteriza a HAS? Como é realizado o diagnóstico da doença? É importante sabermos que qualquer pessoa pode apresentar, esporadicamente, níveis de pressão arterial maiores que 140x90 mmHg, sem que seja considerada hipertensa. Muitas vezes, são necessárias várias leituras da pressão arterial para estabelecer o diagnóstico. Se a leitura inicial apresentar um valor alto, deve-se medir a pressão arterial novamente e, em seguida, mais duas vezes, além de aferir em pelo menos mais dois outros dias para assegurar o diagnóstico de HAS. Somente a aferição de níveis permanentemente altos após várias medições, em diferentes horários e dias e em diferentes posições e condições (repouso, sentado ou deitado etc.), pode assegurar o diagnóstico de hipertensão arterial.

### Importante!

Considera-se alteração de pressão arterial apenas quando os valores forem maiores ou iguais a 140x90 mmHg. Porém, não é possível basear o diagnóstico de hipertensão arterial em apenas uma leitura!

Embora várias aferições da pressão arterial com resultados iguais ou superiores a 140x90 mmHg permitam definir o diagnóstico de HAS, não é muito simples realizá-lo. Isso porque, na grande maioria dos casos, a hipertensão arterial é assintomática, ou seja, não se manifesta por meio de sinais e sintomas. Portanto, muitas pessoas só descobrem a doença quando há o aparecimento de complicações. Dessa forma, a detecção precoce acontece sobretudo a partir da identificação dos fatores de risco, assim como acontece com a diabetes.

*Você sabe quais são os fatores que podem provocar a hipertensão arterial?*

Conforme vimos no início deste capítulo, como a hipertensão é considerada uma doença multifatorial, assim como a diabetes, são vários os fatores que podem levar ao seu desenvolvimento. Alguns desses fatores são modificáveis; outros não.

Vamos conhecer alguns deles?

Fatores de risco não modificáveis:

- **Hereditariedade:** fatores genéticos podem estar envolvidos com a ocorrência da hipertensão arterial, sendo observados por meio da expressão da doença em vários membros da família;
- **Idade:** a frequência da doença tem uma tendência a aumentar em pessoas com idades mais avançadas;
- **Cor de pele:** Pessoas de cor negra são mais propensas à hipertensão arterial.

Fatores de risco potencialmente modificáveis:

- Obesidade/excesso de peso;
- Sedentarismo/falta de atividade física;
- Hábitos alimentares, como por exemplo, o consumo frequente de enlatados e alimentos com grande quantidade de condimentos, principalmente o sal. A ingestão de alimentos ricos em sódio, carboidratos e colesterol pode contribuir para o desenvolvimento da HAS;
- Ingestão frequente de bebidas alcoólicas;
- Estresse: excesso de trabalho, angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação da pressão arterial;
- Sono inadequado.

O conhecimento dos fatores de risco para a HAS é muito importante para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos junto às pessoas da comunidade. As equipes que atuam na Atenção Primária possuem um papel central na prevenção e no acompanhamento da HAS.

*A equipe de saúde da qual você faz parte tem realizado ações voltadas para a HAS?*

*Como você, ACS, tem participado das ações relacionadas à hipertensão arterial no serviço e na comunidade em que atua?*

Os profissionais da equipe podem desenvolver diferentes estratégias, individuais e coletivas, para contribuir com o controle da hipertensão arterial da sua população adscrita e melhorar a qualidade da atenção em sua unidade. Como vimos na Unidade de Aprendizagem III, as ações de educação em saúde são consideradas uma estratégia interessante para nos encontrarmos com as pessoas que vivem com HAS e conversarmos sobre as suas dificuldades e os sentidos que produzem sobre si e sobre sua saúde.

Embora seja um grande desafio atuar na prevenção e no acompanhamento da HAS, as equipes da Atenção Primária possuem um espaço prioritário e privilegiado na atenção à saúde dessa população, sobretudo por atuarem com uma equipe multiprofissional e por desenvolverem um processo de trabalho que facilita a construção de vínculo entre profissionais e comunidade. A atuação da equipe de saúde junto às pessoas com HAS é muito importante para evitar o surgimento de complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, a mortalidade relacionada às doenças cardiovasculares e os custos com a atenção à saúde.

### **Você Sabia?**



A HAS, quando não tratada, pode ocasionar eventos cardiovasculares fatais e não fatais, como derrames cerebrais, infarto, insuficiência cardíaca (aumento do coração), angina (dor no peito), insuficiência renal ou paralisção dos rins e alterações na visão que podem levar à cegueira, entre outros.

Sabemos que HAS não tem cura e seu tratamento é essencial para evitar complicações. Algumas pessoas precisarão fazer uso de medicamentos durante toda vida para manter controlada sua pressão arterial. Por isso, é importante acolhermos as dúvidas e as demandas dos usuários sobre o uso cotidiano da medicação, como vimos na introdução deste capítulo. Não podemos nos esquecer que é importante envolver outros profissionais da equipe na resposta às demandas e às dúvidas das pessoas da comunidade. Portanto, caso você, ACS, não se sinta confortável para responder algumas questões colocadas pelos usuários, é importante que as leve para serem discutidas entre a equipe.

O tratamento não medicamentoso também é muito importante no controle da HAS e está relacionado aos modos de viver das pessoas.

*Como você, ACS, tem abordado em seu cotidiano de trabalho os hábitos das pessoas com HAS do seu território?*

Você pode ajudá-las no reconhecimento de aspectos que podem dificultar o controle da HAS e também no desenvolvimento de estratégias que podem contribuir para a melhoria das condições de saúde. Reconhecer os efeitos do desenvolvimento de outros modos de se alimentar e de praticar atividades físicas na vida das pessoas com HAS e das suas famílias é igualmente importante para contribuir com o acompanhamento dos casos de hipertensão arterial do seu território.

### Atividade 5

#### Relembrando o cuidado às pessoas com HAS do território

Em pequenos grupos, vamos pensar um pouco sobre como a equipe de saúde da qual você faz parte tem atuado junto às pessoas com HAS do território.

Discuta com seus colegas sobre as ações desenvolvidas junto à população hipertensa de sua área de abrangência, a partir das seguintes questões:

- A equipe de saúde da família em que você está inserido tem conseguido acompanhar as pessoas com HAS do território? Como tem sido o acompanhamento?
- Que fatores tem dificultado o controle da pressão arterial das pessoas da sua área de abrangência? Como a equipe de saúde tem abordado esses fatores no cotidiano de trabalho?
- Considerando as discussões promovidas pelas questões anteriores, que estratégias podem ser desenvolvidas para melhorar o cuidado às pessoas com HAS em seu território?

### Referências

Boletim Informativo Mensal do Núcleo de Telessaúde SC. Edição 39. Abril de 2016. **Diabetes na Atenção Básica**. Disponível em: <<https://telemedicina.saude.sc.gov.br/rctm/public/modules/stt/dados/telessaude/publicacao/9032/1461594216.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos** / BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – 2. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F. L.; RODRIGUES, C. I. S.; BRANDÃO, A. A.; NEVES, M. F. T.; et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol, v. 107, Supl. 3, p. 1-83, 2016.

Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/publico/complicacoes/complicacoes-do-diabetes>>. Acesso em 23 out. 2017.



## Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Chegamos ao último tema da Unidade de Aprendizagem! Nele discutiremos sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Até bem pouco tempo, essas doenças eram chamadas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

### Qual a diferença entre essas terminologias?

O Ministério da Saúde recomenda aos órgãos que trabalham com saúde pública e saúde coletiva o uso da nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças sexualmente transmissíveis). A denominação ‘D’, de ‘DST’, vem de doença, que implica em sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Já as ‘Infecções’ podem ter períodos assintomáticos, ou se mantêm assintomáticas durante toda a vida do indivíduo, como são os casos da infecção pelo HPV e o vírus do Herpes, detectadas por meio de exames laboratoriais. O termo IST é mais adequado e já é utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

### Texto 1 - Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

São infecções causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. Geralmente transmitidos por meio das atividades sexuais. Muita gente chama de doenças venéreas, doenças da rua, doenças do mundo. A maioria das IST são infecções dos órgãos genitais, mas algumas delas como a Hepatite e a AIDS, manifestam-se de forma sistêmica ou seja, afetam mais de um órgão/ tecidos ou até mesmo o corpo todo. Algumas IST podem ser transmitidas também por outras vias, além da sexual .

#### Importante!

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

As Infecções Sexualmente Transmissíveis são, ao mesmo tempo, problema de saúde pública e social. Embora possam ser evitadas, diagnosticadas precocemente e tratadas, a falta de informação, os preconceitos e tabus fazem com que muitas pessoas deixem de buscar o tratamento correto, o que determina sérias consequências para a saúde dos indivíduos, tais como: o estreitamento da uretra; a doença inflamatória pélvica; a infertilidade; o aumento de incidência de gravidez nas trompas; câncer de colo de útero e genital. Além disso, a pessoa que já tem uma IST aumenta consideravelmente o risco de contaminação pelo HIV. Outras variáveis sociais, como acesso à informação e aos serviços de saúde, condições de moradia, higiene, alimentação, nível de escolaridade, entre outros interferem na vulnerabilidade dos diferentes grupos populacionais, determinando variações no desenvolvimento das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

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

Do ponto de vista anatômico, o diagnóstico no sexo feminino é mais difícil, já que as infecções podem se localizar mais internamente, fazendo com que a mulher seja menos sintomática que o homem, já que no caso dele é mais fácil visualizar alguma alteração. Por isso é tão importante o corpo ser observado durante a higiene pessoal, o que pode ajudar a identificar uma IST no estágio inicial.

Você e os demais profissionais de saúde devem sempre orientar as pessoas que, ao perceberem algum sinal ou algum sintoma, elas devem procurar o serviço de saúde. E, sempre que possível, comunicar a parceira/parceiro sexual.

Todas as pessoas são potencialmente vulneráveis às IST, mas algumas populações-chave são mais que outras, como, por exemplo, os indivíduos que fazem sexo sem preservativo e os que praticam sexo anal. O estigma e o preconceito também são fatores importantes de vulnerabilidade, pois criam barreiras de acesso aos serviços e às ações de promoção à saúde, fazendo com que as pessoas deixem de buscar os cuidados necessários.

#### Importante!

Os profissionais de saúde da equipe estar atentos à vulnerabilidade dos homens e mulheres, sejam eles gays, bissexuais, transexuais, travestis ou heterossexuais, profissionais do sexo, idosos e adolescentes em relação às IST. Só assim é possível realizar ações de prevenção e promoção da saúde sexual, tendo sempre o cuidado de não reforçar estigmas e reações discriminatórias.

O uso de preservativo consiste na principal estratégia para a redução das taxas de infecção pelos IST e pelo HIV, e também funciona como um eficaz método contraceptivo.

Ao longo do texto, já citamos algumas IST, quais outras você já ouviu falar?

Você sabe quais são os sintomas dessas doenças?

Você já teve ou conheceu alguém que apresentou sintomas dessas IST?

### Como saber se uma pessoa está com IST?

Saber que uma pessoa está com alguma IST não é fácil, já que as “(...) ‘Infecções’ podem ter períodos assintomáticos, ou se mantêm assintomáticas durante toda a vida do indivíduo, como são os casos da infecção pelo HPV e o vírus do Herpes, detectadas por meio de exames laboratoriais” (MINAS GERAIS, s/data). Entretanto, três principais manifestações clínicas são comuns quando as doenças se apresentam: **corrimentos, feridas e verrugas no ânus e na vagina.**

Vamos conhecer cada uma dessas manifestações.

#### Corrimentos

- Aparecem no pênis, vagina ou ânus.
- Podem ser esbranquiçados, esverdeados ou amarelados, dependendo da IST.
- Podem ter cheiro forte e/ou causar coceira.
- Provocam dor ao urinar ou durante a relação sexual.
- Nas mulheres, quando é pouco, o corrimento só é visto em exames ginecológicos.
- Podem se manifestar na **gonorreia, clamídia e tricomoníase.**
- Nem todos os corrimentos vaginais são consideradas IST, como, por exemplo, a candidíase vulvovaginal, gardnerella dentre outras.

#### Feridas

- Aparecem nos órgãos genitais ou em qualquer parte do corpo, com ou sem dor.
- Podem ser manifestações das sífilis, herpes genital, cracroide e linfogranuloma venéreo.

#### Verrugas anogenitais (ânus e órgãos genitais)

- São causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV) e podem aparecer em forma de couve-flor, quando a infecção está em estágio avançado.
- Em geral, não doem, mas pode ocorrer irritação ou coceira.

#### Importante!

Algumas ISTs podem não apresentar sinais e sintomas, e se não forem diagnosticadas e tratadas, podem levar a graves complicações, como infertilidade, câncer ou até a morte.

Já vimos algumas manifestações das doenças, agora vamos aprofundar nossos conhecimentos sobre as principais IST, seus sinais e sintomas.

#### Cancro mole<sup>1</sup>

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

#### Gonorreia<sup>2</sup>

- É a mais comum das IST. Também é conhecida pelos nomes de “blenorragia”, “pingadeira”, “esquentamento”. É causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae* e na maioria das vezes ocorre junto a bactéria que causa a Clamídia (*Chlamydia trachomatis*), causando a infecção que atinge a garganta, os olhos, órgãos genitais e, nas mulheres, o colo do útero, principalmente. Quando não tratadas, podem causar infertilidade (dificuldade para ter filhos), dor durante as relações sexuais, gravidez nas trompas, entre outros danos à saúde. A transmissão é sexual e o uso da camisinha masculina ou feminina é a melhor forma de prevenção.
- **Sinais e sintomas:** dor ao urinar ou no baixo ventre (pé da barriga), corrimento amarelado ou claro, fora da época da menstruação, dor ou sangramento durante a relação sexual. A maioria das mulheres infectadas não apresentam sinais e sintomas. Já os homens podem apresentar ardor e esquentamento ao urinar, podendo haver corrimento ou pus, além de dor nos testículos. Na presença de qualquer sinal ou sintoma dessas IST, recomenda-se procurar um serviço de saúde para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado. As parceiras sexuais devem ser tratadas, ainda que não apresentem sinais e sintomas.

#### Clamídia

- É causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*.
- **Sinais e sintomas:** apresenta sintomas parecidos com os da gonorreia; corrimento parecido com clara de ovo no canal da urina e dor ao urinar. As mulheres contaminadas pela clamídia podem não apresentar nenhum sintoma da doença,

<sup>1</sup> Adaptado de MINAS GERAIS, s/data.

<sup>2</sup> Idem.

mas a infecção pode atingir o útero e as trompas, provocando uma grave infecção. Nesses casos, pode haver complicações como dor durante as relações sexuais, gravidez nas trompas (fora do útero), parto prematuro e até esterilidade.

### Herpes Genital<sup>3</sup>

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



### Linfogranuloma venéreo<sup>4</sup>

- É uma infecção crônica causada pela *Chlamydia trachomatis*, que atinge os órgãos genitais e os gânglios da virilha. É popularmente conhecida como “mula”. A transmissão ocorre pelo sexo desprotegido com uma pessoa infectada. Por isso, recomenda-se sempre o uso da camisinha masculina ou feminina e o cuidado com a higiene íntima após a relação sexual.

<sup>3</sup> Adaptado de MINAS GERAIS, s/data.

<sup>4</sup> Idem.

- **Sinais e sintomas:** feridas no pênis, vagina, boca, ânus e colo do útero que, muitas vezes, não são percebidas e desaparecem sem tratamento. Entre uma a seis semanas após a ferida inicial, surge um inchaço doloroso (caroço ou íngua) na virilha, que, se não for tratado, rompe-se, com a saída de pus. Pode haver sintomas por todo o corpo, como dores nas articulações, febre e mal-estar. Na presença de qualquer sinal ou sintoma dessas IST, recomenda-se procurar um serviço de saúde para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado. O parceiro sexual também precisa ser tratado.

### Tricomoníase<sup>5</sup>

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

### Condiloma acuminado (Papilomavírus Humano - HPV)

- É causado pelo HPV, é também conhecido por “verruga anogenital”, “crista de galo”, “figueira” ou “cavalo de crista”. Atualmente, existem mais de 200 tipos de HPV, alguns deles podendo causar câncer, principalmente no colo do útero e ânus. A principal forma de transmissão do HPV é por via sexual, que inclui contato oral-genital e genital-genital. Embora de forma mais rara, o HPV pode ser transmitido durante o parto ou, ainda, por determinados objetos contaminados. A realização periódica do exame preventivo de câncer de colo uterino é uma medida de prevenção.
- **Sinais e sintomas:** verrugas não dolorosas, isoladas ou agrupadas, que aparecem nos órgãos genitais; irritação ou coceira no local. As lesões podem aparecer no pênis, ânus, vagina, vulva, colo do útero, boca e garganta. O risco de transmissão é muito maior quando as verrugas são visíveis. O vírus pode ficar latente no corpo (a lesão muitas vezes aparece alguns dias ou anos após o contato). As manifestações costumam ser mais comuns em gestantes e pessoas com imunidade baixa. Na presença de qualquer sinal ou sintoma da infecção pelo HPV, recomenda-se procurar um profissional de saúde para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado.

<sup>5</sup> Adaptado de MINAS GERAIS, s/data.



**Sabia Mais****Vacina contra o HPV**

- O Ministério da Saúde adotou a vacina quadrivalente, que protege contra HPV de baixo risco (tipos 6 e 11, que causam verrugas ano genitais) e de alto risco (tipos 16 e 18, que causam câncer de colo uterino).
- A vacina funciona estimulando a produção de anticorpos específicos para cada tipo de HPV. A proteção contra a infecção vai depender da quantidade de anticorpos produzidos pela pessoa vacinada, a presença desses anticorpos no local da infecção e a sua persistência durante um longo período de tempo. Essa vacina é destinada exclusivamente à utilização preventiva e não tem ainda efeito demonstrado nas infecções preexistentes ou na doença clínica estabelecida;
- A população-alvo prioritária da vacina HPV é de meninas na faixa etária de 9 a 13 anos, que receberão duas doses (0 e 6 meses) com intervalo de seis meses, e mulheres vivendo com HIV na faixa etária de 9 a 26 anos, que receberão três doses (0, 2 e 6 meses) e para população masculina de 12 a 13 anos. A faixa-etária será ampliada, gradativamente, até 2020, quando serão incluídos os meninos com 9 anos até 13 anos. Meninos e homens vivendo com HIV/aids, entre nove e 26 anos de idade deverão receber a vacina, sendo o esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses) de intervalo entre as doses.
- O fato da mulher tomar a vacina não substitui o exame preventivo de câncer de colo uterino.
- Não está indicada para gestantes.

**Importante!**

O exame preventivo (de Papanicolau ou citopatológico) pode detectar as lesões que antecede o câncer de colo do útero. Quando essas alterações que antecedem o câncer são identificadas e tratadas, é possível prevenir a doença em 100% dos casos.

**Doença Inflamatória Pélvica (DIP)<sup>6</sup>**

- A DIP infecção que pode ocorrer por meio de contato com as bactérias após a relação sexual desprotegida. A maioria dos casos ocorre em mulheres que tem outra IST, principalmente gonorreia e infecção por clamídia não tratadas. Também pode ocorrer após algum procedimento médico local, como, por exemplo, inserção de Dispositivo Intra-Uterino (DIU), biópsia na parte interna do útero, curetagem.
- *Sinais e sintomas:* Atinge os órgãos genitais internos da mulher (útero, trompas e ovários), causando inflamações e dor pélvica (baixo ventre) durante a relação sexual.

**Sífilis**

- É causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios. A sífilis pode ser transmitida por relação sexual sem camisinha com uma pessoa infectada ou da mãe infectada para a criança durante a gestação ou o parto. O uso correto e regular da camisinha masculina ou feminina é uma medida importante de prevenção da sífilis. O acompanhamento da gestante e a realização dos exames pela gestante durante o pré-natal contribui para o controle da sífilis congênita.
- *Sinais e sintomas:* manifesta-se inicialmente como uma pequena ferida nos órgãos sexuais (cancro duro) e com ínguas (caroços) nas virilhas. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Após um certo tempo, a ferida desaparece sem deixar cicatriz, dando à pessoa a falsa impressão de estar curada. Mas, mesmo sem sintomas, a doença pode ser diagnosticada por meio de um exame de sangue. Se não for tratada, continua a avançar no organismo, surgindo manchas em várias partes do corpo (inclusive nas palmas das mãos e solas dos pés), queda de cabelos, cegueira, doença do coração, paralisias. A sífilis tem cura e o tratamento é simples.

**Sífilis congênita**

- É uma doença transmitida da mãe infectada para criança durante a gestação ou o parto o que pode acarretar algumas complicações: aborto espontâneo, parto prematuro, má-formação do feto, surdez, cegueira, deficiência mental e/ou morte ao nascer. Por isso, é importante fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado for positivo, tratar corretamente a mulher e seu parceiro sexual, para evitar a transmissão da mãe para a criança.

<sup>6</sup> Adaptado de MINAS GERAIS, s/data.

- *Sinais e sintomas:* pode se manifestar logo após o nascimento, durante ou após os primeiros dois anos de vida da criança. Na maioria dos casos, os sinais e sintomas estão presentes já nos primeiros meses de vida. Ao nascer, a criança pode ter pneumonia, feridas no corpo, cegueira, dentes deformados, problemas ósseos, surdez ou deficiência mental. Em alguns casos, a sífilis pode ser fatal.

### Hepatites virais

- As hepatites virais são doenças infecciosas sistêmicas que afetam o fígado. Quanto às formas de contágio, as hepatites virais podem ser classificadas em dois grupos:

-A principal via de contágio vírus da hepatite (vírus A e E) **fecal-oral** e a contaminação depende de condições de saneamento básico e água, além de higiene pessoal e dos alimentos. No caso da Hepatite A, a prática de sexo oro-anal pode ser responsáveis por alguns casos. Causam infecções agudas benignas, que evoluem para a cura sem necessidade de tratamento específico, porém, qualquer pessoa com suspeita de hepatite tem que procurar o serviço de saúde para realizar o diagnóstico e o tratamento adequado.

-Sanguínea (vírus B, C e D): assim como o HIV, a transmissão pode ocorrer pelo sexo desprotegido, pelo compartilhamento de seringas, agulhas, lâminas de barbear, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam ou pela transmissão sanguínea de mãe para filho durante a gravidez, o parto e a amamentação. As hepatites B, C e D podem evoluir para a hepatite crônica, que tem como principais complicações a cirrose e o câncer de fígado.

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

### Importante!

É muito importante que você oriente as pessoas informando que o tratamento inadequado das ISTs pode mascarar os sintomas, sem curar a doença. Isso aumenta a possibilidade de complicações e a chance de o indivíduo infectar outras pessoas.

Também é imprescindível que você oriente para que toda mulher grávida realize o pré-natal e os exames para detectar a hepatite, a aids e a sífilis. Esse cuidado é fundamental para evitar a transmissão de mãe para filho. Em caso positivo, é necessário seguir todas as recomendações médicas, inclusive sobre o tipo de parto e amamentação.

Como um educador da saúde, você pode orientar que sempre que as pessoas forem fazer higiene íntima, elas devem avaliar o órgão genital externo, e no caso da mulher, para facilitar a visualização, o ideal é que use um espelhinho para examinar a parte externa da genitália e o ânus. Reforçando que qualquer alteração observada, deve-se agendar uma consulta na UBS ou Estratégia Saúde da Família (ESF).

Lembrando sempre que é importante que as ISTs sejam diagnosticada o mais rápido possível para evitar que outras pessoas sejam infectada.

### Síndrome da imunodeficiência Adquirida (AIDS)

É uma IST causada por um vírus chamado HIV. Ele age destruindo as células que fazem a defesa do corpo contra as doenças – os glóbulos brancos. Ao se contaminar, a pessoa pode não apresentar, nenhum sinal ou sintoma, pelo menos por algum tempo. Nesse caso ela é chamada de portadora do HIV ou soropositiva para HIV. Quando a pessoa soropositiva para HIV começa a apresentar sintomas, então se diz que ela tem Aids.

É difícil saber quando alguém que é portador do HIV vai começar a desenvolver a doença, mas é importante lembrar que qualquer pessoa, uma vez contaminada, pode passar o vírus para outra pessoa, independente de estar ou não desenvolvendo sintomas.

Qualquer pessoa pode pegar o HIV: homem ou mulher (homo, bi ou heterossexual); gente casada ou solteira; criança, moço ou idoso; rico ou pobre. E tanto faz se a pessoa mora na cidade ou no campo. quando infectada pelo HIV, o indivíduo começa a perder a resistência orgânica, isto é, fica imunodeprimido, e seu organismo pode ser atacado por doenças oportunistas. No Brasil, as principais doenças oportunistas são as candidíases, a pneumonia, o herpes e a tuberculose.

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

Assim como o vírus da Hepatite e HIV, estão presente no sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno, a doença pode ser transmitida de várias formas:

- O sexo sem camisinha pode ser vaginal, anal ou oral. Na relação sexual anal o indivíduo fica mais vulnerável em função da maior fragilidade da mucosa, que se fissa com facilidade, abrindo uma porta de entrada para o vírus contido no esperma contaminado.
- De mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação: também chamado de transmissão Vertical.
- Uso da mesma seringa ou agulha contaminada por mais de uma pessoa.
- Transfusão de sangue contaminado com o vírus da Hepatite e HIV.
- Instrumentos que furam ou cortam, não esterilizados.

#### Orientações que você pode e deve passar à pessoa que com IST/Aids

- Não se automedicar, procurar o serviço de saúde na presença de qualquer sinal e sintoma de IST e sempre que achar necessário.
- Não interromper o tratamento prescrito pelo médico. Caso a pessoa sentir mal com o uso da medicação, você deve orientar para que a pessoa retorne a consulta com o médico.
- Evitar ter relações sexuais durante o tratamento, caso não seja possível utilizar a camisinha.
- Orientar as pessoas que na presença de qualquer sinal e sintoma de IST, ela deve conversar com o(a) companheiro(a) ou parceiro(a)sexual, e orientá-lo a procurar a Unidade Básica de Saúde ou estratégia saúde da Família.

#### Orientações que você pode e deve passar ao portador do vírus HIV:

- Orientar que os soropositivos podem viver normalmente, mantendo as mesmas atividades físicas, profissionais e sociais de antes do diagnóstico, contanto que sejam seguidas as recomendações da equipe de saúde;
- O preservativo deve ser usado em todas as relações sexuais, mesmo naquelas onde ambos os parceiros estejam infectados, pois existe mais de um tipo de vírus do HIV e durante a relação sem preservativo ocorre a contaminação por outros vírus, dificultando o tratamento pela resistência que pode ser adquirida aos medicamentos;
- Não se devem compartilhar agulhas e seringas nem mesmo com outras pessoas que já tem o diagnóstico da doença pois, existe mais de um tipo de vírus do HIV;
- Não doar sangue;
- Comparecer regularmente à Unidade Básica de saúde para avaliação;
- Orientar a família e comunidade que a convivência com uma pessoa portadora do HIV deve ser tranquila. Beijos, abraços, demonstrações de amor e afeto, compartilhar o mesmo espaço físico, são atitudes a serem incentivadas e que não oferecem risco;

- Quanto mais respeito e afeto receber o portador que vive com HIV/Aids, melhor será a resposta ao tratamento;
- O convívio social é muito importante para o aumento da autoestima. Consequentemente, faz com que essas pessoas cuidem melhor da saúde;
- Estimular para que tenha hábitos saudáveis. Se necessitar de orientações nutricionais, orientar para procurar a UBS.

#### Orientações que você pode e deve passar ao doente de Aids

Além das mesmas orientações dadas à pessoa portadora do vírus HIV:

- Estimular a adesão ao tratamento e o uso correto dos medicamentos;
- Explicar que o tratamento é feito com uma combinação de remédios, chamados antirretrovirais. Esses remédios não curam, mas diminuem a quantidade de vírus HIV no corpo;
- Informar que o tratamento pode ser feito em casa. O hospital só é indicado quando a pessoa precisa de tratamento especializado, por estar muito doente.

### **Importante!**

#### Como prevenir as ISTs e o HIV?

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



### Sabia Mais

#### Qual o tempo de sobrevivência de um indivíduo portador do HIV?

Até o começo da década de 1990, a AIDS era considerada uma doença que levava à morte em um prazo relativamente curto. Porém, com o surgimento do coquetel (combinação de medicamentos responsáveis pelo atual tratamento de pacientes HIV positivo) as pessoas infectadas passaram a viver mais. Esse coquetel é capaz de manter a carga viral do sangue baixa, o que diminui os danos causados pelo HIV no organismo e aumenta o tempo de vida da pessoa infectada.

O tempo de sobrevivência (ou seja, os anos de vida pós-infecção) é indefinido e varia de indivíduo para indivíduo. Por exemplo, algumas pessoas começaram a usar o coquetel em meados dos anos noventa e ainda hoje gozam de boa saúde. Outras apresentam complicações mais cedo e têm reações adversas aos medicamentos. Há, ainda, casos de pessoas que, mesmo com os remédios, têm infecções oportunistas (infecções que se instalam, aproveitando-se de um momento de fragilidade do sistema de defesa do corpo, o sistema imunológico).

#### Quanto tempo o HIV sobrevive em ambiente externo?

O vírus da AIDS é bastante sensível ao meio externo. Estima-se que ele possa viver em torno de uma hora fora do organismo humano. Graças a uma variedade de agentes físicos (calor, por exemplo) e químicos (água sanitária, glutaraldeído, álcool, água oxigenada) pode tornar-se inativo rapidamente.

#### Que cuidados devem ser tomados para garantir que a camisinha masculina seja usada corretamente?

Abri-la com cuidado - nunca com os dentes ou outros objetos que possam danificá-la. Colocar a camisinha somente quando o pênis estiver ereto. Apertar a ponta da camisinha para retirar todo o ar e depois desenrolar a camisinha até a base do pênis. Se for preciso usar lubrificantes, usar somente aqueles à base de água, evitando vaselina e outros lubrificantes à base de óleo que podem romper o látex. Após a ejaculação, retirar a camisinha com o pênis ainda ereto, fechando com a mão a abertura para evitar que o esperma vaze de dentro da camisinha. Dar um nó no meio da camisinha para depois jogá-la no lixo. Nunca usar a camisinha mais de uma vez. Utilizar somente um preservativo por vez, já que preservativos sobrepostos podem se romper com o atrito.

Além desses cuidados, também é preciso certificar-se de que o produto contenha a identificação completa do fabricante ou do importador. Observe as informações sobre o número do lote e a data de validade e verifique se a embalagem do preservativo traz o símbolo de certificação do INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia), que atesta a qualidade do produto. Não utilize preservativos que estão guardados há muito tempo em locais abafados, como bolsos de calça, carteiras ou porta-luvas de carro, pois ficam mais sujeitos ao rompimento.

#### Por que, em algumas situações, o preservativo estoura durante o ato sexual?

Quanto à possibilidade de o preservativo estourar durante o ato sexual, pesquisas sustentam que os rompimentos devem-se muito mais ao uso incorreto do preservativo que por falha estrutural do produto em si.

#### O que fazer quando a camisinha estoura?

Sabe-se que a transmissão sexual do HIV está relacionada ao contato da mucosa do pênis com as secreções sexuais e o risco de infecção varia de acordo com diversos fatores, incluindo o tempo de exposição, a quantidade de secreção, a carga viral do parceiro infectado, a presença de outra doença sexualmente transmissível, entre outras causas. Sabendo disso, se a camisinha se rompe durante o ato sexual e há alguma possibilidade de infecção, ainda que pequena (como, por exemplo, parceiro de sorologia desconhecida), deve-se fazer o teste após 30 dias para que a dúvida seja esclarecida.

A ruptura da camisinha implica risco real de infecção pelo HIV. Independentemente do sexo do parceiro, o certo é interromper a relação, realizar uma higienização e iniciar o ato sexual novamente com um novo preservativo. A higiene dos genitais deve ser feita da forma habitual (água e sabão), sendo desnecessário o uso de substâncias químicas, que podem inclusive ferir pele e mucosas, aumentando o risco de contágio pela quebra de barreiras naturais de proteção ao vírus. A presença de lesão nas mucosas genitais, caso signifique uma doença sexualmente transmissível, como a gonorreia, implica um risco adicional, pois a possibilidade de aquisição da aids aumenta. Na relação anal, mesmo quando heterossexual, o risco é maior, pois a mucosa anal é mais frágil que a vaginal.

## Atividade 1

## Dramatização: a atuação do ACS e sua equipe em relação à ISTs

Para finalizar nossas discussões sobre as IST, vamos fazer uma dramatização, onde o papel do ACS e de sua equipe devem se fazer presente, tanto em uma atuação positiva frente às situações propostas quanto pode ser negativa.

A partir dos três casos a seguir, dramatizem um final para as situações.

**1º caso:** o homem de 62 anos descobriu que está com HIV e não faz uso de preservativo, pois, não gosta de usar, e fala que ter relação com camisinha é o mesmo que chupar bala com papel. Além disso, ele acha que é uma coisa muito desajeitada para colocar. Ele também não é fiel a esposa, tem um caso com uma senhora mais nova que a sua esposa.

**2º caso:** ACS está realizando uma visita domiciliar de rotina na casa de uma gestante que acabou de descobrir que o esposo está com sífilis, e eles não usam preservativo durante a relação sexual.

**3º caso:** um adolescente procurou o ACS e disse que está com ardor ao urinar e corrimento purulento saindo do seu pênis, e que teve relação sexual com mulher e com um homem no final de semana passada e não usou preservativo em nenhuma das duas relações sexuais.

## Referência:

BRASIL. Fundação Osvaldo Cruz. Biblioteca de Manguinhos. **Doenças hepatite virais.** Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/bibmang/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=98&sid=106>>. Acesso 27 jun. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância. **Prevenção das IST do HIV/AIDS e das Hepatites virais, condiloma acuminado (papilomavírus humano -HPV).** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/condiloma-acuminado-hpv>>. acesso em 20 jun. 2017

Brasil. Ministério da saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das doenças sexualmente transmissíveis DST/Ministério da Saúde.** Brasília Ministério da Saúde. 2006. 140p.(série manuais nº68). 4 edição.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília, 2009. 260p.:il- (série A. Normas e manuais Técnicos) .

HERRMANN, Angelita. **Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS).** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE SAÚDE. **Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).** Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/ist>>. Acesso em 12 abr.2018.

## UNIDADE EM PAUSA: ANALISANDO CAMINHOS E POSSIBILIDADES

Chegamos ao final de nossa 6ª Unidade de Aprendizagem! Foram muitos aprendizados que tivemos, não é mesmo?

Vamos lembrar um pouco sobre o que estudamos?

Sua opinião é muito importante para avaliarmos nosso percurso formativo e também contribuir para o aprimoramento contínuo do material didático. Registre sua avaliação e entregue ao docente.

1. Qual (ais) conteúdo(s) você considerou mais relevante nesta Unidade de Aprendizagem? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Você considera que algum conteúdo poderia ser melhor explorado nesta Unidade de Aprendizagem? Justifique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. A forma com que os conteúdos foram trabalhados possibilitou que você refletisse sobre a sua prática cotidiana de trabalho?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

