

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

**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 ALUNO

Belo Horizonte, 2015

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Unidade Sede

Av. Augusto de Lima, 2.061 – Barro Preto / Belo Horizonte/ MG

CEP: 30190-002

Unidade Geraldo Campos Valadão

Rua Uberaba, 780 – Barro Preto / Belo Horizonte/MG

CEP: 30180-080

home page: www.esp.mg.gov.br

Núcleo de Educação Profissional em Saúde

educacaoprofissional@esp.mg.gov.br

telefone: (31) 32957990 / 5409

Coordenadora Técnica do Curso

Sheilla Coutinho Ferreira

Equipe de Elaboração do Material

Adriana Alves de Andrade M. Franco

Danielle Costa Silveira

Revisão Técnico-Pedagógica

Érica Menezes dos Reis

Juracy Xavier de Oliveira

Roberta Moriya Vaz

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Rod. Prof. Américo Gianetti, s/nº - Ed. Minas

Bairro Serra Verde – Belo Horizonte / MG

home page: www.saude.mg.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Departamento Gestão da Educação na Saúde**Coordenadoria Geral de Ações Técnicas em Saúde**

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sala 725

Brasília/DF – CEP: 70058-900

Editor Responsável: Harrison Miranda

Diagramação: ASCOM ESP-MG

Impressão: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais

Reprint 2014

M663q

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública

Qualificação profissional: agente comunitário de saúde: unidade 4: ação do agente comunitário de saúde na educação em saúde, na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos: guia do aluno/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2012.

170 p.

ISBN: 978-85-62047-32-9

1. Agente comunitário de saúde 2. Saúde Pública 3. Qualificação
I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. II. Título

NLM WA 18

SUMÁRIO

Matriz curricular.....	07
Competência.....	09
Habilidades.....	09
Conhecimentos.....	09

Atividades de Concentração

1º Dia

Atividade I – Acolhimento.....	15
Atividade II – Apresentação das Atividades Desenvolvidas na Dispersão/Prática Supervisionada.....	15
Atividade III – O Trabalho de Promoção e Educação da Saúde.....	16
Atividade IV – Promovendo Educação em Saúde.....	20
Atividade V – Técnicas a serem utilizadas em Educação em Saúde.....	21
Atividade VI – Liderança Situacional	25

2º Dia

Atividade VII – Encontro de Grupos.....	27
Atividade VIII – Estudo de Caso	27
Atividade IX – Comunicação.....	28
Atividade X – Educação e Promoção da Saúde	30
Atividade XI – Estudo de Casos	33

3º Dia

Atividade XII – Mitos e Verdade da Saúde da Mulher.....	39
Atividade XIII – Estudo de Caso	49
Atividade XIV – O Papel do ACS na Promoção da Saúde da Criança	56
Atividade XV – O Papel do ACS na Saúde Bucal da População	56
Atividade XVI – O Papel do ACS no Acompanhamento da Criança	59

4º Dia

Atividade XVII – O Programa Bolsa Família.....	73
Atividade XVIII – Prevenção de Acidente na Infância	74
Atividade XIX – Sexualidade na Adolescência	79
Atividade XX – A Saúde do Adolescente	79
Atividade XXI – A Saúde do Homem.....	87
Atividade XXII – O Papel do ACS na Saúde do Homem.....	88

5º Dia

Atividade XXIII – A Saúde da População Idosa.....	91
Atividade XXIV – O Papel do ACS na Promoção à Saúde do Idoso	92
Atividade XXV – Estudo de Caso.....	103
Atividade XXVI – Orientações para o Desenvolvimento das Atividades de Dispersão.....	103
Atividade XXVII – Despedida e Encerramento da Unidades 4 (parte 1) Concentração.....	104

Atividade de Dispersão/Prática Supervisionada

Atividade I – A Educação e Promoção da Saúde	107
Atividade II – Métodos Anticoncepcionais	107
Atividade III – A Rede de Atuação Contra a Violência à Mulher	108
Atividade IV – Visitando o Conselho Tutelar	108
Atividade V – Perfil da População Idosa do Município	109
Atividade VI – Reunião com a ESF	109

2ª Parte

1º Dia

Atividade I – Acolhimento	111
Atividade II – Apresentação das Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada	112
Atividade III – O ACS e a Saúde Mental da Comunidade	112
Atividade IV – Problemas e Sintomas mais comuns em Saúde Mental	115

2º Dia

Atividade V – O Trabalho do ACS com Ações em Saúde Mental	119
Atividade VI – Doenças Sexualmente Transmissíveis	123

3º Dia

Atividade VII – Doenças Sexualmente Transmissíveis (Continuação)	125
Atividade VIII – As ações do ACS na Promoção e Prevenção de Doenças Crônicas e DST's	125
Atividade IX – As Ações do ACS no Controle das Doenças Transmitidas por Vetores	135

4º Dia

Atividade X – As Ações do ACS no Controle do Uso de Álcool e outras Drogas.....	141
Atividade XI – O Grande Desafio - Crack	144
Atividade XII – As Ações do ACS no Controle e Prevenção da Violência	147
Atividade XIII – Dinâmica	154

5º Dia

Atividade XIV – Reflexão com Fábula	155
Atividade XV – Paródia do ACS	156
Atividade XVI – E Agora?	158
Atividade XVII – Orientações para Desenvolvimento da Dispersão/Prática Supervisionada.....	158
Atividade XVIII – Avaliação e encerramento.....	159

Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada

Atividade I – Saúde Mental no Município	164
Atividade II – Conhecendo o AA	164
Atividade III – A Rede de Atenção ao uso de Álcool e outras Drogas no Município	165
Atividade IV – Ser ACS	165
Atividade V – Reunião com ESF	166

UNIDADE 4

**Ação do Agente Comunitário de Saúde na Educação
em Saúde, na Promoção, na Prevenção e no
Monitoramento de Agravos**

Partes 1 e 2

MATRIZ CURRICULAR

Unidades de Estudo	Carga Horária		
	Teórica	Prática	Total
Unidade 1- O Agente Comunitário de Saúde e o SUS <ul style="list-style-type: none"> • A História do SUS • Cidadania • Controle social • Processo de municipalização da saúde • Processo de trabalho na ESF • Atribuições do ACS • Trabalho em equipe • Acolhimento da Unidade de Saúde • Humanização e ética no trabalho do ACS 	40	40	80
Unidade 2- Compreendendo o processo saúde - doença <ul style="list-style-type: none"> • Conceito de saúde na perspectiva da promoção da saúde • Concepção do processo saúde-doença • Redes de Atenção a Saúde • Vigilância em saúde: Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador • Promoção da saúde • Pacto de Saúde 	40	40	80
Unidade 3- A ação do Agente Comunitário de Saúde no diagnóstico e planejamento das ações de saúde <ul style="list-style-type: none"> • Territorialização em saúde • Mapeamento da comunidade • Diagnóstico em saúde • Planejamento em saúde • Ética na visita domiciliar • Cadastramento familiar • Fichas de acompanhamento (HAS, DM, HAN, TBC, Criança e Gestante) • Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) • Abordagem familiar 	40	60	100

Unidade de Estudo	Carga Horária		
	Teórica	Prática	Total
<p>Unidade 4- Ação do Agente Comunitário de Saúde na educação em saúde, na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educação em Saúde; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde da mulher; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde da criança e do adolescente; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde do homem; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde do idoso; • A ação do Agente Comunitário de Saúde na saúde mental; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle das doenças crônicas degenerativas; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle das doenças transmissíveis por vetores; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle do uso de álcool e outras drogas; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle e prevenção da violência. 	<p>80</p> <p>(distribuídas em 2 semanas)</p>	60	140
Carga Horária total da Qualificação	200	200	400

Competência

- Desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos dirigidas ao indivíduo, à família e a grupos específicos, segundo o perfil epidemiológico, o plano de ação da Equipe de Saúde e os protocolos de saúde pública.

Habilidades

- Orientar famílias e grupos quanto à saúde sexual e reprodutiva.
- Orientar e acompanhar gestantes e seus familiares nos cuidados relativos a gestação, parto e puerpério, conforme orientações da equipe de saúde.
- Orientar gestante, puérpera e grupo familiar quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.
- Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança e do adolescente e a situação vacinal conforme planejamento da equipe de saúde.
- Identificar indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde e informar à equipe.
- Sensibilizar familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais.
- Orientar a família e/ou pessoa que apresenta sofrimento mental em relação aos cuidados de proteção à saúde.
- Orientar indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis prevalentes na microrregião.
- Orientar indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças crônicas degenerativas.
- Estimular indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e intra familiar.
- Encaminhar para a unidade básica de saúde as demandas de atendimento identificadas na população da micro-área, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.
- Conceituar o processo de educação em saúde.
- Compreender a importância da educação em saúde como mecanismo para promoção da saúde.
- Utilizar as técnicas, meios e métodos de educação em saúde no seu processo de trabalho.

Conhecimentos

- Educação em saúde
- Saúde sexual e reprodutiva: métodos de planejamento familiar e paternidade responsável; vantagens, desvantagens, indicações e contra-indicações dos métodos contraceptivos, formas de acompanhamento, aspectos culturais relacionados e promoção da autonomia.
- Saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.
- Cartão da gestante: finalidade, leitura dos vários tipos e interpretação dos dados.
- Aleitamento materno: importância, anatomia e fisiologia da mama; técnicas de amamentação; cuidados gerais com a mama.
- Características do recém-nascido.
- Cartão da criança: finalidade, leitura dos vários campos, interpretação dos dados.
- Esquema vacinal.
- Desmame e introdução gradual de alimentos.
- Doenças prevalentes na infância: características, medidas de prevenção e controle.
- Crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, características físicas e psicológicas.
- Prevenção e Promoção da Saúde do homem;
- Características e necessidades físicas, psicológicas e sociais do idoso; ações de promoção de saúde.
- Sofrimento mental: abordagem de indivíduos e família, estratégias facilitadoras da inclusão social e direitos legais.
- Doenças crônicas prevalentes na população brasileira;
- Cuidados relativos às doenças sexualmente transmissíveis – DST's, HIV, AIDS;
- Doenças transmissíveis – conceito, cadeia de transmissão de doenças, agente infeccioso, hospedeiro e mecanismos de transmissão.
- Medidas de prevenção individual e coletiva das principais doenças transmissíveis.
- Doenças de notificação compulsória.
- O uso álcool e outras drogas;
- Violência social e intra familiar;
- Sofrimento mental: abordagem de indivíduos e família, estratégias facilitadoras da inclusão social e direitos legais.

PROGRAMAÇÃO DA 1ª PARTE

PRIMEIRO DIA		
TEMPO ESTIMADO	ATIVIDADE	METODOLOGIA
30 minutos	Atividade I – Acolhimento	Atividade em grupo
Intervalo		
1 hora e 30 minutos	Atividade II – Apresentação das Atividades de Dispersão	Atividade em grupo
1 hora e 30 minutos	Atividade III - O Trabalho de Educação e Promoção da Saúde	Atividade em grupo
Almoço		
2 horas e 30 minutos	Atividade IV – Promovendo Educação em Saúde	Atividade em dupla
Intervalo		
1 hora	Atividade V – Técnicas a serem utilizadas em Educação em Saúde	Atividade em grupo
Intervalo		
1 hora e 10 minutos	Atividade VI - Liderança Situacional	Exposição dialogada
SEGUNDO DIA		
1 hora e 40 minutos	Atividade VII – Encontros de grupos	Atividade em grupo
Intervalo		
30 minutos	Atividade VIII – Estudo de Caso	Atividade em grupo
1 hora	Atividade IX - Comunicação	Exposição dialogada
Almoço		
1 hora e 30 minutos	Atividade X – Educação e Promoção em Saúde	Exposição dialogada
1 hora e 30 minutos	Atividade XI – Estudo de Casos	Dramatização
TERCEIRO DIA		
2 horas e 40 minutos	Atividade XII – Mitos e Verdades Sobre a Saúde da mulher	Atividade em grupo

Intervalo		
1 hora	Atividade XIII – Estudo de Casos	Atividade em grupo
Almoço		
40 minutos	Atividade XIV - Mitos e Verdades Sobre a Saúde da criança	Exposição Dialogada
50 minutos	Atividade XV – O papel do ACS na saúde Bucal do População	Atividade em grupo
Intervalo		
1 hora e 30 minutos	Atividade XVI – O papel do ACS no Acompanhamento da Criança	Atividade em grupo
QUARTO DIA		
1 hora	Atividade XVII - Bolsa Família	Roda de conversa
Intervalo		
1 hora e 40 minutos	Atividade XVIII – Prevenção de Acidentes na Infância	Exposição Dialogada
1 hora	Atividade XIX – Sexualidade na Adolescência e Métodos Anticoncepcionais	Dramatização
Almoço		
1 hora e 20 minutos	Atividade XX - A Saúde do Adolescente	Exposição Dialogada
Intervalo		
1 hora e 40 minutos	Atividade XXI – A Saúde do Homem	Exposição dialogada
1 hora e 40 minutos	Atividade XXII – O papel do ACS na Saúde do Homem	Atividade em dupla
QUINTO DIA		
1 hora	Atividade XXVIII – A Saúde da População Idosa	Roda de conversa
Intervalo		
1 hora e 40 minutos	Atividade XXIV – O Papel do ACS na Promoção à Saúde do Idoso	Exposição dialogada
2 horas	Atividade XXV – Estudo de Caso	Dramatização
ALMOÇO		
	Atividade XXV - Estudo de Caso (continuação)	Dramatização
1 hora e 20 minutos	Atividade XXVI -Orientações para Desenvolvimento das Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada	Exposição dialogada
Intervalo		
1 hora	Atividade XVII – Despedida e Encerramento da Unidade 4 parte 1 - Concentração	Exposição dialogada

PROGRAMAÇÃO DA 2ª PARTE

PRIMEIRO DIA		
TEMPO ESTIMADO	ATIVIDADE	METODOLOGIA
30 minutos	Atividade I – Acolhimento	Dinâmica de grupo
1 hora e 30 minutos	Atividade II – Apresentação das Atividades de Dispersão/ Prática Supervisionada	Atividade em grupo
Intervalo		
	Atividade II - Apresentação das Atividades de Dispersão/ Prática Supervisionada (continuação)	Atividade em grupo
Almoço		
1 hora e 40 minutos	Atividade III - O Trabalho do ACS na Saúde Mental	Roda de conversa
Intervalo		
1 hora e 30 minutos	Atividade IV – Os Problemas e Sintomas mais comuns em Saúde Mental	Atividade individual
SEGUNDO DIA		
2 horas e 40 minutos	Atividade V – O Trabalho do ACS nas Ações em Saúde Mental	Atividade em grupo
Intervalo		
	Atividade V – O Trabalho do ACS nas Ações em Saúde Mental (continuação)	Atividade em grupo
Almoço		
3 horas e 30 minutos	Atividade VI – Doenças Sexualmente Transmissíveis	Atividade em grupo
TERCEIRO DIA		
1 hora e 30 minutos	Atividade VII - Doenças Sexualmente Transmissíveis (continuação)	Atividade em grupo
Intervalo		
2 horas e 30 minutos	Atividade VIII - As Ações do ACS na Promoção e Prevenção de Doenças Crônicas e DST's	Atividade em grupo e exposição dialogada
Almoço		
2 horas e 10 minutos	Atividade IX - As Ações do ACS no Controle das Doenças Transmitidas por Vetores	Atividade em grupo
Intervalo		
	Atividade IX - As Ações do ACS no Controle das Doenças Transmitidas por Vetores (continuação)	Atividade em grupo
QUARTO DIA		
2 horas e 10 minutos	Atividade X - As Ações do ACS no Controle do uso de Álcool e outras drogas	Atividade em grupo e exposição dialogada

Intervalo		
	Atividade X - As Ações do ACS no Controle do uso de Álcool e outras drogas (continuação)	Atividade em dupla
1 hora e 30 minutos	Atividade XI - O grande desafio	Exposição dialogada
Almoço		
2 horas e 30 minutos	Atividade XII - As Ações do ACS no Controle e na Prevenção da Violência	Exposição dialogada
Intervalo		
1 hora e 30 minutos	Atividade XIII - Dinâmica	Atividade em grupo
QUINTO DIA		
40 minutos	Atividade XIV – Reflexão com Fábula	Atividade em grupo
Intervalo		
2 horas e 40 minutos	Atividade XV – Paródia do ACS	Atividade em grupo
1 hora	Atividade XVI - E agora?	Atividade individual
Almoço		
1 hora	Atividade XVII - Orientações para desenvolvimento da Dispersão/Prática Supervisionada	Atividade individual
2 horas e 40 minutos	Atividade XVIII– Avaliação e encerramento	Atividade individual

1º DIA



ATIVIDADE I

ACOLHIMENTO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivos

- Acolher os participantes;
- Apresentar a competência, habilidades e conhecimentos que serão estudados nesta unidade de estudo.

Material

- Slides.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente;
- Conheça as competências, habilidades e os temas que serão abordados nesta unidade de estudo.
- Bons estudos!



ATIVIDADE II

APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DE DISPERSÃO

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Apresentação das Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada.

Material

- Consolidado das Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada da Unidade 3.

Desenvolvimento

- Apresente o consolidado das Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada;
- Socialize suas ideias;
- Siga as orientações do Docente;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



Para refletir:

1. Sabemos que o diferencial do trabalho da Estratégia Saúde da Família é a realização do trabalho em equipe interdisciplinar. Porém, para o sucesso deste trabalho em equipe é necessário que cada membro do grupo tenha consciência de que:
2. Não existe no trabalho em equipe um líder fixo, pronto, acabado, existem lideranças. Todos os membros da equipe devem ter oportunidade de liderar. Assim, quando a equipe decide uma ação sobre como coletar uma informação na comunidade, a liderança é do ACS. Quando é necessário a realização de um diagnóstico clínico a liderança é do médico.
3. Ninguém deve carregar a equipe nas costas, todos somos responsáveis pela equipe.
4. A participação de todos faz aparecer a responsabilidade e o equilíbrio. O equilíbrio entre as pessoas faz desaparecer a chefia e o ditador.
5. O homem não nasce programado, pronto. O homem aprende tudo. Precisamos aprender a cooperar. A cooperação substituiu a dominação.



ATIVIDADE III

O TRABALHO DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Identificar e socializar ações de educação e promoção da saúde desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família.

Material

- Papel A4.
- Texto de Apoio: “Educação em Saúde: Uma Prática Coletiva de Promoção da Saúde”.

Desenvolvimento

- Forme grupo por equipe de saúde da família;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Educação em Saúde: Uma Prática Coletiva de Promoção da Saúde”;
- Em grupo, discutir as questões, a seguir e anote as respostas;
 - 1) Como o ACS participa dessas atividades?
 - 2) Qual a importância do ACS para a vida comunitária?
 - 3) O que é educação em saúde?
 - 4) Que características deverão ser levadas em consideração ao realizar uma atividade de educação em saúde?
- Apresente em plenária as suas respostas;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Educação em Saúde: Uma Prática Coletiva de Promoção da Saúde”;
- Tire suas dúvidas;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA PRÁTICA COLETIVA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Olga Maria Alencar
Thayza Miranda

O Programa Saúde da Família, enquanto política pública de reorientação do modelo assistencial, traz como um de seus pressupostos a democratização do conhecimento do processo saúde doença e da produção social da saúde. Para isto, os profissionais de saúde e, em especial o Agente Comunitário de Saúde utiliza como estratégia a tão falada educação em saúde. Mas o que é educação em saúde?

Vamos pensar juntos?

A educação em saúde é uma estratégia de promoção de saúde que vem sendo praticada desde o século XVIII na Europa, quando foram elaborados os primeiros almanaques populares para divulgação dos cuidados higiênicos a serem praticados por gestantes e pelas mulheres, “cuidadoras” de crianças. No Brasil o modelo hegemônico de educação em saúde é intervencionista e foi importado da Europa. Apesar de muitos avanços, este tipo de educação, ainda é praticado, até mesmo nas equipes de saúde da família, o que é um contra senso.

Historicamente, as ações de educação em saúde foram estruturadas no sentido de ampliar as informações da população sobre doenças, salientando o que é certo e errado, na ótica dos profissionais de saúde.

A educação em saúde no PSF, em sua maioria, ainda está centrada no modelo intervencionista, onde as ações visam modificar as práticas individuais consideradas inadequadas pelos profissionais. Neste contexto, é importante considerar os usuários: o que pensam sobre isto? As atividades de educação em saúde têm se limitado à formação de grupos, de doentes específicos para os quais os profissionais dizem palestras, eu diria “aulinha”, para transmissão de informações de forma coercitiva, autoritária e prescritiva.

Vamos pensar um pouco em nossa prática cotidiana?

É comum a equipe de Saúde da Família formar, por exemplo, grupo de hipertensos. Nas palestras proferidas a este grupo, a fala enfatiza apenas, a doença e faz o histórico terrorismo de que se não tomar o remédio vai ter um infarto... um AVC... ou, ainda, o que eu chamo de ditadura do conhecimento, o famoso: “você tem”!

“Você tem que parar de comer sal... você tem que fazer caminhada... Você tem que comer salada”.

O ACS, neste contexto, deve ter o cuidado para não reproduzir esta prática equivocada, pois a educação em saúde é sua principal atividade.

Como resultado da prática da educação em saúde autoritária e terrorista, temos a não adesão do usuário à mudança de estilo de vida, baixa participação dos usuários nas atividades de educação em saúde e a conseqüente frustração dos profissionais de saúde.

Diante disto, é preciso que o ACS aprenda o que é educação em saúde; quais as características da educação em saúde eficaz; qual a finalidade da educação em saúde para seu trabalho; em que espaço se faz educação em saúde; como se faz educação em saúde e quem faz educação em saúde no PSF.

O que é educação em saúde?

“Educação em saúde é um conjunto de estratégias e ações informativas, desenvolvidas, sobretudo, no contexto da prevenção (...) é uma conquista do esforço coletivo, onde cada indivíduo compreende que pode contribuir para o melhoramento da qualidade de vida e da resolução dos problemas de saúde da comunidade”.

Segundo Silva e Bordin (1996), a educação em saúde é um mecanismo de interação entre o saber científico e o popular, com o objetivo de socialização do saber científico e de reconhecimento social do saber popular.

Assim, para nós que trabalhamos com o PSF, educação em saúde é o compartilhamento do conhecimento entre profissionais de saúde e comunidade, através de técnicas específicas, tais como consulta clínica, grupo operativo, oficinas, reuniões, dramatização, entre outros, mediada pelo respeito à cultura local. Ou ainda, educação em saúde é

o processo de ensino-aprendizagem, delineado através das experiências vivenciadas pelos atores sociais envolvidos no processo, com vistas à facilitar ações conducentes à saúde.

Características da educação em saúde

Para ser eficaz e atender à perspectiva da promoção da saúde, o processo de educação em saúde deverá ter como características a democracia, a participação, a problematização e a transformação das práticas de saúde (Pereira et al 2000). Descreveremos, a seguir, tais características e sua relação com o trabalho do ACS:

a) Democracia: Quando falamos que a educação em saúde deve ser democrática, estamos nos referindo ao direito do cidadão de ter conhecimento sobre o saber científico, até então sob o poder apenas dos profissionais. Estes saberes deveriam ser incorporados à vida dos usuários sem questionamentos. Portanto, a educação em saúde deve levar em consideração a opinião de todos e estar fundamentada na soberania do indivíduo/comunidade. A afirmação de que a educação em saúde deve ser democrática tem como pilar de sustentação a concepção de educação de Paulo Freire. Segundo ele, as pessoas são atores de sua própria história, capazes de identificar problemas e formular soluções, transformando-se e modificando contextos opressores.

O ACS, enquanto educador de saúde deve deixar de lado o caráter autoritário em suas orientações e reconhecer o direito do indivíduo de conduzir seu próprio destino no que se refere à saúde. Neste sentido, o trabalho do ACS consiste em instrumentalizar o indivíduo/comunidade a decidir o que é melhor para sua saúde, de forma consciente.

Vamos exemplificar?

Ao invés de dizer que o hipertenso não pode comer sal, que tal explicar o porquê disto e discutir com ele estratégias para diminuir o sal na alimentação. Aí sim, você está democratizando o saber e tornando o indivíduo ator da decisão.

b) Participação: Participar significa tomar parte, partilhar, trocar, ter influência direta nas decisões e ações. No processo educativo não é diferente, ou seja, participar é entendido

como um processo no qual o indivíduo/comunidade tem o poder de interagir, tornando-se sujeito da ação e corresponsável na tomada de decisões. O ACS não deve confundir participar com estar presente. Na maioria das vezes, a equipe de saúde se vangloria ao verbalizar que no grupo de hipertensos todos participam e, quando se lança mão de uma lupa, observando melhor, percebe-se que participar, para a equipe, significa apenas comparecer ao grupo.

c) Problematização: Mais uma vez buscaremos embasamento na concepção filosófica de Paulo Freire, para subsidiar o entendimento de que a educação em saúde deve ser problematizadora. Dizer que a educação em saúde é problematizadora significa dizer que o ACS, em seu trabalho com as famílias, deve partir da prática dos usuários para, só depois, teorizar. No exemplo abaixo, veremos o uso da problematização, da ação do ACS, na prática de educação em saúde:

“Tinha muita diarreia na comunidade. Eu chegava numa casa e tinha de 3 a 4 crianças com diarreia; dava em adulto também. Então a gente começou a despertar: espera, tem alguma coisa. Aí a gente sentou junto com a comunidade e discutiu. A conclusão foi que aquilo vinha da água, porque tínhamos um poço só na comunidade, de boca aberta e durante o tempo de inverno aquela água da chuva caía toda ali e depois era consumida pela comunidade. Então, conversamos com o padre e ele abriu um poço artesiano. Depois, viemos conversar com o prefeito e ele mandou fazer mais dois poços. Hoje, a gente não tem mais esse problema. Diminui a diarreia, depois deste trabalho preventivo. Ela vinha da água, e a gente não sabia”. (Aroldo Vieira- ACS de Tartarugueiro-PA)

Comentário: Tendo por base o exemplo acima, entende-se que a comunidade toma consciência de que ter uma água tratada é um direito e passa a reivindicá-lo junto às autoridades competentes.

d) Transformação: Todas as características anteriormente discutidas são indispensáveis para a transformação das práticas de saúde. A educação em saúde incorpora em sua práxis o termo “empowerment”, que significa emponderamento, neologismo não encontrado na língua portuguesa. Em outras palavras é a capacidade do indivíduo/comunidade de tomar consciência dos problemas e de seus determinantes, com o intuito de transformá-los para a melhoria da qualidade de vida. Finalidade da educação em saúde para o trabalho do ACS

A conferência internacional de saúde de Alma Ata (1978) como todas as demais conferências internacionais de saúde que a sucederam, foi unânime ao declarar que a educação em saúde é um recurso fundamental para a promoção de saúde. Este entendimento, também é ratificado na Constituição Brasileira de 1988 e na Portaria 648 de 2006 do Ministério da Saúde, que versa sobre o trabalho do ACS. A referida Portaria traz como uma das atribuições do ACS: promover ações de educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida.

Portanto, a educação em saúde é uma ferramenta utilizada pelo ACS e tem como finalidade:

Desenvolver habilidades pessoais para o auto cuidado;

Estimular o diálogo entre diferentes saberes;

Estimular as pessoas de forma a capacitá-las a reconhecer suas necessidades de saúde e expressá-las;

Instrumentalizar o indivíduo, a família e a comunidade na conquista da cidadania;

Oferecer condições para que as pessoas/famílias/comunidade possam analisar criticamente sua realidade e identificar fatores determinantes de suas condições de saúde;
Oferecer oportunidades para que as pessoas/famílias/comunidade conquistem a autonomia necessária para a tomada de decisão sobre aspectos que afetam suas vidas;
Estimular a participação nos processos que interferem e modificam os determinantes de saúde;
Fornecer conhecimentos para a transformação das práticas de saúde;
Instrumentalizar indivíduos/famílias/comunidade na busca de alternativas para solução de problemas e transformação do cotidiano;
Orientar para a busca de suportes sociais (rede de apoio) existentes na comunidade;
Mobilizar e motivar o compromisso social e a vontade política, redefinindo papéis e responsabilidades;
Melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida da comunidade.
Onde fazer educação em saúde?

O espaço onde as atividades de educação em saúde se processam, dentro da área de abrangência do PSF, são inúmeros, como por exemplo, o domicílio, a rua, as escolas, as creches, as praças, a igreja, os parques, etc. Neste texto, nos deteremos aos espaços coletivos da comunidade, onde o ACS poderá desenvolver as ações de educação em saúde.

Para planejar qualquer atividade de educação em saúde a primeira preocupação do ACS deverá ser quanto à escolha do local. Conhecer a estrutura física do local: ver iluminação, ventilação, o número de cadeiras que comportam o local, a necessidade de equipamentos sonoros, como microfone no caso de grandes eventos, são cuidados indispensáveis para o sucesso do processo educativo.
Como fazer educação em saúde?

A ação educativa é um processo para capacitar indivíduo/comunidade para assumir responsabilidade no processo saúde-doença. Para isto, o ACS deverá escolher um método que melhor se adeque a sua realidade.

São inúmeros os métodos utilizados para se fazer educação em saúde, como as palestras, as oficinas, os grupos, as rodas de discussão, as atividades lúdicas (teatro, fantoches, dança, música...) etc. Estudaremos como utilizar os métodos de educação em saúde em outro texto.
Quem faz educação em saúde no PSF?

As atividades de educação em saúde são da responsabilidade de todos da equipe. Portanto, o ACS não só pode como deve realizar atividades de educação em saúde. Para isto basta ter coragem, estudar o tema, escolher o método, convidar as pessoas de sua área de abrangência e entrar em ação. Afinal, não basta só visitar por visitar. Tem que educar.

E como diz Paulo Freire “a educação é um ato de amor, por isto um ato de coragem. Não pode temer o debate”. Dito isto convidamos você, ACS, para este ato de coragem que se chama EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.420-423.



ATIVIDADE IV

PROMOVENDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Tempo estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivos

- Refletir sobre os riscos da automedicação;
- Reconhecer as ações do ACS quanto a prevenção do uso incorreto e/ou exagerado de medicamentos.

Material

- Papel A4 e caneta;

Desenvolvimento

- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Riscos da automedicação”;
- Forme dupla e faça uma síntese do Texto, destacando as informações mais significativas, justificando-as;
- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente.
- Socialize suas ideias;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.

Obs.: para complementar essa atividade assista ao filme: “Jardineiro Fiel”, 2005. Este filme aborda o poder da indústria farmacêutica no contexto da sociedade capitalista.



TEXTO DE APOIO

RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO

A origem da palavra farmácia vem do grego *pharmakón* que, na Grécia Antiga, designava substância capaz de provocar transformações, para o bem e para o mal. Podia ser remédio ou veneno, dependendo da dose tomada. Das ervas dos curandeiros, dos chazinhos da vovó, até os produtos da ciência de nossos dias, os medicamentos não param de nos surpreender. Antigamente, remédios milagrosos para acabar com todos os males num piscar de olhos eram oferecidos pelos mascates – vendedores ambulantes – em suas carroças.

Hoje, esse papel é desempenhado pela mídia, que entra pelos olhos e ouvidos, com mensagens irresistíveis: aquela artista famosa, sorridente, atribui sua beleza ao produto tal. Aquele senhor de aspecto tão confiável afirma que está em forma graças a umas gotinhas miraculosas. Daí a passar a se medicar com esses produtos vai um pequeno passo!

Os medicamentos são essenciais quando receitados e usados adequadamente para diagnosticar, prevenir e curar doenças. Utilizados de maneira incorreta ou consumidos sem orientação de um profissional de saúde, podem causar efeitos indesejáveis e oferecer sérios riscos à saúde. Ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos (falha na prescrição), as falhas na dispensação, a automedicação inadequada podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros.

Entende-se como automedicação o uso de medicamentos sem nenhuma intervenção por parte de um médico, ou outro profissional habilitado, nem no diagnóstico, nem na prescrição, nem no acompanhamento do tratamento. Pode-se apontar com uma das causas a facilidade de acesso a medicamentos devido ao número elevado de farmácias e drogarias, além de práticas comerciais éticas e legalmente questionáveis cometidas por diversos estabelecimentos.

O acúmulo de medicamentos nas residências, em forma de “mini farmácia”, é também fator de risco. Além de favorecer a prática da automedicação, facilitar a ocorrência de um equívoco entre medicamentos (troca de medicamentos), e do risco

de intoxicação por ingestão acidental, a falta de cuidados com a farmácia caseira pode afetar a eficiência e a segurança no uso de medicamentos de diversas maneiras, por exemplo, a ingestão acidental dos medicamentos pelas crianças, causando intoxicações e a perda da eficiência do medicamento pelo mau armazenamento ou até mesmo por vencimento.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, 29% dos óbitos ocorridos no Brasil são provocados por intoxicação medicamentosa. Além disso, 15% a 20% dos orçamentos hospitalares são utilizados para tratar complicações causadas pelo mal uso de medicamentos. Estes dados deixam claro que as ações realizadas até hoje em termos de prevenção e promoção do uso racional de medicamentos não foram suficientes.

No âmbito da assistência farmacêutica, a educação em saúde, ainda é o maior instrumento para a promoção do uso racional dos medicamentos. Este é um processo que informa, motiva e ajuda a população a adotar e manter práticas e estilos de vida saudáveis. Inclui a educação da população visando instruir sobre a natureza das enfermidades, motivando-os a participarem ativamente do seu controle e cumprindo com as instruções repassadas pelos profissionais de saúde. Com a promoção do uso racional de medicamentos, pode-se contribuir para a diminuição dos números de intoxicação e internações hospitalares, e consequentemente atuar mais em níveis de prevenção e promoção da saúde proporcionando melhor alocação dos recursos disponíveis.

É importante orientar à população sobre:


- * Quando achar que tem algum problema de saúde, procure os serviços de saúde, em especial, o PSF;
- * Evitar recomendações de vizinhos, amigos, parentes ou mesmo de balconistas de farmácias ou drogarias. Não confunda o balconista da farmácia com o farmacêutico;
- * Na consulta, informar se já utiliza algum medicamento e se faz uso frequente de bebidas alcoólicas;
- * No momento de adquirir medicamentos de venda livre, produtos considerados de baixo risco para tratar males menores e recorrentes, como dor de cabeça, procurar orientações do farmacêutico. Esse profissional também tem um importante papel para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Ele deve notificar às autoridades de saúde sobre a ocorrência de qualquer efeito adverso não esperado pelo uso de medicamentos.

REFERÊNCIAS

A informação é o melhor remédio. O que vale a pena saber sobre a propaganda e o uso de medicamentos. Agência Nacional de Vigilância sanitária. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_campanha.pdf. Acesso em 25 set 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Automedicação traz riscos à saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24341. Acesso em 25 set 2012.

PEREIRA, J.R. et al. Riscos da automedicação: tratando o problema com conhecimento. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/januarina_amos_trabalho_completo.pdf. Acesso em 25 set 2012.

	<h3>ATIVIDADE V</h3> <h4>TÉCNICAS A SEREM UTILIZADAS EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE</h4> <p>.....</p> <p>Tempo estimado: 1 hora</p>
---	---

Objetivo

- Identificar elementos, meios e técnicas para atividades de Educação em Saúde.

Material

- Papel A4.
- Texto de Apoio: “Ação educativa no trabalho do ACS: meios, métodos e técnicas de fazer educação em saúde”.

Desenvolvimento

- Forme grupos por Equipe de Saúde da Família;
- Discuta em grupo e responda as perguntas a seguir, partindo da experiência com as Atividades de Educação em Saúde desenvolvidas na Atividade anterior:

1. Quais os métodos/meios podemos utilizar para fazer educação em saúde?
2. Quais os cuidados devem ser observados na aplicação destes métodos?

- Em seguida, faça a leitura do Texto de Apoio: “Ação educativa no trabalho do ACS: meios, métodos e técnicas de fazer educação em saúde”.
- Socialize outros métodos/meios para ações de Educação em Saúde utilizadas por sua ESF e que não foram abordadas no Texto;
- Participe da sistematização da Atividade, promovida pelo Docente:



Atenção

As técnicas e/ou atividades em grupo são recursos utilizados para estimular a participação de todas as pessoas; possibilitar que cada cidadão possa pensar, organizar suas ideias e manifestá-las, caso julgue necessário. Estimular a participação de todos pode contribuir para uma discussão saudável e produtiva. Tais ações podem melhorar os encontros com os grupos.



TEXTO DE APOIO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA PRÁTICA COLETIVA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Olga Maria Alencar
Thayza Miranda

Como falamos anteriormente, para realizar atividade de educação em saúde, o ACS deve escolher um método. Iremos discutir aqui, a aplicabilidade de alguns métodos vivenciados por nós, autoras do texto, ao longo de 12 anos de experiência com o PSF.

As atividades de educação em saúde, realizadas pelo ACS, deverão ser registradas no SIAB. Este preconiza que reunião é o agrupamento de 10 ou mais pessoas com uma duração mínima de 30 minutos e com objetivo de disseminar informação, discutir estratégias de superação de problemas ou de contribuir para a organização da comunidade.

a) Palestra

Consiste em uma reunião de no mínimo 10 pessoas. Em geral é utilizada quando se quer atingir um grande número de participantes. Apesar de ser um recurso bastante utilizado na prática cotidiana do PSF, faz-se algumas críticas a este método, pois, na maioria das vezes ele é utilizado, apenas, para repassar informações não enfatizando a aprendizagem e a interação docente-aluno no processo ensino-aprendizagem.

Quando utilizar a palestra:

Repassar informações à população sobre funcionamento da USF;
Na sala de espera para elucidar cuidados específicos de saúde;
Para apresentar o resultado do trabalho da equipe;
Para repassar notas sobre campanhas e eventos de saúde.

Cuidados a serem considerados no planejamento de uma palestra:

- Conhecer o local da palestra previamente, para determinar o número de pessoas convidadas;
- Escolher o tema a ser abordado;
- Conhecer as características do público alvo, o horário de trabalho das pessoas, a escolaridade, os costumes, as crenças, etc.;
- Por exemplo, quando se quer falar de campanha de vacinação para adulto, deve-se ver qual o horário de trabalho da maioria dessas pessoas. Ou, ainda, se você vai falar sobre o programa de crianças desnutridas, onde a maioria das mulheres é analfabeta, jamais deverá ser utilizado como recurso a projeção de transparência com texto;

- Observar se vai ser necessário usar equipamento sonoro;
- Determinar o tempo para início e término da palestra, observando que uma palestra não deve ultrapassar 2 horas, pois quando é muito extensa torna-se cansativa tanto para o público, como para o palestrante;
- Divulgar a palestra através de convite formal, de preferência de forma escrita, por meio de cartazes afixados nos pontos de maior confluência de pessoas ou, ainda, sob a forma de convite individual.
- Determinar os recursos pedagógicos que serão utilizados. Atenção: às vezes é melhor usar a exposição oral participativa do que utilizar muito material áudio visual, como retroprojetor ou data show.

b) Grupo

O conceito de grupo na literatura é muito amplo. A maioria dos autores entende grupo como sendo um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas em torno de um objetivo de forma dinâmica e dialética.

Grupo, também, pode ser considerado um espaço social onde o processo ensino-aprendizagem ocorre através da criação de vínculo entre a comunidade e o ACS.

No trabalho do PSF utiliza-se o termo grupo para designar associação de pessoas cujo objetivo é a troca de conhecimentos, experiências acerca de um dado tema com dia para começar e terminar. Portanto, o grupo não é eterno, tem começo, meio e fim. São exemplos de grupo: grupo de hipertensos, grupo de mulheres, grupo de adolescentes, grupo da terceira idade, etc.

Aspectos a serem observados pelo ACS na formação de grupo:

1. Não existe número mínimo de pessoas para se formar um grupo;
2. Planejar com antecedência todos os encontros do grupo;
3. Estimular a participação de todas as pessoas da comunidade nos grupos de cuidados específicos. Por exemplo, estimular que várias pessoas frequentem o grupo de hipertensos, mesmo não sendo hipertenso;
4. Conhecer previamente as características do público alvo;
5. Decidir quais os recursos serão utilizados no grupo: as dinâmicas, as atividades, as brincadeiras etc.;
6. Eleger um nome fantasia para o grupo. Isto evita os rótulos;
7. Escolher um local adequado às atividades propostas.

Na prática do trabalho do PSF, pode-se dizer que existem dois tipos de grupos: **Grupo de vivência** - consiste na reunião de pessoas com “situação de saúde” específica, cujo objetivo é propiciar um espaço coletivo para troca de experiências. O Profissional de saúde é apenas o mediador das discussões e não um “docente com aulinha pronta”. São exemplos de grupo de vivência: grupo de hipertensos, grupo de gestantes, grupo de mulheres, entre outros.

Grupo operativo - este é o tipo de grupo que comumente encontramos na prática cotidiana do PSF. Consiste em um espaço coletivo que tem como objetivo principal a realização de procedimentos como: aferição da pressão arterial, troca de receitas, agendamento de consultas, entre outros. A abordagem do profissional de saúde está centrada na metodologia da transmissão, ou seja, o profissional é aquele que detém o conhecimento, enquanto o usuário deve agir, apenas, como receptáculo e seguidor das informações.

Acreditamos que existe um enorme equívoco nesta abordagem, uma vez que a educação em saúde vai muito além do repasse de informação. Não estamos negando, com isto, que não exista atividade de educação em saúde nesta prática. No entanto, não há relação de troca entre equipe e usuário. É comum escutarmos o seguinte diálogo na recepção das unidades de saúde:

- “Moça, sou hipertenso e meu remédio acabou. O que eu faço?”

- “O senhor tem que participar do grupo de hipertensos, para poder trocar a receita”.

Isto é um contra senso, pois o grupo é um espaço para troca de experiência e não para consulta.

c) Dramatização ou sociodrama

Consiste em representar o cotidiano das pessoas de forma lúdica por meio do teatro. Esta técnica é muito interessante, pois permite trabalhar informações sobre saúde e ao mesmo tempo propicia um espaço de diversão para o usuário.

A dramatização é um recurso fabuloso para educação em saúde e é muito fácil de fazer!!!!

O ACS, juntamente com os demais membros da equipe, pode montar uma história e representá-la através de várias técnicas de teatro, tais como: teatro de rua (representado por pessoas propriamente dito), teatro de fantoche, teatro de marionete e outros tantos arranjos.

Elementos da Dramatização ou Sociodrama

O tema : é a ideia central que atravessa toda a representação: o conteúdo da história. O ACS deve ter cuidado quando for escolher o tema, pois, primeiro, o tema deverá abordar uma situação do cotidiano das pessoas - a realidade, e segundo, deve-se ter o cuidado de não retratar muitos assuntos numa só apresentação.

Exemplo: gravidez não planejada na adolescência.

A história: é o argumento, a trama, o desenvolvimento dos fatos. É a mensagem que o ator quer passar. Por exemplo, no tema gravidez não planejada na adolescência, o ACS pode criar uma história onde duas adolescentes conversam como a gravidez modificou sua perspectiva de vida e quais os métodos ela deveria ter usado para não engravidar. Sempre, na história, há um conflito, ou seja, pessoas com pensamentos divergentes para despertar o interesse, a curiosidade do espectador e propiciar o debate entre abordagens diferentes de um mesmo assunto.

Os personagens: são pessoas caracterizadas, que irão vivenciar a história. Assim, como toda história tem conflito de ideias, a lei que fundamenta os personagens é o contraste: por um lado há um personagem que pensa que engravidar na adolescência é bom e não traz nenhuma consequência, por outro lado deverá haver um personagem que pensa diferente. E assim por diante...

Para fazer uma dramatização é muito simples, basta seguir alguns passos... Então vamos lá!

Passos da dramatização

Escolher um coordenador

O coordenador deverá ser escolhido democraticamente pelo grupo. Algumas características devem ser observadas no coordenador: a pessoa deve ter entusiasmo, vontade de trabalhar e capacidade de estimular o grupo a trabalhar com prazer.

Partir de um fato

Antes de definir o tema, é preciso que o grupo comece falando dos fatos que acontecem no cotidiano da comunidade e que interferem na qualidade de vida das pessoas envolvidas. Para isto deixe a imaginação fluir. Uma boa estratégia é pedir para que cada ACS conte um fato ocorrido em sua área de abrangência e, em conjunto, escolha aquele que pode levar o público alvo à reflexão. Por exemplo, se você quer retratar as dificuldades do trabalho do ACS pode começar a discussão a partir de um fato:

- Josélia (ACS do PSF Angola) quebrou o pé...
- Quebrou o pé porque correu do cachorro do seu Joaquim...
- ACS correr de cachorro é comum na área de abrangência do PSF Angola, pois tem muito cachorro solto...

Assim, diante de um fato do cotidiano, você pode escrever uma história para retratá-lo, e através da dramatização estimular a comunidade (público alvo) a refletir, como no exemplo, a importância de manter os cachorros presos.

Definir um gênero

Na arte de representar existem dois gêneros: o drama e a comédia. O drama faz o público chorar, ficar triste, ou ainda pode despertar sentimento de raiva em relação ao personagem, vilão, e sentimento de compaixão em relação ao mocinho da história. A comédia nos remete ao sorriso, a alegria. Este gênero também é conhecido como humorismo.

Mas, atenção:

Cuidado para não fazer um melodrama barato!

Fazer comédia não significa contar piada!

Construir a história

Consiste em descrever o fato em uma sequência lógica de acontecimentos. Definir os personagens, dando nomes fictícios para eles. Atenção! Deve-se ter o cuidado para não colocar nomes de pessoas da comunidade, pois dependendo do tipo de personagem pode constrangê-la.

Organizar a apresentação

Organizar a apresentação significa cuidar dos detalhes para o seu sucesso. É preciso escolher o local apropriado: se vai ser ao ar livre (teatro de rua) ou em um salão fechado. Se possível levantar um tablado, quando não for possível, demarcar o espaço onde a dramatização vai acontecer.

Providenciar o cenário, utilizando coisas fáceis de encontrar, como mesa, cadeira, balde de água, vassoura... Esses tipos de coisas que podem ser adquiridas na própria comunidade. Escolher as roupas que caracterizam os personagens, como por exemplo, um chapéu de palha para identificar o homem da roça. Outro detalhe a ser observado é que homem pode se fazer de mulher e vice-versa. É só usar a imaginação e caracterizá-los como tal.

Apresentação da dramatização

É chegado o grande dia. Após ensaios e mais ensaios, agora é pra valer... Deixe o artista que há em você tomar parte da história e vamos lá fazer educação em saúde por meio de uma bela DRAMATIZAÇÃO. Outro aspecto importante na dramatização que vale ser lembrado é relativo à importância de se estimular a participação das pessoas na história. Os atores devem interagir com o público sempre que possível, principalmente quando se trata do teatro de rua.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.428-432.



ATIVIDADE VI

LIDERANÇA SITUACIONAL

Tempo estimado: 1 hora e 10 minutos

Objetivo

- Identificar as lideranças da comunidade e compreender a liderança como um processo situacional.

Material

- Papel kraft, pincéis atômicos e fita crepe, papel A4.

Desenvolvimento

- Siga as orientações do Docente;
- Liste as características que considera necessárias para a formação de um líder ;
- Participe da discussão promovida pelo Docente;
- Participe da sistematização da Atividade e esclareça suas dúvidas.



Para refletir:

1. Quando entendemos que um líder já nasce feito, sempre enxergamos as mesmas pessoas como líderes, perpetuando as mesmas pessoas em determinados lugares.
2. Quando acreditamos que a liderança depende da situação, as pessoas do grupo têm mais chances de mostrar seu potencial e exercerem a liderança.

2º DIA



ATIVIDADE VII

ENCONTROS DE GRUPOS

.....

Tempo estimado: 1 hora e 40 minutos

Objetivo

- Identificar e sistematizar as diversas formas utilizadas pelo ACS para realizar encontros comunitários.

Material

- Papel kraft, pincel atômico e fita crepe.

Desenvolvimento

- Forme grupos;
- Reflita e registre os passos (um a um, desde o momento inicial da decisão até momento final do encontro) que normalmente o ACS segue para organizar e realizar um encontro comunitário;
- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



Atenção

1. para que um encontro seja produtivo e participativo é importante que o ACS tenha claro o objetivo da reunião, bem como, a técnica ou dinâmica de grupo que irá usar para desenvolver o tema a ser trabalhado com o grupo;
2. para aproveitarmos bem a reunião e fazer com que todos gostem da convivência em grupo, cada encontro deve ser cuidadosamente planejado, preparado, executado e avaliado.



ATIVIDADE VIII

ESTUDO DE CASO¹

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Conceituar comunicação e compreender como se dá o processo comunicativo.

Material

- Estudo de Caso: "O copo Americano".

Desenvolvimento

- Participe da problematização promovida pelo Docente;
- Socialize suas ideias;
- Faça a leitura do Estudo de Caso;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO ESTUDO DE CASO¹

Durante uma visita domiciliar, a ACS Rosicleia, observou que a dona Felicidade estava desidratada e explicou como deveria fazer o soro caseiro:

- “A senhora vai pegar um copo americano, encher de água filtrada e colocar uma colher rasa de sopa de açúcar e uma colher rasa de chá de sal e tomar várias vezes ao dia. Não se esqueça de fazer como lhe ensinei. Até logo, voltarei depois para saber como a senhora está”.

Dona Felicidade comentou em voz baixa:

- “Como vou fazer para encontrar esse tal copo americano? Oh, Rosicléia para de inventar moda”!



ATIVIDADE IX COMUNICAÇÃO

.....
Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Conceituar e sistematizar conhecimentos sobre o processo de comunicação.

Material

- Texto de Apoio: “Comunicação uma Ferramenta de Trabalho do ACS”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura circular do Texto de Apoio: “Comunicação uma Ferramenta de Trabalho do ACS”;
- Participe da discussão promovida pelo Docente;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente e esclareça suas dúvidas.

¹História extraída de: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública. Eixo Promoção da Saúde . Educação em Saúde. Técnicas Educativas em Saúde Pública. São Paulo, 1998.



TEXTO DE APOIO

COMUNICAÇÃO UMA FERRAMENTA DE TRABALHO DO ACS

Olga Maria Alencar

A comunicação é uma atividade inerente à condição humana. O trabalho do ACS não poderia ser diferente, pois ele precisa usar a comunicação continuamente em suas relações com as famílias por ele assistidas.

Neste texto iremos discutir alguns aspectos da comunicação e como o ACS pode utilizar este conhecimento para melhorar a sua forma de comunicação no cotidiano do trabalho com as famílias e na relação com a equipe de saúde.

Segundo Chiesa e Veríssimo (2001) a comunicação é indispensável para a assistência a saúde, pois ela é o principal meio de veiculação do processo educativo e conseqüentemente do trabalho do Agente Comunitário de Saúde – ACS.

Elementos da comunicação

No processo de comunicação identificamos 4 elementos essenciais: o transmissor, o receptor, a mensagem e o meio, que se articulam entre si para atingir o objetivo da comunicação, que é a compreensão da mensagem.

- 1. Transmissor:** é aquele que emite/transmite a mensagem, também conhecido como emissor.
- 2. Receptor:** é aquele a quem se destina a mensagem.
- 3. Mensagem:** são as informações ou emoções que o transmissor quer passar.
- 4. O meio:** é o veículo que utilizamos para passar a mensagem. São os gestos, os sons, as palavras, as expressões, as imagens, os objetos, etc.

Tipos de comunicação:

1. Comunicação verbal: consiste no uso da palavra por meio da linguagem escrita ou falada. O ACS utiliza a comunicação verbal falada rotineiramente nas visitas domiciliares, quando repassam informações para as famílias nas ações de educação em saúde, nas reuniões de conselho de saúde, etc. Utiliza a comunicação verbal escrita quando registra o número de diabéticos em sua ficha B- DIA, quando constrói material educativo, ou ainda, quando utiliza cartazes para comunicar eventos na comunidade, por exemplo.

Cuidados essenciais que o ACS deve ter no processo da comunicação verbal nas visitas domiciliares:

Fazer perguntas abertas e de forma clara;
Ser claro e objetivo ao dar uma informação;
Ser um ouvinte atencioso;
Certificar se a mensagem está sendo compreendida pelo usuário;
Usar linguagem adequada e exemplos para cada situação;
Observar a pessoa durante o processo de comunicação.

2. Comunicação não verbal: está associada aos gestos, expressões, silêncios, postura corporal e até à forma como os objetos são colocados. Segundo Silva (1996), a comunicação não verbal corresponde a 55% do processo de comunicação, portanto comunicação é muito mais do que a emissão de palavras. Assim, dois aspectos devem ser observados no trabalho do ACS: a sensibilidade para perceber a comunicação não verbal do usuário durante uma visita e o cuidado com sua própria comunicação não verbal.

Funções da comunicação não verbal

Substituir a comunicação verbal : como, por exemplo, a linguagem dos sinais do surdo mudo.
Complementar a comunicação verbal : serve para reforçar a palavra. Veja o exemplo no diálogo da ACS Josilda e seu Joaquim:

- “Como está a ferida da perna seu Joaquim”?
- “Ta boa (responde balançando a cabeça positivamente) e mostra a perna ferida”.

- Contradizer o verbal: é fazer qualquer sinal não verbal que desminta o que foi dito verbalmente. Como no exemplo abaixo, durante a visita do ACS, Josilda ao seu Joaquim:
 - - “Que bom que você veio me visitar, tô mesmo querendo contar umas novidades. Você tá com tempo para ouvir este velho”?
 - - “Claro seu Joaquim”. (verbaliza olhando para o relógio).
- Demonstrar sentimentos: significa expressar qualquer emoção através de gestos. Por exemplo, ficar ruborizado em sinal de vergonha, arquear as sobrancelhas para expressar surpresa, arregalar os olhos para demonstrar medo, etc.

Cuidados essenciais que o ACS deve ter no processo da comunicação verbal nas visitas domiciliares:

- não fazer caras e bocas durante a visita em sinal de nojo ou desdém;
- não olhar para o relógio quando alguém estiver falando pois isto denota que não está com paciência para ouvir;
- evitar bocejar enquanto alguém estiver falando;
- ficar em pé durante a visita. Caso não seja convidado a sentar-se, pergunte delicadamente se pode fazê-lo.

Formas de comunicação

- **Vocal verbal:** o uso da palavra através da fala.
Exemplo: uma palestra, uma oficina, uma dramatização, etc.
- **Vocal não verbal:** são os sons produzidos pelo aparelho fonador, que não seja a palavra falada, usado no processo comunicativo.
Exemplo: psiu!!!! (para pedir silêncio);
Fiu fiu!(assovio para demonstrar satisfação);
Hum...hum(para concordar com quem está falando).

- **Não vocal verbal:** uso da palavra escrita

Exemplo: um cartaz na entrada da unidade com o horário de funcionamento;

Um folder para comunicar a população sobre a estratégia de saúde da família.

- **Não vocal não verbal:** são as expressões, os gestos, a postura.

Exemplos: um aceno com mão para comunicar despedida;


Um abraço para comunicar afeição pela pessoa.

Sabendo que a comunicação é essencial para vida humana e que é impossível manter relações interpessoais sem processo comunicativo, cabe a você, ACS, utilizar o conhecimento adquirido, aqui, para aprimorar o desempenho de suas funções em relação às famílias por você assistidas, bem como melhorar o relacionamento com os demais membros da equipe.

Assim sendo, seja por meios das palavras escritas ou faladas, seja por meios dos gestos, das expressões ou da linguagem corporal, o trabalho do ACS exige que ele saia do imobilismo e, através, do processo da comunicação, seja capaz de desenvolver ações educativas pautadas no respeito às diversidades e as diferenças ou, em outras palavras, no respeito à vida.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Guia Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*: Módulo I: Formação inicial do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2008. p.445-447.

	ATIVIDADE X EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
.....	
Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos	

Objetivo

- Compreender o processo educativo como ferramenta da Promoção da Saúde.

Material

- Texto de Apoio: “Relação Educativa da Equipe de Saúde da família com a população”.

Desenvolvimento

- Participe da discussão promovida pelo Docente;

- Socialize suas ideias sobre:
 1. Como o ACS pode contribuir para que as pessoas da comunidade se tornem sujeitos do processo educativo e, conseqüentemente, autores e atores de sua própria história?
 2. De que modo a educação em saúde pode contribuir na promoção de saúde?
- Faça a leitura e uma síntese do Texto de Apoio: “Relação Educativa da Equipe de Saúde da Família com a População”;
- Siga as orientações do Docente;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

RELAÇÃO EDUCATIVA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM A POPULAÇÃO PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

Para que a Promoção da Saúde alcance o que se propõe a primeira condição é que os participantes nela envolvidos assumam que estão compartilhando de uma ação educativa. E, como toda ação educativa, aliás, toda ação humana, traz embutida uma intenção, cabe à equipe de Saúde da Família explicitar de que intenção se trata.

A segunda condição, que complementa a primeira, é eleger a direção, dentre as várias possíveis, da ação que se pretende realizar, bem como das etapas que devem ser percorridas para atingirmos o que nos propusemos. É sempre oportuno lembrar que nada disso é possível sem um planejamento coerentemente detalhado de todo o processo.

Não se trata de deter-se unicamente na dimensão técnica da ação educativa, ou seja, de ressaltar a importância dos objetivos, estratégias, conteúdos, recursos e avaliação, pois ela não nos levará muito longe. Concretamente, como isto tem ocorrido na educação em saúde?

No geral, entende-se que há, por um lado, a presença de técnicos que detêm determinados conhecimentos elaborados, prontos, acabados, cientificamente comprovados e sistematizados, e por outro, a população, desprovida de conhecimentos. Portanto o que se deve ser feito é muito simples: os técnicos “passam” os conhecimentos que possuem para a população que não os possui. E damos-nos por satisfeitos e felizes. Nós, técnicos com a sensação do dever cumprido e a população deveras agradecida pelos conhecimentos recebidos e pelo empenho que demonstramos.

Como todos sabemos, é sempre preciso avaliar o processo e o produto de nosso fazer educativo. E, se o fizermos, o que teremos?

Muitas vezes observamos que as pessoas após conversarem com as equipes de saúde acabam por repetir certos termos, certas expressões, certos princípios e até certos conceitos. Entretanto, precisamos estar atentos, pois pode ser, e na maioria dos casos é, um tipo de aprendizagem que reproduz ideias, símbolos, mas não os decodifica, isto é, não consegue relacioná-los com a sua vida e com seus saberes anteriores. São ideias, símbolos ou mesmo conceitos que são repetidos, mas que nada significam, que não têm sentido. É uma aprendizagem mecânica.

Como ilustração, desse tipo de aprendizagem e, desta vez, saindo do campo da saúde, podemos lembrar o caso de crianças que, em muitas cidades brasileiras assumem o papel de guias turísticos. Podemos dizer que eles sabem verbalizar muitas ideias a respeito das várias características da cidade, isto é, aprenderam para poder se comunicar com os turistas.

Entretanto, podemos observar também que, o mais das vezes, se lhes fizermos algumas perguntas no decorrer de sua narrativa tentando relacionar alguns dados mencionados, elas invariavelmente retornam para o início da sua fala e a repetem integralmente. Por que? É um caso de esquecimento? Não, elas adquiriram o que aqui denominamos de aprendizagem mecânica.

MECANIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DA REALIDADE

Passemos a caso concreto, ocorrido com uma pediatra. Quando essa profissional indagou a uma mulher se ela havia lavado as mãos, fervido o bico da mamadeira e a chupeta, ela orgulhosamente respondeu que sim. E a seguir guardou o bico da mamadeira e a chupeta, cuidadosamente fervidos, na mesma sacola onde havia colocado a fralda usada do seu nenê! O paradoxo é notável.

Houve uma ação educativa, a aluna aprendeu, tanto que reproduziu as ações que lhe foram ensinadas, mas por não entender os princípios que as fundamentavam, o resultado em termos da promoção da saúde foi nulo!! Como poderíamos explicar tão fragoroso fracasso?

Se não há porque se duvidar da competência técnica dos técnicos e nem da possível incoerência do planejamento, só nos resta pensar no modelo de educação escolhido.

Com muita calma, pois este é um momento delicado, recordemos que no tipo de educação considerado acima, tínhamos os técnicos, detentores do saber e a população, desprovida deles e que o fulcro da ação educativa consistia na transferência de conhecimentos de uns para os outros.

Claro que se a população só recebe informações, o máximo que pode fazer com elas é repeti-las. Daí o fracasso. Ou seja, o tipo de educação escolhida tende necessariamente para manutenção, a estagnação, a domesticação e alienação. E frise-se que não se trata de uma escolha individual, mas, pautada em visões e concepções de projeto social, de ser humano, de aprendizagem, de educação, e do modo de ver-se o mundo.

Essa concepção de educação tem sido contraditada pela concepção crítica da educação que pretende ser uma educação para a mudança, para a transformação, para a conscientização, para a libertação. Esta nova concepção que dá suporte aos movimentos de educação popular em saúde, se contrapõe a essa visão por entender que, na relação do profissional da saúde com a população, necessariamente ambos se modificam por que ambos são percebidos como portadores e produtores de conhecimentos distintos. Esses conhecimentos podem e devem ser comparados e confrontados resultando em novos conhecimentos. Nessa relação educativa a produção de um conhecimento é coletiva, processual, o que significa dizer que, o conhecimento deve ser construído continuamente.

Vale dizer que na Estratégia de Saúde da Família, a relação da equipe com a população deve ser necessariamente aprofundada para que se constitua numa relação educativa que permita que todos os envolvidos, se descubram como sujeitos não apenas no processo de vida. Qual o significado das pessoas se tornarem sujeitos? Significa tomarem consciência de sua prática social, isto é, o que fazem, vivem, aprendem e sentem no seu dia-a-dia, e porque dessa forma e não de outra?

Nesse aspecto é importante lembrar-se que os agentes locais de saúde que compõem a equipe de Saúde da Família são pessoas da própria comunidade e assim sendo, possuem uma história de vida semelhante a das pessoas da população. Dito de outro modo, possuem valores, crenças, credos, tabus, conhecimentos, preconceitos em relação à saúde similares a da população com a qual vai trabalhar. Com isso pretende-se dizer que esses trabalhadores necessitam de oportunidades planejadas para o exercício da reflexão constante sobre o seu fazer cotidiano para tornarem-se conscientemente atores e possibilitadores de situações de ensino-aprendizagem para que outros se tornem sujeitos.

CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Nesse sentido, é fundamental que a equipe de Saúde da Família na sua prática educativa considere as opiniões diferentes, os vários jeitos de ver as coisas e perceba que as experiências são heterogêneas porque são vivenciadas de modos diferentes, por diferentes sujeitos e em momentos históricos diferentes. Cabe enfatizar que coerentemente aqui adotamos uma concepção problematizadora do processo ensino-aprendizagem, isto é, que considera educandos e educadores como sujeitos concretos desse processo, ou seja, esses sujeitos são percebidos como seres que sabem, sabem que sabem, sabem porque sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e não menos importante, agem consequentemente aos seus saberes.

Em outras palavras, estão conscientes de que são capazes de construir e reconstruir o seu próprio conhecimento. E, isto se é possível quando se considera sua experiência anterior como elementos fundamentais e desencadeadores de uma aprendizagem significativa.

O que implica a população construir o seu conhecimento?

Construir o seu conhecimento significa que a população, diante de um problema gerado por uma situação que o seu conhecimento ainda não explica, se valha das informações disponíveis para elaborar e socializar uma explicação que, mesmo já existente, passa a ser a sua explicação para o fenômeno. Trata-se de atribuir significado às novas informações, ou seja, articulá-las ao já conhecido, transformando-o.

Salta aos olhos, portanto, a necessidade do conhecermos o que a nossa população já sabe e o que ela ainda não sabe. Assim, se oferecermos a ela problemas que o seu saber não sabe, o que ela sabe poderá, pelo seu esforço intencional de saber, transformar-se no que ela ainda não sabe.

Mais uma outra ideia que gostaríamos de ver aqui pensada é a que se refere a uma outra dimensão presente na relação educativa entre os componentes da equipe de Saúde da Família com a população: a dimensão humana constitutiva dessa relação. É uma relação autoritária, democrática, horizontal?

Novamente é uma questão de escolha. Defende-se aqui, no sentido de se reafirmar o papel ativo da população na Promoção da Saúde, uma democrática, isto é, que percebe, entende e respeita as diferenças, isso só é possível no nosso entender, com o diálogo entre os protagonistas da ação.

Uma observação que se faz necessária, é a de que não estamos de forma alguma dizendo que o diálogo implica necessariamente consensos, visões harmoniosas sobre as coisas. A ideia de conflito está sempre presente, pois, como já dito, saberes desiguais, uma vez que são procedentes de fontes diferentes, estão permanentemente em confronto. Ressaltamos que o confronto propicia aprendizados.

E A CONVERSA PARA AQUI?

Para finalizar o texto, mas não a problemática, apresentamos uma última ideia, não menos importante: aprender e conhecer fazem parte do “ser cidadão”. Para além do conhecimento utilizado pela população em suas escolhas “saudáveis”, considera-se que o acesso ao conhecimento sistematizado, acumulado pela humanidade é de seu direito enquanto cidadão, garantido inclusive pelas leis, referentes à educação. Isto fornecerá elementos à população para uma participação ativa na vida de sua cidade afinal resgata-se aqui, o sentido primordial da palavra cidadão: aquele que vive, usufrui e intervém plenamente nas questões vitais de sua cidade.

REFERÊNCIA

DONATO, A. F.; MENDES, R. *Relação Educativa da Equipe de Saúde da Família com a População*. SANARE. Revista de Políticas Públicas. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, ano IV, n. 1, jan./mar. 2003. 65 p. p. 34 – 65.



ATIVIDADE XI

ESTUDO DE CASOS

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Refletir acerca da importância dos exames de mamas e de colo uterino;
- Refletir acerca da importância do diagnóstico precoce de gravidez e a realização do pré-natal adequado.

Material

- Estudo de Caso 1: “Dona Sebastiana”;
- Estudo de Caso 2 : “Dona Sueli”.

Desenvolvimento

- Forme dois grupos com seus colegas;
- Faça a leitura dos Estudo de Caso, reflita e monte uma dramatização com o próprio caso;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



ESTUDO DE CASO 1

DONA SEBASTIANA

Dona Sebastiana, 46 anos, casada, mãe de três filhos, hipertensa (pressão arterial alta). Moradora do município de Recanto das Andorinhas. Trabalhadora do lar. Seu marido é agricultor. A ACS Josi ficou sabendo durante uma visita que Dona Sebastiana apresentava um pequeno caroço na mama esquerda. Dona Sebastiana informou que havia percebido o caroço há cerca de 6 meses e que o mesmo não a incomodava, achando tratar-se de uma picada de inseto ou algo assim. Como o caroço não sumia, começou achar estranho ser apenas uma alergia. A ACS Josi perguntou se Dona Sebastiana havia informado sobre o caroço na última consulta para preventivo de colo de útero no Centro de Saúde, porém Dona Sebastiana disse que nunca realizou exame preventivo, pois sentia muita vergonha...



ESTUDO DE CASO 2

DONA SUELI

Sueli, 24 anos, recém casada, sem filhos. Reside no Arraial das Grutas. Trabalha como doméstica no sítio em que seu marido é caseiro. Chega ao Centro de Saúde solicitando exame para teste de gravidez, informando que nos últimos 4 meses sua menstruação não veio, e que sua barriga parece estar maior. Durante a consulta, a enfermeira questiona Dona Sueli sobre o uso da pílula que o médico havia prescrito anteriormente. Sueli relata que estava tomando a pílula sempre que tinha relação sexual com seu marido. A enfermeira ao realizar a consulta fez a solicitação dos exames e ausculta com o sonar onde deu para Dona Sueli escutar o coração do bebê.

3º DIA



ATIVIDADE XII

MITOS E VERDADES DA SAÚDE DA MULHER

.....

Tempo estimado: 2 hora e 40 minutos

Objetivo

- Refletir sobre as ações do ACS na promoção da saúde da mulher.

Material

- Texto de Apoio: “A Ação do Agente Comunitário de Saúde no Controle da Saúde da Mulher”.

Desenvolvimento

- Participe da exposição promovida pelo Docente;
- Forme grupos;
- Faça a leitura do Texto;

Cada grupo ficará responsável por produzir uma síntese referente aos tópicos do Texto:

Grupo 1- Preventivo de câncer de colo uterino - até Calendário de Vacinação;

Grupo 2 - Planejamento Reprodutivo;

Grupo 3 - Gravidez - até Acompanhamento contribui para reduzir mortalidade;

Grupo 4- Cuidado à gestante – até Puerpério;

Grupo 5- Amamentação;

- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

A AÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DA SAÚDE DA MULHER

Durante a realização das visitas domiciliares, o ACS deve conversar com as mulheres, fortalecendo a relação de vínculo.

Durante essa conversa, é importante saber:

- Como ela está se sentindo;
- Se já fez as vacinas preconizadas para sua faixa etária;
- Se está com o preventivo de câncer de colo uterino em dia;
- Se costuma fazer o autoexame das mamas;
- Quando realizou a última mamografia (caso tenha 40 anos ou mais);
- Se deseja engravidar;
- Se está utilizando métodos para não engravidar;
- Se tem feito acompanhamento na Unidade Básica de Saúde.

Preventivo de câncer de colo uterino

O ACS deverá orientar a mulher sobre a importância de realizar seu exame preventivo de câncer de colo uterino, além disso, ela deve procurar a Unidade Básica de Saúde 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.

Na consulta médica ou de enfermagem, é feito o exame clínico das mamas e o exame preventivo do câncer cérvico uterino, também conhecido como exame citopatológico ou Papanicolau. Para muitas mulheres, esse exame causa medo, vergonha e preocupação. Nesses casos, você não deve desprezar esses sentimentos. Deve entender a situação, orientar a importância do exame e explicar que para os profissionais de saúde, olhar para os órgãos genitais faz parte do trabalho e para eles isso é natural. Essa conversa esclarecedora e sensível pode fazer com que muitas mulheres se aproximem da equipe de saúde e façam as ações necessárias para cuidar de sua saúde. Assim você vai auxiliar na prevenção, detecção precoce ou até mesmo diminuição do agravamento da situação de saúde das mulheres do território sob responsabilidade de sua equipe. Se durante a visita domiciliar a mulher falar que tem alguma queixa em relação às mamas (seios) e axilas (nódulos embaixo dos braços), oriente a procurar o serviço de saúde.

O câncer de colo de útero ocupa o segundo lugar em incidência e o quarto lugar em mortalidade por câncer nas mulheres em nosso Estado.

Fatores de risco para câncer de colo de útero:

- Relações sexuais precoces;
- Múltiplos parceiros;
- Muitos partos;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Fumo;
- Deficiência de vitaminas A, C e E.

A coleta do exame de citologia oncológica (preventivo do câncer de colo do útero) permite o diagnóstico das lesões pré-malignas do colo uterino. Além disso, permite o diagnóstico de infecções vaginais que são outras formas de agravo à saúde da mulher.

Essa patologia apresenta uma forma pré-clínica longa, o que quer dizer que esse tipo de câncer permite ser diagnosticado antes de se tornar invasivo, aumentando as chances de cura da mulher.

O ACS deve orientar a mulher para não esperar os sintomas para depois se prevenir ou tratar, como acontece muitas vezes. A possibilidade de cura chega a 100%, se a mulher realizar o preventivo periodicamente. É importante que a mulher busque o resultado e, se necessário, faça o tratamento adequado.

Você deve informar que o exame é realizado nos postos de saúde.

- Quem deve fazer o exame preventivo?

Toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame preventivo, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 59 anos de idade. Mulheres grávidas podem fazer tranquilamente o preventivo sem prejuízo para si ou para o bebê.

- Quando fazer?

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

- Para realização do exame, são necessários alguns cuidados anteriores:

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

Lembre-se: o câncer do colo do útero pode ser evitado fazendo o exame conforme as recomendações.

Fatores de risco para câncer de colo de útero:

- Relações sexuais precoces;
- Múltiplos parceiros;

- Muitos partos;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Fumo;
- Deficiência de vitaminas A, C e E.

O ACS deve orientar a mulher para não esperar os sintomas para depois se prevenir ou tratar, como acontece muitas vezes. A possibilidade de cura chega a 100%, se a mulher realizar o preventivo periodicamente. É importante que a mulher busque o resultado e, se necessário, faça o tratamento adequado.

Auto exame das mamas

O câncer de mama ocupa o primeiro lugar em mortalidade por câncer nas mulheres do Estado de Minas Gerais.

Em 2002, 80% das cirurgias para o tratamento do câncer de mama realizadas foram cirurgias mutilantes: mastectomias radicais (retirada completa da mama) levando-se a suspeita de diagnóstico tardio (mulheres não realizaram o auto exame das mamas e/ou não foram submetidas ao exame clínico das mamas e a mamografia).

Todas as mulheres devem receber orientações sobre as técnicas de realização do auto exame das mamas e devem ser submetidas ao exame clínico das mamas pelo médico ou enfermeira.

É importante que o ACS estimule a mulher a se conhecer, a perceber as mudanças em seu corpo, a realizar o autoexame das mamas mensalmente. É importante que seja feito com regularidade para que sejam evidenciadas alterações em relação aos autoexames anteriores.

As mulheres devem estar alertas para as seguintes observações:

- As mamas não são rigorosamente iguais;
- O autoexame não substitui o exame clínico de rotina, que deve ser anual para mulheres acima de 50 anos de idade;
- A presença de um nódulo (caroço) mamário não é obrigatoriamente indicador de câncer;
- Em 90% dos casos, é a própria mulher quem descobre alterações em sua mama.

O autoexame das mamas deve ser realizado uma vez por mês. A melhor época é uma semana após a menstruação. Para as mulheres que não menstruam mais, o autoexame deve ser feito em um mesmo dia de cada mês à sua livre escolha, por exemplo, todo dia 15.

No autoexame, as mulheres devem procurar:

- Diante do espelho:

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

Como examinar as mamas?

- Diante do espelho:

- Eleve e abaixe os braços.
- Observe se há alguma anormalidade na pele, alterações no formato, abaulamentos ou retrações.
- - Durante o banho:
- Com a pele molhada ou ensaboada, eleve o braço direito e deslize os dedos da mão esquerda suavemente sobre a mama direita, estendendo até a axila.
- Repita no outro lado.
- - Deitada:
- Coloque um travesseiro debaixo do lado esquerdo do corpo e a mão esquerda sob a cabeça.
- Com os dedos da mão direita, deslize em sentido circular da periferia para o centro (da parte mais externa da mama até o mamilo).
- Inverta a posição para o lado direito e deslize a polpa dos dedos da mesma forma à mama direita.

- Com o braço esquerdo posicionado ao lado do corpo, apalpe a parte externa da mama esquerda com os dedos da mão direita.

ATENÇÃO: Caso a mulher encontre alguma alteração, lembre-se de que é importante orientá-la para procurar a Unidade Básica de Saúde / Saúde da Família. Quanto mais cedo melhor!

- Principais alterações:

- Caroços;
- Mudança na pele (tipo casca de laranja);
- Ferida ao redor do mamilo (bico do seio);
- Secreção (líquido) que sai pelo mamilo.

Calendário de vacinação

É importante que o ACS, durante a visita domiciliar solicite a carteira de vacinação e verifique o esquema vacinal. Se incompleto, orientar o comparecimento na Unidade Básica de Saúde para completar o esquema vacinal.

VACINAS	DOENÇAS	DOSES	OBSERVAÇÕES
dT: dupla bacteriana tipo adulto	Difteria e tétano	Três doses com intervalo de 2 meses entre elas. O reforço é a cada 10 anos.	Mulher grávida que esteja com vacina em dia: Recebeu dose há menos de 5 anos, NÃO precisa ser vacinada. Recebeu dose há mais de 5 anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Se a gestante não completou o esquema vacinal durante a gravidez, deve completá-lo após o parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deverá ser antecipada para 5 anos após a última dose.
Tríplice viral (SCR)	Sarampo, caxumba e rubéola	Dose única	Deve ser administrada em mulheres de 12 a 49 anos, que não tiveram comprovação de vacinação anterior.
Hepatite B	Hepatite B	Três doses: a segunda deve ser aplicada 1 mês, e a terceira 6 meses após a primeira dose.	Caso tenha recebido a vacina contra hepatite B com as três doses devidamente comprovadas no cartão de vacinação, não será mais necessário receber essa vacina. Caso não haja comprovação das doses aplicadas, deve-se orientar a procurar o serviço de saúde.
Febre amarela	Febre amarela	Dose inicial. O reforço deve ser a cada 10 anos.	Indicada para residentes ou pessoas que viajarão para: Áreas endêmicas: Estados do AP, AC, AM, RR, RO, TO, PA, MA, MT, MS, GO e DF. Áreas de transição: alguns municípios do PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS. Áreas de risco potencial: alguns municípios da BA, ES e MG. Para essas áreas, vacinar 10 dias antes da viagem.

Planejamento reprodutivo

O planejamento familiar baseia-se no respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Consiste em refletir sobre o desejo de ter ou não ter filhos, decidir e escolher a forma de programá-lo. Pode ser feito pelo homem, pela mulher, mas preferencialmente pelo casal, independentemente de terem ou não uma união estável ou de constituírem uma família convencional. Dessa forma, é fundamental incentivar o autoconhecimento, que implica tomar contato com os sentimentos, conhecer o corpo e identificar as potencialidades e dificuldades/bloqueios de diversas ordens.

Para evitar filhos, há vários métodos anticoncepcionais, como a pílula, a camisinha, o DIU (dispositivo intrauterino), tabelinha, entre outros. Não existe método anticoncepcional IDEAL, todos eles têm vantagens e desvantagens. É preciso que a mulher ou o casal conheça todos os métodos, para saber qual o mais adequado. É importante que a mulher possa falar sobre a sua sexualidade. Junto com outras mulheres, possa tirar dúvidas sobre a forma correta de usar os métodos, falar sobre suas experiências e incertezas. Isso você pode fazer, estimulando na comunidade uma roda de conversa entre as mulheres!

Métodos anticoncepcionais:

Para escolher um método anticoncepcional, devem-se considerar principalmente os seguintes fatores:

Os relacionados diretamente com o estado de saúde da mulher. Por exemplo, a pressão arterial;
E os situacionais, isto é, os que estão relacionados com o momento de vida da mulher ou do casal, por exemplo, o tipo de trabalho ou idade e necessidade de cuidados aos outros filhos do casal.

Nem sempre o método escolhido pela mulher será o mais adequado para ela, por colocar em risco sua saúde. Explicando melhor: para uma mulher que tem pressão alta e é fumante, é contra indicado tomar pílula, pois aumenta o risco ter infarto ou derrame. Há vários tipos de métodos anticoncepcionais, cada um com suas vantagens e desvantagens, conforme o quadro a seguir:

MÉTODO	COMO FUNCIONA	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Métodos comportamentais	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.	Requer muita atenção, auto cuidado e disciplina por parte do casal. Baixa proteção para concepção. Não recomendado para adolescentes e mulheres com ciclo menstrual irregular.
Métodos de barreira	Impedem que o espermatozóide consiga chegar até o óvulo. Ex: camisinha masculina e feminina, diafragma e geléias espermaticidas (produto químico que destrói os espermatozóides).	Não faz mal à saúde. Oferece segurança para evitar a gravidez quando utilizado corretamente. Camisinha masculina e feminina oferecem proteção contra a AIDS e DST's. Baixo custo.	Seu uso exige disciplina. Muitas pessoas se queixam da perda de espontaneidade na relação sexual.

MÉTODO	COMO FUNCIONA	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Dispositivo intrauterino (DIU)	Introduzido, pela vagina, no útero da mulher.	Método prático para evitar a gravidez.	Nem todas as mulheres podem usar. Há risco de provocar aumento do sangramento menstrual. Necessita de profissional treinado para colocação (médico).
Métodos hormonais	São feitos com substância químicas semelhantes aos hormônios do corpo da mulher. Ex: anticoncepcionais orais, anticoncepcionais 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 DST's e AIDS. Muitas mulheres não podem utilizar por problemas de saúde. Alguns tipos não estão disponíveis nos serviços de saúde.

Esterilização masculina e feminina

Esterilização não é um método anticoncepcional irreversível que consiste em uma operação que se realiza no homem ou na mulher com o objetivo de se evitar definitivamente a possibilidade de gravidez. No caso do homem, a operação é a vasectomia e, na mulher, é a ligadura tubária, chamada também de laqueadura, amarração ou ligação de trompas. Contraceptivo de emergência pós-coital (pílula do dia seguinte):

Não deve ser utilizado como método de contracepção frequente, pois pode causar problemas para a saúde. As pessoas que desejarem saber sobre o método após terem relações sexuais desprotegidas devem ser orientadas a procurar a equipe de saúde. É necessário que seja realizado o acompanhamento mais próximo para orientação sobre métodos de contracepção. O melhor método para uma pessoa usar é aquele que a deixa confortável e que melhor se adapta ao seu modo de vida e a sua condição de saúde.

Gravidez

Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico de gravidez, melhor será o acompanhamento do desenvolvimento do bebê e das alterações que ocorrem no corpo da mulher. Possibilita prevenir, identificar precocemente e tratar os problemas que possam afetar a saúde do bebê e da mulher. Sinais sugestivos de gravidez:

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

O ACS deve explicar à gestante a importância de fazer o pré-natal, orientando-a a procurar a Unidade Básica de Saúde para início das consultas o mais rápido possível. Deve também cadastrá-la no SIAB.

Acompanhamento pré-natal no SUS

Durante a gravidez, muitas mudanças acontecem no corpo da mulher, fazendo com que esse período exija cuidados especiais. São nove meses de preparo para o nascimento do bebê. É importante que durante a gravidez as futuras mães sejam acompanhadas por profissionais de saúde. O Ministério da Saúde salienta a importância do pré-natal e incentiva todas as mães a buscarem o atendimento gratuito no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com os exames médicos realizados no pré-natal, é possível identificar e reduzir muitos problemas de saúde que costumam atingir a mãe e seu bebê. Doenças, infecções ou disfunções podem ser detectadas precocemente e tratadas de forma rápida. O ideal é que as mães iniciem o pré-natal no primeiro trimestre, assim que souberem da gravidez. As consultas e exames permitem identificar problemas como hipertensão, anemia, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue de mãe para filho, como a aids e a sífilis. Alguns desses problemas podem trazer consequências sérias para mãe e para o seu bebê como o parto precoce, ou até mesmo o aborto.

Com o acompanhamento pré-natal, as gestantes se sentem mais seguras, pois são informadas de que sua gestação segue bem. Quando há algum problema, a detecção precoce também auxilia o acompanhamento e pode auxiliar para que o problema não se agrave. No pré-natal as gestantes também recebem informações sobre cuidados necessários para uma gravidez saudável, como a importância de manter uma alimentação balanceada, de praticar exercícios físicos regulares e de evitar o alcoolismo e o tabagismo.

Atendimento

O Ministério da Saúde lançou a Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento, em que se busca garantir o acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, com humanização. Todas as Unidades Básicas de Saúde do SUS devem oferecer atendimento adequado com uma assistência médica frequente. Também estão inclusos na política do Governo Federal a realização gratuita de exames laboratoriais e o fornecimento de medicamentos, vacinas e outros tratamentos necessários, como por exemplo, o odontológico.

A Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde preocupa-se com a qualidade da atenção ao pré-natal, atribuição principalmente das secretarias municipais de saúde.

Acompanhamento contribui para reduzir mortalidade

O Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM) foi criado na década de 1980. Desde então, muitos projetos ligados à saúde feminina foram consolidados, com enfoque na atenção ao pré-natal. A melhora na atenção à saúde da mulher, como o atendimento pré-natal e o planejamento familiar, poderão ter impacto importante na redução da mortalidade materna e neonatal.

Em 8 de março de 2004, o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em parceria com os estados, os municípios e a sociedade civil. Esse processo foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma experiência modelo para outros países em redução da mortalidade materna e neonatal. Nesses dois anos de atividades, ocorreu uma queda de 8,7% da mortalidade infantil – em crianças com até 1 ano de idade – e de 7,3% da mortalidade neonatal – bebês com até 28 dias de vida.

As complicações da gestação, parto e puerpério (período que sucede o parto) constituem a décima causa de mortes em mulheres. Com um acompanhamento pré-natal e atenção ao parto adequados, consegue-se evitar a maior parte dessas mortes.

Cuidado à gestante

Se no domicílio tiver uma gestante, você deve saber se:

Ela está bem, se tem alguma queixa e se já realizou alguma consulta de pré-natal. Caso ela não esteja sendo acompanhada, orientá-la a buscar a Unidade Básica de Saúde. Você deve avisar a sua equipe sobre a gestante que não realizou consulta. Caso ela não compareça, deverá ser feita busca ativa.

No caso da gestante estar realizando o pré-natal:

- Verificar se ela possui cartão da gestante;
- Reforçar a importância do comparecimento a todas as consultas agendadas;
- Verificar a situação vacinal;
- Orientar sobre alimentação saudável, atividade física, higiene e conforto, benefícios da amamentação, queixas mais comuns na gestação, malefícios do tabaco e do consumo abusivo de drogas e bebidas alcoólicas, sinais de alerta e puerpério.

O pré-natal é o primeiro passo para cuidar da saúde da gestante e do bebê. A mulher deve receber o cartão da gestante ao iniciar o acompanhamento pré-natal. Esse cartão é um documento que acompanha toda essa importante fase na vida da mulher e serve como apoio e referência aos serviços de saúde e diferentes profissionais que atenderão a gestante,

inclusive na maternidade ou na casa de parto. Estimule-a a conservá-lo em bom estado e levá-lo consigo toda vez que procurar um serviço ou o profissional de saúde. Recomenda-se que a mulher faça no mínimo seis consultas durante o pré-natal.

- Postura que você deve ter frente aos cuidados com a gestante:

- Acompanhar se a gestante está indo às consultas de pré-natal;
- Realizar a busca ativa da gestante faltosa às consultas de pré-natal;
- Verificar o cartão de vacinação a fim de saber se a vacina antitetânica foi realizada;
- Perguntar sobre a realização dos exames, esclarecendo sobre a importância deles e questionar se ela realizou e buscou o resultado dos exames: de grupo sanguíneo e fator RH (se não sabia seu tipo sanguíneo antes), do hemograma ou hemoglobina/ hematócrito, dos exames de detecção de sífilis (VDRL), toxoplasmose, hepatite B (HbsAg – se não foi vacinada antes), anti-HIV (lembre-se de que a mãe deve ser consultada se deseja realizar esse exame), exames de glicose, de urina e preventivo de câncer de colo de útero. Se a gestante informar que os resultados não estão anotados no cartão, oriente que ela solicite ao(s) profissional(s) que está(ão) fazendo o pré-natal para preencher na próxima ocasião.

É importante também informar à sua equipe de saúde se esses dados estiverem faltando;

- Verifique com a gestante se a próxima consulta está agendada, independentemente da idade gestacional;
- Oriente quanto à maternidade de referência para o parto e sobre os preparativos para ele, tais como objetos necessários para levar para a maternidade etc.;
- Orientar sobre: alimentação, exercícios físicos, sexualidade, amamentação e os sinais de perigo na gravidez, as queixas mais frequentes, cuidados com a higiene da boca e dentes, amamentação, conversa e estímulos positivos para o bebê ainda na barriga e importância do envolvimento do companheiro nesse momento.

Independentemente do serviço de saúde onde a gestante esteja fazendo seu pré-natal (Unidade Básica de Saúde, com a Equipe de Saúde da Família, clínica particular ou hospital), o ACS tem a responsabilidade de fazer o seu acompanhamento.

- Orientações relacionadas às queixas mais comuns na gestação:

Grande parte das queixas das gestantes durante a gravidez diminui ou desaparece com as orientações alimentares e de comportamento, sendo desnecessário o uso de remédios.

- Identificando sinais de perigo:

A gravidez não é doença. A maior parte das gestantes não tem complicações durante a gestação, algumas podem apresentar sinais indicativos de problemas para sua saúde e da criança. Nesses casos você deve encaminhar a gestante à unidade básica/ Saúde da Família para que possa ser atendida o mais rápido possível.

QUEIXAS	ORIENTAÇÕES
Enjoo, azia, prisão de ventre, gases e vômitos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comer logo ao acordar, evitando ficar sem se alimentar por muito tempo, dando preferência a alimentos secos. 2. Evite comer alimentos gordurosos, com pimenta, doces com muito açúcar, alimentos que formam gases como: batata doce, repolho e alimentos com cheiro forte. 3. Evitar tomar refrigerantes, café e bebidas alcoólicas. 4. Evitar tomar líquido durante as refeições. 5. Dar preferência para as frutas e temperos naturais (salsa, cebolinha, alho, limão) e ingerir bastante líquido. 6. Mastigar devagar os alimentos. 7. Evitar deitar logo após as refeições. 8. Dormir com travesseiro alto quando deitar com estômago cheio e quando estiver com azia. 9. Praticar exercícios físicos sempre que possível.
Fraqueza e tontura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar ficar parada por muito tempo na mesma posição. 2. Evitar mudanças bruscas de posição, ex: levantar-se rapidamente. 3. Comer várias vezes ao dia e em pequenas quantidades. 4. Para aliviar a tontura, sentar com a cabeça abaixada ou deitar com a barriga virada para o lado esquerdo e respirar profunda e pausadamente.
Câimbras	<p>Ocorrem com mais frequência no final da gestação e são mais comuns à noite.</p> <p>Comer banana, aveia, leite, ovos e se movimentar são ações que ajudam a diminuir esses desconfortos. Massagear o músculo e aplicar calor local.</p>
QUEIXAS	ORIENTAÇÕES
Corrimento vaginal	<p>Um aumento do fluxo (secreção vaginal) é comum na gestação; mas se o corrimento estiver amarelado, esverdeado ou com mal cheiro e caso haja coceira orientar a gestante agendar consulta.</p>
Queixas urinárias	<p>O aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação, devido ao crescimento do útero e a compressão da bexiga;</p> <p>Caso a gestante se queixar de dor ao urinar, sangue na urina ou urina cor de coca cola acompanhada ou não de febre, orientar a procurar a UBS imediatamente.</p>
Dor Lombar ou nas Costa	<p>Orientar correção de postura ao sentar-se e ao andar;</p> <p>Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis;</p> <p>Aplicação de calor local para alívio do desconforto.</p>
Sialorréia – salivação excessiva	<p>Sintoma comum no início da gestação;</p> <p>Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância para evitar desidratação.</p>
Estrias	<p>São resultados da distensão dos tecidos e não existe um método realmente eficaz de prevenção. O uso de óleos corporais podem ter algum efeito preventivo.</p>

- Os Sinais e sintomas de risco são:

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

Alimentação e a gestação

É mito o fato de que durante a gestação a mulher precisa comer por dois, mas é verdade que ela precisa ter mais atenção e cuidado na escolha dos alimentos. A gestante deve comer alimentos coloridos, saudáveis, frescos, limpos e na quantidade suficiente. O ACS deve orientar a gestante sobre:

- Comer no mínimo seis vezes ao dia, em menores quantidades: café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia. Não pular as refeições;
- Tomar dois litros de água por dia ou mais, de preferência entre as refeições;
- Consumir fígado ou miúdos, no mínimo uma vez por semana, para a prevenção da anemia. Fígado é uma importante fonte de ferro e vitamina A. Lembrar que todas as carnes devem ser bem cozidas e os utensílios para o seu preparo devem estar limpos;
- Após as refeições, a gestante deve ingerir meio copo de suco natural de fruta ou uma fruta;
- No mínimo três vezes por semana consumir alimentos ricos em vitamina A, que são os alimentos amarelos, alaranjados ou verde-escuros, tais como: folhas (couve, mostarda, agrião, espinafre), cenoura, mamão, moranga e abóbora;
- Consumir uma porção (tamanho de uma concha) de leguminosas (feijão, lentilha, grão-de-bico) todos os dias;
- Evitar comer doces, balas, refrigerantes, alimentos gordurosos e salgados e frituras, para evitar o ganho de peso excessivo;
- Usar adoçantes somente com recomendação médica;
- A gestante deve comer alimentos ricos em fibras, encontradas nas frutas, verduras e cereais, pois são importantes para o aumento do bolo fecal (fezes), e aumentar o consumo de água/líquidos, para ajudar na eliminação das fezes;
- Não fumar, pois o fumo pode causar descolamento de placenta, parto prematuro e o bebê pode nascer com baixo peso, alguns defeitos na formação da boca e nariz ou até mesmo aborto;
- Não ingerir bebidas alcoólicas, pois pode causar consequências prejudiciais ao bebê, afetando a formação dos olhos, nariz, coração e do sistema nervoso central acompanhada de retardo de crescimento e mental;
- Comer os alimentos logo após o preparo. As sobras devem ser guardadas em lugar fresco ou geladeira, sempre cobertas;
- A vasilha onde se guarda a água deve estar tampada;
- Fazer uso de medicamento de qualquer natureza somente com orientação médica.

Principais vitaminas no período da gestação:

VITAMINAS	PRINCIPAIS ALIMENTOS	BENEFÍCIOS À SAUDE DA GESTANTE E DO BEBÊ
A	Abóbora, verduras escuras, gema de ovo, leite integral, fígado, manga, caqui, tomate, mamão, cenoura.	Ajuda a prevenir infecções. Protege a visão. Ajuda no crescimento do bebê.
B	Arroz integral, legumes, fígado, leite, ovos, queijo, carne de músculo, frango, peixe.	Favorece o desenvolvimento físico do corpo. Protege o sistema nervoso.
C	Laranja, limão, abacaxi, caju, mamão, acerola, verduras cruas, folhas verde-escuras, pimentão.	Ajuda a evitar as infecções e sangramento nas gengivas. Ajuda na cicatrização de feridas. Aumenta a absorção do ferro presente nos alimentos.
E	Óleos vegetais.	Fortalecimento dos músculos e de outros tecidos do corpo.

- Principais nutrientes no período de gestação:

SAIS MINERAIS	PRINCIPAIS ALIMENTOS	BENEFÍCIOS À SAUDE DA GESTANTE E DO BEBÊ
Ferro	Fígado, coração, peixes, ovos, carne de gado, aves, vegetais verde-escuros, feijão.	Previne a anemia. Ajuda a levar oxigênio para o bebê, por meio do sangue da mãe. A mãe tem um maior aproveitamento do ferro quando comer na mesma refeição alimentos ricos em vitamina C e A.
Cálcio	Leite e derivados do leite (queijo, iogurte, etc).	Ajuda a formar e manter ossos e dentes fortes.
Iodo	Sal iodado de cozinha, peixes, mariscos.	Ajuda no desenvolvimento físico e mental do bebê.

A gestante deve ganhar peso necessário para garantir boas condições para o parto e para a vida do bebê que vai nascer. O ganho de peso não deve ser baixo e nem muito grande. A mulher que não tem complicações na gestação é importante ser ativa, movimentar-se pelo menos 30 minutos todos os dias. Você pode orientar que ela faça caminhadas pelo bairro, evitando ficar muitas horas parada, por exemplo, assistindo à televisão.

-Higiene e conforto na gestação:

A melhor forma de tomar banho é com água corrente de chuveiro, bica ou caneca. Evitar tomar banho sentada em bacias e não fazer duchas dentro da vagina, pois podem levar micróbios da vagina até o útero, podendo prejudicar a saúde do bebê. É importante que ela use roupas limpas e confortáveis e, se possível, sutiã com alças largas e com boa sustentabilidade, para que as mamas fiquem apoiadas. É recomendado evitar meias com elástico muito apertado, que podem causar varizes e sensação de desconforto. Usar sapatos baixos e confortáveis. Caso tenha dor lombar, poderá utilizar saltos baixos.

-Higiene bucal da gestante:

Pelas alterações que ocorrem no corpo da mulher e pelas mudanças na forma de se alimentar na gestação, isso pode comprometer sua saúde bucal. Por esse motivo, a gestante deve ser orientada a cuidar com mais atenção da higiene da boca. As alterações hormonais nessa fase reprodutiva da mulher podem acarretar o aparecimento de doenças gengivais e sua evolução pode ocasionar até o parto prematuro. É importante que seja realizada a higiene dental diária, sempre após a alimentação e antes de dormir.

- Escovar os dentes e a língua, massageando com a escova a gengiva, após cada vez que se alimentar, -inclusive quando comer lanches;
- 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;
- Fazer o acompanhamento odontológico durante o pré-natal.

- Sinais de alerta para encaminhamento para a UBS:

- Sangramento nas gengivas;
- Dor e sangramento na escovação;
- Feridas na língua, bochecha e lábios;
- Dentes ou dentaduras quebradas ou mal adaptadas.

Preparando para o parto e puerpério

É função do ACS preparar a gestante para o seu parto. Caso ela tenha outros filhos, perguntar com quem eles ficarão e quem a levará ao hospital. Não se esquecer de orientar para levar o cartão da gestante e um documento de identificação, que pode ser: a carteira de identidade ou de trabalho ou certidão de casamento ou nascimento. Arrumar previamente as roupas da gestante e do bebê para levar ao hospital.

- Sinais de trabalho de parto:

- Perda pela vagina de líquido parecido com “catarro” de cor clara, às vezes pode ter um pouco de sangue, pode acontecer mais ou menos com 15 dias antes do parto;
- Dor nas costas e que vai para a parte de baixo da barriga;
- Perda de líquido pela vagina, o que significa o rompimento da bolsa;
- Dores na barriga, que fica dura e depois relaxa (contrações do útero).

Quando essas contrações acontecerem na frequência de mais de uma vez a cada 10 minutos, é momento de ir para o hospital. Se uma gestante de sua área realizar o parto em casa, oriente a procurar o serviço de saúde o mais breve possível, para avaliação geral da criança, vacinas e outros procedimentos. É muito importante observar se em sua comunidade os partos costumam ser realizados em casa e/ou por parteiras. Nesses casos é necessário reconhecer as parteiras tradicionais como parceiras, respeitando suas práticas e saberes. Nesses casos deve-se ter atenção especial para algumas questões:

- Fazer o cadastro da parteira para que a equipe saiba quem desenvolve partos na comunidade;
- Informar sobre o Registro Civil da parteira e combinar para que ela auxilie a incentivar o Registro Civil na comunidade;
- Utilizar medidas de auto cuidado da parteira, tais como vacinação, uso de equipamento individual de proteção e informar sobre os riscos de realizar parto em gestantes que não fizeram pré-natal;
- Verificar se a parteira já tem material para o parto (kit parteiras), verificando se ele é esterilizado. Em alguns casos, a própria UBS pode realizar a esterilização;
- Incentivar para a parteira participar de ações de planejamento (previsão de insumos e esterilização) e de educação em saúde com a comunidade;
- A situação vacinal de antitetânica da gestante;
- Orientar sobre os serviços de referência e como acessá-los em situação de urgência;
- Ter atenção para o atendimento higiênico ao parto, para o uso de material estéril para o corte e clampamento (estancamento do sangue) do cordão umbilical e do curativo do coto umbilical com solução de álcool a 70%.
- Conhecer se na cultura de sua população são utilizadas substâncias ou utensílios que possam causar infecção no bebê, tais como tesouras ou facas enferrujadas.

Puerpério

O puerpério é o período do nascimento do bebê até 45 dias após o parto. O ACS deve fazer as seguintes orientações à puérpera:

- Ela deve retornar ao hospital na ocorrência de sinais de infecção: febre, dor, sangramento;
- Deve realizar duas consultas até o 42º dia após o parto;
- Ser estimulada para amamentar o bebê, caso não haja contraindicação;
- Levar o recém-nascido para iniciar a puericultura na UBS;
- Orientar para o início do esquema vacinal da criança (BCG, hepatite B) e, se for o caso, para completar o esquema vacinal da mãe (dT e rubéola);
- Orientar a realização do teste do pezinho, orelhinha e olhinho;
- Não colocar objetos no coto umbilical. Exs.: café, moeda, cinzas, fumo, plantas. Isso pode ocasionar o tétano neonatal, uma doença grave que, frequentemente ocasiona a morte da criança!

Amamentação

Amamentar é um ato de entrega, onde a mulher precisa estar disposta a se entregar. As orientações relacionadas à amamentação devem ser iniciadas durante o pré-natal. A amamentação deve ser exclusiva até o sexto mês de vida. Ou seja, a criança deve receber somente o leite materno até o sexto mês de vida. A partir dos seis meses, outros alimentos devem ser oferecidos e a criança pode receber o leite materno até dois anos de idade ou mais. O leite materno é um alimento completo que atende a todas as necessidades do organismo da criança e a protege contra infecções.

- Vantagens da amamentação:

- O leite materno é o alimento mais completo que existe para o bebê. Possui substâncias nutritivas e de defesa. Por isso, não há necessidade de completar com outros leites, mingaus, água, chás ou sucos até os seis meses de vida.
- NÃO EXISTE LEITE MATERNO FRACO!;
- Evita mortes infantis;
- Protege o bebê contra muitas doenças, como a diarreia, alergias e infecção respiratória;
- Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes na infância, na adolescência, na vida adulta e na terceira idade;
- Previne o excesso de peso;
- É de fácil digestão e não sobrecarrega o intestino e os rins do bebê;
- O leite materno é livre de micróbios, é prático (não precisa ferver, coar, dissolver ou esfriar) e ainda é de graça;
- Transmite amor e carinho, fortalecendo os laços afetivos de mãe e filho. Bebê que mama no peito se sente mais amado e seguro;
- Evita problemas nos dentes e na fala, diminui o surgimento da cárie;
- A amamentação diminui as chances de a mãe ter câncer de mama e de ovário.

É importante informar a gestante que o tipo de bico do peito (mamilo) não impede a amamentação, pois para fazer uma boa pega o bebê tem que abocanhar uma parte maior da mama (aréola), e não somente o bico. Chupetas, bicos artificiais e mamadeiras podem prejudicar a pega do bebê ao seio da mãe, além de causar problemas na formação oral do bebê (fala, dentição, deglutição). As famílias (mãe, pai, avós e demais pessoas influentes no cuidado da criança) devem ser orientadas a respeito desses aspectos.

O primeiro leite produzido depois que o bebê nasce é o colostro, que pode ser claro ou amarelo, grosso ou ralo, e deve ser dado ao bebê logo após o nascimento, esse leite é rico em fatores de proteção. No início da mamada, o leite é mais ralo, pois tem mais água, açúcar e substâncias que protegem o bebê e, no final da mamada, fica mais amarelo, pois é mais rico em gordura. É importante que o bebê esvazie totalmente um peito para depois dar o outro. A mamada seguinte deve ser iniciada no peito que terminou a última mamada. A amamentação deve ser em livre demanda, ou seja, sem restringir o número de mamadas ou horários fixos para amamentar e sem determinar o tempo em que o bebê suga em cada mama. Os pontos-chave para saber se a posição e pega estão adequadas são:

- Posição adequada para a mamada:

- Rosto do bebê de frente para a mama;
- Corpo do bebê próximo ao da mãe;
- Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido) na posição “barriga com barriga” (barriga da criança em contato com a barriga da mãe”;
- Bebê bem apoiado.
- - Para uma pega adequada:
- Mais aréola visível acima da boca do bebê;
- Boca bem aberta;
- Lábio inferior virado para fora;
- Queixo tocando a mama.

O bebê chora 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.

Orientações gerais:

- A mãe deve tomar bastante líquido;
 - Consumir com moderação café e outros produtos com cafeína;
 - Simpatias não alteram a qualidade e quantidade do leite;
 - Quanto mais o bebê suga mais leite será produzido;
 - Não há necessidade de dar água, chás ou leite (industrializado) entre as mamadas;
 - Para evitar rachaduras nos peitos, 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;
 - O bebê deve mamar sempre que quiser, para evitar que o leite empedre. Por várias vezes, apalpe os peitos 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;
 - Qualquer queixa mamária a mulher deve ser orientada a buscar atendimento na UBS.
-
- Só utilizar compressas caso receba orientações do profissional da equipe de saúde.

- Cuidados que a mãe deve ter na hora de amamentar:
 - Lavar bem as mãos;
 - Dar de mamar em um lugar tranquilo e confortável;
 - O peito não precisa de limpeza antes ou após as mamadas.
 - O banho diário é suficiente;
 - Depois que o bebê terminar de mamar, deve ser colocado para arrotar.

Mesmo se após as orientações, a mãe informar que persistem as dificuldades quanto à amamentação, ela deve ser encaminhada a UBS.

Como doar o leite materno?

Algumas mulheres, quando estão amamentando, produzem um volume de leite além da necessidade do bebê, o que possibilita que sejam doadoras de um Banco de Leite Humano. O leite materno doado passa por um processo de pasteurização, para eliminar os micro-organismos, sem alterar a qualidade do leite e, em seguida, ser distribuído com qualidade certificada aos bebês internados em unidades neonatais. Ao retirar o leite, é importante que a mulher siga algumas recomendações que fazem parte da garantia de qualidade do leite humano distribuído aos bebês hospitalizados:

- É aconselhável fazer massagens circulares nas mamas;
- É ideal que o leite seja retirado de forma manual;
- Colocar os dedos polegar e indicador no local onde começa a aréola;
- Comprimir suavemente um dedo contra o outro para que o leite comece a sair;
- Jogar fora o primeiro jato e, em seguida, deixar o leite cair no frasco esterilizado.
- O leite retirado em frasco esterilizado ou fervido deve ser imediatamente armazenado no freezer ou congelador.

Existem situações em que o aleitamento materno é contraindicado, por exemplo, se a mãe for portadora do vírus HIV/Aids. Há outras doenças que também contraindicam. Informe-se com os profissionais da Unidade Básica de Saúde quais são essas situações.

Alguns bancos de leite trabalham com coleta domiciliar. Informe-se na sua Unidade Básica de Saúde se há Banco de Leite Humano no seu município.

REFERÊNCIAS

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).

PORTAL DA SAÚDE. Acompanhamento pré-natal garante gravidez mais segura. Acesso em: 9 jan 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>



ATIVIDADE XIII

ESTUDO DE CASO

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Refletir sobre os procedimentos realizados no atendimento à gestante e a criança;
- Desenvolver senso crítico quanto a importância da ESF possuir um bom atendimento à comunidade.

Material

- Estudo de caso: “Dona Maria Bonita e seu bebê”.

Desenvolvimento

- Forme grupos por Equipe de Saúde da Família.
- Faça a leitura do Estudo de Caso: “Dona Maria Bonita e o seu bebê”, identifique os problemas e as falhas da Equipe em relação ao acompanhamento daquela família, em especial à criança;
- Reflita e escreva como seria o atendimento a Dona Maria Bonita e ao recém-nascido, tomando como base a realidade da sua Equipe da Saúde da Família;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

CASO MARIA BONITA E SEU BEBÊ

Maria Bonita, doméstica, moradora da cidade Lindolândia. Grávida pela quarta vez, iniciou o pré-natal no final do 3º mês de gestação, logo após a visita da ACS que a orientou procurar a UBS.

Na primeira consulta ao médico da ESF, estava tudo bem com a mãe e o bebê. Foram solicitados os exames de rotina de pré-natal. Na segunda consulta, quando retornou para levar os exames, o doutor relatou que estava tudo normal.

Dona Maria frequentou regularmente a consulta até no 6º mês de gestação. Mas, como morava longe da UBS e estava com a barriga pesada, deixou de ir às consultas de pré-natal.

Após 45 dias da última consulta, Maria Bonita começou a sentir dores de cabeça, inchaço nas pernas e na face. Procurou a unidade de saúde e ficou sabendo que sua pressão estava alta - 150/100mmHg. Foi recomendado repouso e retorno no dia seguinte, para verificar novamente a pressão. Caso fosse confirmado que a pressão estava alta seria encaminhada ao ginecologista de referência. Como Maria Bonita não tinha com quem deixar as outras crianças que eram pequenas, não compareceu à UBS. Após dois dias sem dormir direito à noite por causa das dores de cabeça e tonteira seu companheiro levou-a ao hospital. Ao chegar ao hospital, a equipe verificou que sua pressão estava muito alta PA 190/110 mmHg. Maria Bonita apresentou crise convulsiva. Foi diagnosticado pré-eclâmpsia e ela ficou internada até estabilizar a pressão e o quadro de sangramento. Após a estabilização do quadro, a equipe que atendia Maria Bonita optou pela indução do parto.

Maria Bonita teve parto normal, com nascimento de RN do sexo feminino pesando 1800 gramas. A criança ficou internada por 1 semana e recebeu alta hospitalar pesando 2050gr.

Já em casa, cansada e abatida, Maria Bonita tenta prosseguir amamentando no peito, mas acha que o leite está fraco e, então, complementa com mingau de água e fubá.

Após a primeira semana do bebê em casa, Maria Bonita percebeu vermelhidão e um pouco de inchaço no umbigo de sua criança e decidiu colocar emplastro de ervas no local.

No 12º dia de vida, seu bebê fica muito irritado e choroso. Maria Bonita coloca a mão sobre a testa dele e sente que está muito quente. Percebe também que aumentou a vermelhidão do umbigo do seu bebê. Como tinha costume de dar antitérmico para os outros filhos deu algumas gotinhas para ele.

Dois dias depois a ACS, em visita de rotina naquela região, é informada pela vizinha de Maria Bonita sobre o nascimento da criança. A ACS surpreende-se por não ter tido conhecimento antes. Maria Bonita foi orientada a procurar a UBS imediatamente, pois, a criança encontrava-se prostrada. e ainda não tinha cartão de vacina.



ATIVIDADE XIV

O PAPEL DO ACS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA

.....

Tempo estimado: 40 minutos

Objetivo

- Refletir sobre as ações do ACS na promoção da saúde da criança.

Material

- Texto de Apoio: “A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde da criança”.

Desenvolvimento

- Siga as instruções dos Docentes;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde da criança”;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

A AÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DA SAÚDE DA CRIANÇA

O acompanhamento de crianças é uma etapa fundamental e prioritária do trabalho do ACS. Ele vai acompanhar todas as crianças de sua área de atuação, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção à saúde.

Entre as ações de prevenção das doenças e promoção à saúde, estão:

- O incentivo ao cumprimento do calendário vacinal;
- A busca ativa dos faltosos às vacinas e consultas;
- A prevenção de acidentes na infância;
- O incentivo ao aleitamento materno, que é uma das estratégias mais eficazes para redução da morbimortalidade (adoecimento e morte) infantil, possibilitando um grande impacto na saúde da criança.

Os problemas que surgem durante a infância são responsáveis por graves consequências para os indivíduos, e a atuação do ACS certamente contribuirá para minimizar o aparecimento desses problemas. A seguir orientações que devem ser dadas durante a visita domiciliar às famílias onde há crianças:

- Crianças recém-nascidas (0 a 28 dias), verificar:

- Os dados de identificação do nascimento por meio da caderneta da criança;
- Se já foi feito o teste do pezinho;
- Se já foram realizadas as vacinas – BCG, hepatite B;

- Se a criança está evacuando regularmente;
- Os cuidados com o coto umbilical;
- A presença de sinais comuns em recém-nascidos (na pele, na cabeça, no tórax, no abdome e genitálias), regurgitação, soluços, espirros;
- Higiene do corpo, higiene da boca, presença de assaduras, frequência das trocas de fraldas;
- A alimentação – aleitamento materno exclusivo ou outro tipo e identificar eventuais dificuldades em relação ao aleitamento;
- Sono, choro;
- Agendamento da consulta de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS).
- - Para todas as crianças:
- Observar o relacionamento da mãe, dos pais ou da pessoa que cuida da criança, avaliando, entre outros, cuidados realizados com a criança, o banho, a alimentação (inclusive mamadas), as trocas de fraldas;
- Solicitar a Certidão de Nascimento;
- Verificar o grau de escolaridade da mãe;
- Solicitar a caderneta da criança e verificar: esquema de vacinação, crescimento e desenvolvimento;
- Observar sinais de risco;
- Observar sinais indicativos de violência;
- Reforçar as orientações feitas pela UBS;
- Verificar se a família está inscrita no Programa Bolsa-Família.

A criança no primeiro mês de vida

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

Características físicas do recém-nascido

Os bebês nascem vermelhinhos, amassados, inchados, alguns com a cabeça pontuda, o nariz achatado e os olhos “vesgos”. Essas características são normais neles e somem até o primeiro ano de vida. Algumas marcas podem aparecer na pele resultantes do trabalho de parto, independentemente da habilidade da pessoa que fez o parto. Não é o caso de se preocupar, pois elas vão desaparecer com o tempo.

- Por que o peso é tão importante?

Por que o peso ao nascer pode ser um indicativo de algum problema de saúde durante a gestação. Normalmente os bebês nascem com peso entre 2,5 a 4 Kg e sua altura fica entre 47 e 54 centímetros.

Depois o peso e a altura vão marcar o início do crescimento do bebê, agora fora da barriga da mãe.

Aqueles que nascem com menos de 2,5 kg têm maiores riscos de apresentar problemas. Podem ser prematuros, que nasceram antes da hora. Podem também ser crianças que por diversas razões, como desnutrição da mãe, infecções da mãe durante a gravidez, mãe fumante durante a gravidez ou por outras razões, nasceram no tempo certo, mas com baixo peso. Por outro lado, não podemos nos esquecer dos bebês que nasceram acima de 4 kg, que pode ser um indicativo de mãe que apresentou diabetes gestacional. Todos esses bebês precisam ser acompanhados com mais frequência pelo ACS e pelos demais profissionais da UBS, pois geralmente precisam de cuidados especiais.

- Perda de peso natural

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

- Pele:

A pele do recém-nascido é avermelhada e recoberta por uma camada de gordura, que serve de proteção e aumenta sua resistência a infecções. É delicada e fina, então é preciso ter muito cuidado com a higiene.

- Podem ter pelos finos e longos nas costas, orelhas e rosto, que desaparecem após uma semana do nascimento;

- Podem aparecer alguns pontinhos no nariz como se fossem pequenas espinhas, que não se deve espremer, pois podem inflamar. Eles desaparecem em cerca de um ou dois meses;
- Podem apresentar manchas avermelhadas espalhadas pelo corpo, que é uma reação da pele ao ambiente, e também logo desaparecem;
- Se o bebê apresentar coloração amarelada em qualquer intensidade, orientar para procurar a UBS, porque pode ser “icterícia”.

- Cabeça:

A cabeça do recém-nascido sofre pressão intensa durante o trabalho de parto, que, às vezes, adquire uma forma diferente do normal. O bebê pode ainda nascer com o rosto inchado e com manchas. São alterações que desaparecem em poucos dias.

O bebê pode apresentar um inchaço no couro cabeludo, como uma bolha, devido à compressão da cabeça para dilatar o colo do útero. Quando o parto é natural, é comum isso acontecer com o bebê.

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

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

A criança pode nascer com dentes, que geralmente não tem o formato de um dente normal. Não se deve tentar tirá-los, e sim encaminhar o bebê para o dentista na UBS.

- Tórax e abdomen:

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

- Genitais:

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

- Funcionamento intestinal:

Nas primeiras 24 horas de vida, os recém-nascidos eliminam o mecônio (que é 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.

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.

Se o bebê está mamando só no peito e fica alguns dias sem evacuar, não se deve dar frutas, laxantes ou chás. É importante orientar a mãe que nesse período não se trata de doença, procurando tranquilizá-la.

- Urina:

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

- Sono:

Na primeira semana, o recém-nascido dorme de 15 a 20 horas por dia, porém alguns não dormem entre as mamadas, ficando acordados por várias horas.

Para que o bebê não troque o dia pela noite, é importante lembrar da luminosidade. É fundamental proporcionar um ambiente claro e arejado durante o dia, e escuro e acolhedor durante a noite.

Um recém-nascido, durante seu primeiro mês de vida, passa a maior parte do tempo dormindo. Muitos estudos afirmam que em média um bebê dorme um mínimo de 12 horas e um máximo de 20 horas diárias.

É possível dar um ritmo ao sono do bebê? Durante o primeiro mês é muito difícil, mas com o tempo o sono durante a noite se torna predominante. Muitas vezes, porém, pode acontecer de o bebê trocar a noite pelo dia.

O ACS pode orientar os familiares a manter as janelas abertas para que o bebê possa perceber a claridade do dia, não diminuir os barulhos costumeiros da casa, mantê-lo brincando, conversando, chamando sua atenção e à noite fazer o contrário. Orientar os familiares a levar o bebê para o berço somente à noite e evitar acender as luzes para não distraí-lo.

- Choro:

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

O bebê se comunica pelo choro sempre que se sentir desconfortável ou estiver com fome, sede, frio, fralda molhada, roupa apertada, coceira, cólica ou irritação por excesso de barulho. Não usar medicamentos para evitar o choro. Certamente, um “remédio” sempre útil é 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 logo 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 numa porção de motivos, até acertar a causa.

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

- Fome: o bebê chora muito, nenhum carinho consegue acalmá-lo e já se passaram algumas horas da última mamada: é fome. Ele só se tranquilizará depois que estiver satisfeito.
- Desconforto: o bebê fica incomodado quando sua fralda está molhada. Além disso, a cólica, o calor e o frio são também situações de desconforto.
- Dor: nos primeiros meses são normais as cólicas provocadas porque engole ar durante as mamadas. O choro de dor é agudo, inconsolável e repentino. Algumas medidas podem ajudar a acalmar a dor, como massagens na barriga, movimentar as pernas em direção ao corpo e encostar a barriga do bebê na barriga da mãe.
- Solidão: o bebê gosta de companhia e ao sentir a falta da mãe ele chora muito. Ela deve pegá-lo no colo, dar carinho e atenção. Você pode orientar que ele chora não por um capricho, mas por uma necessidade de aconchego e carinho.
- 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. E 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. O ACS 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:

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 ACS deve orientar para que a mãe e familiares não confundam a necessidade de sugar, que melhora por um tempo as cólicas, com a fome. Orientar ainda a não usar medicamentos sem orientação da equipe de saúde, pois podem ser perigosos para o bebê, por conter substâncias que podem causar sonolência.

Para aliviar as cólicas por alguns momentos, orientar para fazer massagens na barriga no sentido dos ponteiros do relógio e movimentar as pernas em direção à barriga. Fazer compressas secas e mornas, aconchegar o bebê no colo da mãe também podem ajudar a acalmar a dor.

- Regurgitação:

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

- Soluços e espirros:

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

- Hidratação:

As crianças amamentadas exclusivamente no seio não necessitam de água, chás, sucos ou outros leites que não o do peito nos intervalos das mamadas.

Quando a criança estiver tomando mamadeira, oferecer nos intervalos água filtrada e fervida.

Orientações a serem dadas sobre os cuidados com o bebê

- No banho:

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

- Na troca de fraldas:

- A cada troca de fraldas, limpar 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.

Uma medida que pode ajudar a melhorar a assadura é deixar o bebê sem fraldas para tomar banho de sol, até as 10 horas da manhã e após as 16 horas, por cinco minutos. O sol tem uma ação de matar os micro-organismos e ajuda a proteger a pele da irritação provocada pelo contato da urina e das fezes.

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

- Com o umbigo:

O coto umbilical cairá espontaneamente entre o 5º e o 14º dia de vida. Alguns recém-nascidos apresentam um umbigo grosso e gelatinoso, que poderá retardar sua queda até em torno de 25 dias. Pode ocorrer discreto sangramento após

a queda do coto umbilical, que não requer cuidados especiais. Os cuidados com o coto umbilical são importantes para evitar infecções:

- A limpeza deve ser diária durante o banho e deixar sempre seco.
- Não se devem usar as faixas ou esparadrapos, pois não deixam o umbigo secar, além de dificultar a respiração do bebê.
- Também não se deve colocar no local ervas, fumo, frutas, moedas ou qualquer outro objeto.
- Se observar o aparecimento de secreção, sangue ou cheiro desagradável no coto umbilical, é preciso orientar que a mãe leve o bebê à UBS.

- **Hérnia umbilical:**

É uma alteração na cicatriz umbilical. Após a queda do coto umbilical, quando o bebê chora, é possível ver que o umbigo fica estufado. Orientar a não usar faixas, esparadrapos ou colocar moedas, pois não têm nenhum efeito e podem dificultar a respiração do bebê ou causar irritação na pele. Na grande maioria dos casos a hérnia umbilical regride naturalmente sem necessidade de qualquer intervenção. De qualquer forma, deve-se orientar para procurar a UBS para avaliação.

- **Hérnia inguinal:**

É uma bola que aparece na virilha, principalmente quando o bebê chora. Caso seja confirmada a presença da hérnia, o tratamento é cirúrgico e você deve orientar para procurar a UBS.

- Outros cuidados:

A higiene do ambiente, das roupas, dos objetos usados pelo bebê é muito importante, considerando que ele tem poucas defesas e pode ter infecções. É preciso, então, orientar para que as pessoas tenham o entendimento da relação da sujeira com a presença de micro-organismos causadores de doenças. Quem cuida do bebê deve lavar bem as mãos, com água e sabão, antes e depois de cada cuidado.

As roupas e fraldas devem ser bem lavadas, enxaguadas e, sempre que possível, colocadas ao sol para secar e devem ser passadas com ferro quente. Orientar para lavá-las com sabão neutro e evitar o uso de amaciantes.

Ao perceber as condições de vida da família na visita domiciliar, o ACS pode verificar a possibilidade de deixar a casa mais arejada e iluminada.

É importante estudar em conjunto com a família formas de diminuir a poeira e fumaça (fogões à lenha e cigarros) dentro da casa.

Nos locais onde há malária, filariose, dengue, febre amarela e doença de Chagas, é necessário o uso de mosquiteiros. Sua orientação e ação também podem ser complementadas pelas do agente de controle de endemias.

Triagem neonatal

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

- **Teste do pezinho**

O ACS deve orientar a sua realização no quinto dia de vida do bebê.

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

- **Teste da orelhinha**

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

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

- **Teste do olhinho**


Também conhecido como exame do reflexo vermelho, ele pode detectar diversos problemas nos olhos, o mais importante é a catarata congênita.

Deve ser realizado de preferência ainda na maternidade, mas pode ser feito na UBS pelo médico treinado, nos três primeiros anos de vida.(...)

REFERÊNCIAS

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

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



ATIVIDADE XV

PAPEL DO ACS NA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO

Tempo estimado: 50 minutos

Objetivo

- Identificar junto à Equipe as atribuições do ACS referentes à saúde bucal.

Material

- Papel A4.
- Texto de Apoio: “Saúde bucal da Criança”.

Desenvolvimento

- Siga as orientações do Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Saúde bucal da criança”;
- Participe da discussão junto com o Docente e colegas;
- Socializa suas ideias;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA

Desde os primeiros dias de vida, a adoção de cuidados com a saúde bucal deve ser estimulada e motivada pelos profissionais da equipe de saúde. A prática de hábitos de vida saudáveis irá prevenir o aparecimento de doenças bucais na primeira infância, repercutindo na promoção à saúde para toda a vida.

Nesse primeiro momento, deve-se ouvir a família e observar o comportamento do recém-nascido. Orientar as dúvidas que os pais e os familiares tiverem, como: aleitamento materno; uso de bicos e chupetas; sucção digital (chupar o dedo); higiene bucal; uso de creme dental; alimentação; e manifestações mais frequentes.

- Dentição de leite

Durante a vida possuímos dois tipos diferentes de dentição: a de leite e a permanente. Os dentes de leite aparecem por volta dos seis meses de vida. Geralmente os dentes inferiores surgem primeiro que os superiores e sempre aparecem aos pares, um esquerdo e outro direito.

Para que servem os dentes de leite?

- Mastigar;

- Falar;
- Sorrir;
- Guiar os dentes permanentes para nascerem;
- Guardar o lugar dos dentes permanentes;
- Ajudar no desenvolvimento da arcada dentária, através do exercício físico propiciado pela mastigação;
- Iniciar a aprendizagem da higiene bucal.
- Os dentes de leite são em número de 20:
- Oito incisivos: ficam na frente, sendo tanto superior quanto inferior;
- Quatro caninos: ao lado dos incisivos;
- Oito molares: ficam atrás dos caninos, no fundo da boca.
- Os dentes de leite devem ser bem cuidados, para que possamos ter os permanentes saudáveis.

- Higiene bucal

Os bons hábitos alimentares e de higiene bucal na família irão interferir no comportamento das crianças. Por essa razão, o ACS deve orientar a família nos cuidados da higiene bucal e ainda na mudança de alguns hábitos alimentares, como a redução do uso do açúcar no leite, em sucos ou chás.

A limpeza da cavidade bucal deve ser iniciada antes mesmo da erupção dos dentes. Deve-se orientar a utilização de um tecido limpo (gaze ou fralda) umedecido em água filtrada ou fervida, mas em temperatura ambiente, massageado suavemente a gengiva. Além de higienizar a cavidade bucal, esse procedimento tem o objetivo de condicionar o bebê à adoção de hábitos saudáveis futuramente.

- Escovação:

Com o aparecimento do primeiro dente, inicia-se a fase do uso da escova dental, que deverá ser de cabeça pequena e as cerdas arredondadas e macias, mas sem a pasta de dente. O creme dental com flúor só deverá ser utilizado quando a criança souber cuspir completamente o seu excesso.

Criança que ainda não sabe cuspir não deve usar pasta de dente com flúor, pois ela pode engolir essa pasta e vir a ter um problema conhecido como fluorose, que é o aparecimento de manchas esbranquiçadas e/ou má formação dentária. Seguir as recomendações da equipe de Saúde Bucal quanto à quantidade segura de creme dental para a criança e a frequência de escovação, pois isso é fundamental para prevenir a cárie precoce e a fluorose.

Até que a criança adquira coordenação motora, o cuidado com sua higiene bucal deverá ser delegado aos seus pais ou responsáveis.

- Fio dental:

O uso do fio dental é tão importante quanto o uso da escova de dente. Ele garante a retirada dos restos de alimentos entre os dentes e da placa bacteriana. O seu uso deve ser estimulado na medida em que a criança for crescendo e iniciado assim que se estabelecer o espaço entre dois dentes.

Em relação à saúde bucal o ACS deve ainda reforçar a importância de uma alimentação saudável, sem açúcar. Incentivar o consumo de frutas, legumes e verduras e evitar alimentos industrializados (refrigerantes, bolachas, salgadinhos, balas, doces, chocolates).

Orientar a mãe, o pai ou quem cuida da criança para ir regularmente ao serviço de saúde para avaliação e prevenção de cárie.

Informações importantes sobre a saúde bucal:

O QUE OBSERVAR	POR QUE?	COMO ORIENTAR
A criança que mama no peito tem melhor desenvolvimento da fala, da respiração e da formação da dentição.	O movimento de sucção que a criança faz para mamar fortalece os músculos da face.	Estimular o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.
O uso de mamadeiras.	Deve desestimular o uso de mamadeiras: Seu uso prolongado faz com que a criança se acostume com uma alimentação mole e adocicada, recusando futuramente comer frutas e verduras, importantes para saúde bucal. O bebê exercita pouco os músculos da face, prejudicando o desenvolvimento dos músculos faciais. Se a mamadeira for mal lavada, há risco de contaminação do leite.	Orientar a mãe, o pai ou quem cuida da criança para utilizar um copinho em vez da mamadeira.
O QUE OBSERVAR	POR QUE?	COMO ORIENTAR
Mães que usam a mamadeira com um recurso para acalmar e adormecer a criança.	Esse hábito aumenta o risco de desenvolver cárie pelo acúmulo de leite na boca.	Orientar a mãe, o pai ou quem cuida da criança para não utilizar mamadeira.
Criança que vai dormir à noite sem a higienização da boca.	Quando a criança dorme, tem uma diminuição da saliva, reduzindo a proteção natural que ela exerce sobre os dentes, aumentando o risco de formação de cárie, também conhecida como cárie de mamadeira.	Orientar para limpar a boca, a gengiva e a língua com um tecido macio (gaze, fralda) umedecido em água filtrada ou fervida, fazendo movimentos suaves. A limpeza da boca é fundamental à noite, mas também deve ser feita após cada mamada.
Uso contínuo de chupeta.	Afeta o posicionamento dos dentes e língua, o que traz dificuldades para criança engolir a saliva, os alimentos e respirar pelo nariz corretamente.	Orientar para não dar chupeta à criança.

REFERÊNCIAS

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

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



ATIVIDADE XVI

PAPEL DO ACS NO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre as ações do ACS na promoção da saúde da criança.

Desenvolvimento

- Forme grupos;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança” por tópicos;
- Faça um síntese do tópico do Texto que seu grupo ficar responsável e apresente em plenário;

Grupo 1: Crescimento e Vacinas da criança;
Grupo 2: Orientações alimentar para a criança;
Grupo 3: Higiene pessoal e Obesidade;
Grupo 4: Doença Diarreica Aguda (DDA);
Grupo 5: Parasitose e Pneumonia;

- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente
- Esclareça suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Crescimento: É o aumento do corpo como um todo. A altura faz parte do crescimento, que é a medida em centímetros, e o peso, em quilogramas.

Desenvolvimento: É o amadurecimento das funções do corpo. É o que faz com que a criança aprenda a segurar objetos, relacionar sons e comportamentos, falar, andar, coordenar seus movimentos e ações, sentir, pensar e se relacionar com os outros e com o meio a sua volta.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança faz parte da consulta na UBS e também deve ser acompanhado pelo ACS durante a visita domiciliar. Um instrumento que auxilia no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é a Caderneta da Criança, por isso é tão importante que a mãe sempre leva a caderneta nas consultas da criança, assim é possível avaliar a história anterior da criança, comparando com os dados achados na consulta atual. Na visita domiciliar é importante observar como as mães lidam com seus filhos: se conversam com eles, se brincam. Não é necessário que ela fique o tempo todo em casa, mas é importante que quem a substituir possa ter tempo para conversar com a criança, mesmo durante os trabalhos de casa.

Caderneta de saúde da criança

A Caderneta de Saúde da Criança existe para acompanhar e avaliar o crescimento e desenvolvimento e a saúde da criança até os 10 anos. Existe uma caderneta para meninas e outra para meninos porque o seu crescimento é diferente. O ACS pode ter uma cópia da ficha vacinal e do gráfico de crescimento de cada criança, essa cópia é conhecida como cartão sombra ou cartão espelho. Isso lhe ajudará no acompanhamento sobre a saúde e o crescimento e desenvolvimento da criança, a cada visita.

Informações importantes a serem verificadas se constam na caderneta de saúde da criança

No Brasil, a Caderneta de Saúde da Criança é considerada um documento. Ela contém diversas instruções, entre elas: dados de identificação da criança, orientações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento, amamentação e calendário vacinal.

- Dados de identificação e do nascimento da criança:

- Nome completo da criança e dos pais;
- Local onde mora (não se esquecer de indicar um ponto que ajude a encontrar a casa da criança);
- Como nasceu: se em hospital, centro de parto natural ou em casa, com parteira; se foi parto normal ou cesárea; qual o peso e o comprimento; qual o APGAR (que varia de 0 a 10 e quanto mais alto melhores foram as condições do nascimento); qual o perímetro cefálico (que é a medida da cabeça da criança, que na maioria dos recém-nascidos fica entre 32 e 36 cm).

Gráficos de crescimento para a criança

- Interpretação dos gráficos de crescimento para crianças:

O estado nutricional, em todas as fases da vida, é avaliado a partir de dados de peso e altura. Para saber se a pessoa será classificada como saudável, é necessário que se façam comparações com uma referência baseada em uma população saudável. Uma das maneiras de realizar essa comparação é por meio de gráficos.

A Caderneta de Saúde da Criança apresenta gráficos para essa avaliação. As curvas de peso para idade, altura para idade e Índice de Massa Corporal (IMC) para idade mostram se o peso, a altura e o IMC da criança ou adolescente estão compatíveis com os valores de pessoas que se encontram na mesma idade. Para usar esses gráficos, algumas informações são necessárias, de acordo com o gráfico utilizado: peso, estatura, idade e sexo.

Os meninos têm gráficos na cor azul, enquanto as meninas têm gráficos na cor rosa. Fique atento também para o fato de que cada gráfico se destina a uma faixa etária diferente: alguns gráficos são para crianças menores de dois anos, outros para crianças entre dois e cinco anos incompletos e outros gráficos para crianças de cinco a dez anos de idade.

- Peso para idade:

Esse gráfico faz uma avaliação do peso de acordo com a idade da pessoa no momento da avaliação. Para utilizá-lo, o primeiro passo é pesar a criança ou adolescente. Depois disso, anote o valor do peso com a data. Além do peso, é necessário saber a idade da criança em anos e meses. É muito importante que meninos e meninas tenham os gráficos certos, já que o desenvolvimento e o crescimento são diferentes para os dois grupos. Com os valores de peso e idade nas mãos, basta lançá-los no gráfico.

Tanto as situações de muito baixo peso e baixo peso como os casos de peso elevado para idade devem ser encaminhados a sua equipe de saúde para consulta.

- Estatura para idade:

Esse gráfico faz uma avaliação da altura com a idade da pessoa no momento da avaliação. Para utilizar o gráfico, o primeiro passo é medir a altura da criança ou adolescente. Depois disso, anote o valor da altura com a data. Além da altura, é necessário saber a idade da criança em anos e meses. Crianças ou adolescentes que são classificados abaixo do ideal devem ser encaminhados para consulta com um profissional da equipe de saúde.

- IMC para a idade:

O IMC (Índice de Massa Corporal) avalia a proporção entre o peso e altura. Para utilizar o gráfico, o primeiro passo é medir a altura da criança ou adolescente; depois, deve-se obter o peso da pessoa no momento da avaliação. Anote o valor da altura e do peso com a data. Para essa avaliação, também é necessário saber a idade em anos e meses. Com os valores de altura e peso, calcule o IMC a partir da seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (em quilos)}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$$

Note que a medida do peso deve estar em quilogramas e a da altura em metros. Portanto, divida o valor do peso pelo quadrado da altura, isto é, a medida da altura multiplicada por ela mesma.

É muito importante estar sempre atento para a evolução do crescimento da criança. Se a linha de crescimento registrada no gráfico de crescimento estiver descendo ao longo dos atendimentos, trata-se de um sinal de alerta, já que a criança está se aproximando de uma situação de baixo peso por idade ou de baixa estatura por idade. Da mesma forma, caso uma criança apresente um contínuo ganho de peso e estiver se aproximando cada vez mais das linhas superiores do gráfico, o caso também requer uma atenção maior.

Atividades

Para acompanhar o desenvolvimento da criança, é preciso observar as atividades que a maioria delas é capaz de fazer nas diferentes idades. Procure ter acesso a essa parte da Caderneta, que o médico e a enfermeira preenchem.

Para as crianças com baixo ou muito baixo peso e elevado peso, é preciso conversar mais com os pais, para saber como é o dia a dia delas:

- Como brincam;
- Como se alimentam;
- Como está a curva de peso;
- Se tomam sol;
- Se brincam ao ar livre;
- Se ficam doentes com frequência;
- Quem toma conta;
- O que os pais e/ou cuidadores ensinam e conversam;
- Se tem acesso à água limpa e tratada;
- Se o quintal e a rua são limpos.

Essas crianças irão precisar de mais visitas domiciliares e deverão ser orientadas para procurar a UBS.

Vacinas da criança

- Esquema de vacinação da criança:

- A vacinação é uma importante ação para diminuir doenças e mortes por doenças infecciosas.
- O ACS deverá solicitar a Caderneta de Saúde da Criança e verificar o esquema vacinal. Lembrando que o esquema vacinal poderá ser alterado de tempos em tempos ou sofrer adaptações regionais. É necessário conversar sempre com o médico e a enfermeira da equipe para se manter atualizado sobre o esquema vacinal em seu município.

IDADE	VACINA	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG- ID	Dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina contra hepatite B	1ª dose	Hepatite B
2 meses	VORH (vacina oral de rotavírus humano)	1ª dose	Diarreia por rotavírus
	VOP (vacinal oral de pólio) Vacina pentavalente (DPT+HIB+HB)	1ª dose 1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil) Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas por Haemophilus influenza tipo b, Hepatite B
	Vacina pneumocócica 10	1ª dose	doenças invasivas e otite média aguda causadas por Streptococcus pneumoniae

IDADE	VACINA	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
3 meses	Vacina Meningocócica C	1ª dose	Meningite C
4 meses	VORH (vacina oral de rotavírus humano)	2ª dose	Diarreia por rotavírus
	VOP (vacinal oral de pólio)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina pentavalente (DPT+HIB+HB)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas por Haemophilus influenza tipo b, Hepatite B
	Vacina pneumocócica 10	2ª dose	doenças invasivas e otite média aguda causadas por Streptococcus pneumoniae
5 meses	Vacina Meningocócica C	2ª dose	Meningite C
6 meses	Vacina pentavalente (DPT+HIB+HB)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas por Haemophilus influenza tipo b, Hepatite B
	Vacina pneumocócica 10	3ª dose	doenças invasivas e otite média aguda causadas por Streptococcus pneumoniae
9 meses	Vacina contra febre amarela	Dose inicial	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, rubéola, caxumba
	Vacina Pneumocócica 10	Reforço	doenças invasivas e otite média aguda causadas por Streptococcus pneumoniae
15 meses	VOP (vacinal oral de pólio)	Reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DPT (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina Meningocócica C	Reforço	Meningite C
4 anos	SRC (tríplice viral)	Reforço	Sarampo, rubéola, caxumba
	DPT (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
10 anos	Vacina contra febre amarela	Reforço	Febre amarela

- Observações gerais:

Em relação à vacinação, o ACS deve orientar para procurar a UBS as crianças que:

- Não tiverem a marca (cicatriz) da vacina BCG no braço direito, após seis meses da aplicação da vacina;
- Não tiverem o registro da aplicação de qualquer uma das vacinas na Caderneta da Criança;

- Tiverem informações sobre aplicações de vacinas que não estejam registradas na Caderneta;
- Não compareceram no dia agendado pela UBS para a vacinação;
- Apresentarem qualquer queixa após a aplicação da vacina.

ATENÇÃO: as etapas de cicatrização da pele após a aplicação da vacina BCG:

- Em torno da segunda semana, palpa-se uma pequena área endurecida;
 - Da quinta à sexta semana, o centro da área endurecida começa a amolecer, formando uma crosta (casca);
 - Quando a crosta cai, deixa em seu local uma pequena lesão, que desaparece lentamente entre a 8ª e a 10ª semana.
- Em alguns casos, a cicatrização é mais demorada,
- podendo se prolongar até o quarto mês, raramente além do sexto mês.

Você deverá orientar a mãe sobre as fases da cicatrização da vacina. Além disso, orientar a manter o local da aplicação limpo, utilizando água e sabão, e que não se deve colocar nenhum tipo de medicamento, nem cobrir a lesão com curativo.

Qualquer dúvida quanto à cicatrização da vacina BCG, encaminhar a criança, a mãe ou o responsável à sua equipe de SF ou à UBS.

A aplicação de uma ou mais vacinas, no mesmo dia, não oferece nenhum risco à criança. A Caderneta de Saúde da Criança registra o peso e as atividades, mostra se a criança está com as vacinas em dia, se adoecer muito e do que adoecer.

Orientações alimentar para a criança

Nos primeiros seis meses, o bebê só deve receber o leite materno. Ele deve ser oferecido todas as vezes que o bebê quiser, inclusive à noite.

Após os seis meses, introduzir novos alimentos, continuando com o aleitamento materno até os dois anos ou mais. A partir dos seis meses, as papas de frutas, legumes, carnes e cereais podem ser feitas com alimentos da região.

No início o bebê come em pouca quantidade e coloca parte da comida para fora, até aprender a engolir e se acostumar com o gosto do novo alimento. É importante orientar os cuidadores do bebê a terem paciência em caso de resistência na aceitação de um novo alimento. Insistir na oferta de oito a dez vezes.

O ACS deve orientar sobre:

- A limpeza no preparo dos alimentos vai evitar diarreias e outras infecções;
- Lavar bem as mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos;
- Os alimentos devem sempre ser cobertos ou tampados;
- Aos seis meses, as crianças devem receber papas de frutas, e as papas salgadas devem conter no mínimo um alimento de cada grupo. Exemplo de papa: abóbora, carne, arroz, feijão e espinafre;
- As frutas devem ser lavadas, descascadas e amassadas, para que fiquem na consistência de papa. Não passar a fruta na peneira ou no liquidificador nem acrescentar
- açúcar. A criança tem que se acostumar a comer alimentos de diferentes consistências. As papas salgadas oferecidas no almoço a partir de seis meses e as papas oferecidas no jantar a partir dos sete meses também não devem ser liquidificadas, e sim amassadas com o garfo;
- Aos seis meses, a criança que mama no peito deve receber, além do leite materno em livre demanda, ou sempre que sentir fome, uma papa de fruta no meio da manhã, uma papa salgada na hora do almoço e uma papa de fruta no meio da tarde;
- Aos sete meses, a crianças que mamam no peito já pode receber duas papas
- salgadas por dia e duas papas de fruta;
- Aos 10 meses, a criança já pode receber a alimentação básica da família, desde que não muito condimentada;
- A partir dos 12 meses, a criança que mama no peito deve fazer uma refeição ao acordar, dois lanches por dia e duas refeições básicas por dia (almoço e jantar);
- As verduras devem ser descascadas e cozidas no vapor ou em pouca água e com pouco sal. Depois devem ser amassadas com o garfo e ficar com consistência de papa;
- Deve-se evitar dar à criança açúcar, frituras, enlatados, café, chá mate, refrigerantes nos primeiros anos de vida. Esses alimentos podem causar ou ser fator de predisposição a excesso ou baixo peso, anemia, alergia alimentar e cárie. Além de fazer com que as crianças percam o interesse por alimentos na sua forma natural;
- A papa salgada deve conter um alimento do grupo dos cereais ou tubérculos (inhame, cará, aipim/macaxeira/mandioca), um das hortaliças (folhas ou legumes) e um do grupo dos alimentos de origem animal (frango, boi, peixe, miúdos, ovos) ou das leguminosas (feijão, soja, lentilha, grão-de-bico);

- Miúdos ou fígado devem ser oferecidos no mínimo uma vez na semana para a prevenção da anemia;
- Após o consumo de papas salgadas, é indicado o consumo de meio copo de suco de fruta natural ou uma porção pequena de fruta para aumentar a absorção do ferro presente nas refeições e ajudar na prevenção da anemia;
- Durante o dia e no intervalo das refeições, as crianças devem receber água pura, limpa, filtrada ou fervida.
- Os sucos devem ser oferecidos apenas após as papas salgadas (almoço e jantar);
- O leite artificial deve ser preparado no máximo uma hora antes de ser oferecido. Não aproveitar sobras de outros horários. Crianças até seis meses que recebem outro leite que não o materno devem consumir no máximo 400 ml por dia.

A desnutrição é uma doença de natureza clínico-social com múltiplas causas, cujas raízes se encontram na pobreza.

A desnutrição pode começar precocemente na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer) e frequentemente cedo na infância, em decorrência de:

1. Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo;
2. Alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida;
3. Privação no acesso aos alimentos ao longo da vida;
4. Ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas como diarreias e doenças respiratórias;

- Problemas familiares relacionados com a situação socioeconômica;
- Precário conhecimento das mães sobre os cuidados com a criança pequena (alimentação, higiene e cuidados com a saúde de modo geral);
- O fraco vínculo mãe e filho.

No Brasil, apesar de estudos indicarem queda dos casos de desnutrição, a doença continua a ser um relevante problema de saúde pública no país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, na área rural do Brasil e nos bolsões de pobreza das periferias das grandes metrópoles, com consequências desastrosas para a sobrevivência e saúde das crianças.

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 com desnutrição grave internadas é de cerca de 20%.

Devido ao alto risco de morte, as crianças com desnutrição grave devem ser adequadamente diagnosticadas e necessitam de internação hospitalar até que este risco diminua e ela possa, então, ser acompanhada em outros níveis de atenção à saúde, inclusive em seu domicílio. Nesse nível, é essencial que haja a ação efetiva do cuidador e o apoio a ele deve ser dado por trabalhadores de saúde devidamente capacitados em reabilitação nutricional.

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.

A prevenção e o controle da desnutrição dependem de medidas mais amplas e eficientes de combate à pobreza e à fome e políticas de inclusão social. No entanto, é responsabilidade dos profissionais de saúde o atendimento à criança com desnutrição.

Como Prevenir?

- Orientar corretamente a população a respeito do aleitamento materno, através da formação de profissionais de saúde e educadores capacitados;
- Divulgar informações práticas sobre o conceito de alimentação saudável em locais e em meios de comunicação de fácil acesso à população.
- Realizar programas governamentais de suplementação alimentar que atinjam todo o país e, especialmente, os mais necessitados.

Alimentação saudável

O Ministério da Saúde elaborou “os 10 mandamentos da alimentação saudável”, com as atitudes que devem ser seguidas no dia-a-dia para garantir uma dieta equilibrada. É importante lembrar que estas são recomendações para pessoas saudáveis. São elas:

- 1- Comer frutas e verduras. Esses alimentos são ricos em vitaminas, minerais e fibras.
- 2- Para cada 2 colheres de arroz, comer 1 de feijão. Esses dois alimentos se complementam, principalmente no que diz respeito às proteínas (a proteína que falta em um, tem no outro e vice-versa). O hábito bem brasileiro de comer o arroz com feijão tem sido bastante recomendado.
- 3- Evitar gorduras e frituras. Comer muitos alimentos ricos em gorduras pode provocar o aparecimento de doenças como a obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes, entre outras.
- 4- Usar 1 lata de óleo para cada 2 pessoas da casa por mês. Essa medida serve para a pessoa ter uma ideia da quantidade de óleo que deve ser usada no preparo dos alimentos.
- 5- Realizar 3 refeições principais e 1 lanche por dia. Isso evita longos períodos em jejum. O ideal é comer mais vezes por dia, mas em menores quantidades (aumentar a frequência e diminuir o volume). Quem fica muitas horas sem se alimentar acaba sentindo muita fome e comendo exageradamente — o mesmo acontece com quem não tem hora certa para comer ou “pula” uma das refeições;
- 6- Comer com calma e não na frente da T. V. Quando comemos com pressa, não saboreamos o alimento e demoramos mais tempo para ficar satisfeitos. Por isso, comemos mais. É como se o organismo não tivesse tempo suficiente para “perceber” a quantidade de alimento ingerida. Comer e assistir à televisão ao mesmo tempo faz com que a pessoa se distraia e não controle a quantidade de alimentos que está consumindo. Além disso, as propagandas de produtos alimentícios despertam ainda mais o apetite e, por consequência, a gula.
- 7- Evitar doces e alimentos calóricos. Devemos prestar atenção não só na quantidade, mas também na qualidade dos alimentos, pois existem aqueles que são pobres em nutrientes e ricos em calorias. São chamados “calorias vazias”. O consumo exagerado desses alimentos, que em geral são os doces e alimentos gordurosos, facilitam o surgimento de doenças como a obesidade, diabetes e doenças do coração, entre outras.
- 8- Comer de tudo, mas caprichar nas verduras, legumes, frutas e cereais. Não é preciso “cortar” nenhum alimento da dieta. Basta estar atento às quantidades e dar preferência aos alimentos ricos em nutrientes ao invés de calorias. É importante ainda não esquecer os “sagrados” 8 copos de água por dia.
- 9- Atividade física: duração e frequência. O ideal é fazer um pouco de atividade física todos os dias. Você não precisa ficar várias horas fazendo exercícios e suando sem parar. “Pegar pesado” é para atletas.
- 10- A criança, assim como as pessoas em geral, deve procurar uma atividade que lhe agrade, convidar um amigo para participar... o professor de Educação Física é a pessoa certa para dar orientações sobre o assunto. O que não pode é ficar parado.

Como tratar?

O tratamento da desnutrição varia de acordo com a gravidade da doença. Os principais objetivos do tratamento são:

- Recuperar o estado nutricional;
- Normalizar as alterações orgânicas ocasionadas pela desnutrição;
- Promover o crescimento e o ganho de peso.

Existem recomendações gerais que ajudam no tr

atamento de desnutridos: uma dieta específica para o caso, aliada a uma educação (ou reeducação) alimentar; orientações sobre higiene alimentar e pessoal; e a participação familiar e comunitária nesse processo.

Dieta e educação alimentar

A dieta deve possibilitar a reposição, manutenção e reserva adequadas de nutrientes no organismo. Para tanto, deve ser elaborada e acompanhada por um nutricionista.

A educação alimentar é muito importante em todas as etapas da vida. Como a desnutrição é bastante comum na infância, torna-se essencial e urgente que as pessoas que fazem parte do processo de educação/formação das crianças (família, professores) tenham acesso a informações sobre o correto aproveitamento dos alimentos e a alimentação saudável. Só então as crianças poderão ser bem orientadas e cuidadas!

Algumas sugestões para aproveitar ao máximo o valor nutritivo dos alimentos, em especial das frutas e verduras:

- Frutas e verduras devem ser consumidas bem frescas, pois os nutrientes vão se perdendo com o amadurecimento e com o tempo de armazenamento.
- Evite bater esses alimentos no liquidificador para não perder algumas vitaminas, como a vitamina C.
- Ao cozinhar as verduras, mantenha a tampa da panela fechada.
- Não cozinhe demais os alimentos, principalmente os vegetais.

- Aproveite a água que sobrou do cozimento para preparar outro prato, como sopas, cozidos ou sucos.
- Não coloque nenhuma substância para ressaltar a cor dos vegetais (como bicarbonato de sódio), pois as vitaminas se perdem.
- Não submeta nenhum alimento a temperaturas altas demais; prefira o fogo brando.
- Conserve os alimentos de maneira adequada: em geladeira ou à temperatura ambiente, entre 20 e 27 o C.

É importante dar orientações sobre a melhor forma de ter uma alimentação equilibrada, levando em consideração a realidade da população. Esse tipo de orientação é indispensável no tratamento, mas principalmente na prevenção da doença.

Higiene alimentar e pessoal

As parasitoses podem, indiretamente, levar à desnutrição, por vários motivos:

- Diminuição da capacidade de absorção de nutrientes.
- Hemorragias ocultas, isto é, a pessoa não sabe que está perdendo sangue, o que acaba provocando anemia, entre outras deficiências de nutrientes.
- Diarreias frequentes, o que dificulta o aproveitamento dos alimentos pelo organismo etc.

Algumas medidas de prevenção das parasitoses consistem na higiene alimentar e pessoal.

Participação familiar e comunitária

Toda a família deve participar do processo de educação alimentar e das orientações sobre higiene, especialmente quando se trata de mudar ou de formar os hábitos das crianças. É bom lembrar que elas se espelham nos adultos e que o exemplo dos professores e educadores também é muito importante.

Obesidade

Obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que causa prejuízos à saúde do indivíduo. A obesidade coincide com um aumento de peso, mas nem todo aumento de peso está relacionado à obesidade, a exemplo de muitos atletas, que são “pesados” devido à massa muscular e não adiposa (gordura).

O número de crianças e adultos obesos é cada vez maior, tanto em países pobres ou ricos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a considerar a obesidade como um problema de saúde pública tão preocupante quanto a desnutrição.

No Brasil, estima-se que 20% das crianças sejam obesas e que cerca de 32% da população adulta apresentem algum grau de excesso de peso, sendo 25% casos mais graves. A obesidade é um problema sério em todas as regiões do país, mas a situação é ainda mais crítica no Sul.

Apesar das diferenças econômicas, os países, desenvolvidos ou não, vivem o mesmo problema da alta e crescente prevalência de excesso de peso. O número de obesos é maior nas áreas urbanas e também está relacionado ao poder aquisitivo familiar. Quanto maior a renda, maior a prevalência de obesidade, mas esta é cada vez mais alta em mulheres de baixa renda e tende a se estabilizar ou até mesmo diminuir nas classes de renda mais elevada.

A presença do excesso de peso na população menos favorecida pode ser explicada pela falta de orientação alimentar adequada, atividade física reduzida e pelo consumo de alimentos muito calóricos, como cereais, óleo e açúcar. Tais alimentos são mais baratos e fazem parte de hábitos alimentares tradicionalmente incorporados.

Alimentação

A obesidade apresenta várias causas, mas talvez a mais simples de ser compreendida e também a mais divulgada (mas nem por isso a mais comum) seja um maior consumo de alimentos (calorias) em relação a um menor gasto de energia. É preciso deixar claro que nem sempre as pessoas obesas apresentam excesso de peso só porque comem muito, pois existem outros motivos para o ganho de peso. No entanto, é bem verdade que, em muitos casos, os exageros na alimentação são os responsáveis pelos quilos a mais.

Maus hábitos alimentares também ajudam a engordar, tais como:

- Não ter horários fixos para comer, ou seja, “beliscar” a toda hora. A pessoa perde o controle da quantidade que comeu e acaba comendo muito, sem nem perceber.
- Exagerar no consumo de alimentos gordurosos, como frituras, manteigas, óleos, doces cremosos, chocolates etc.
- Fazer “dietas da moda”, responsáveis pelo efeito ioiô, isto é, o “emagrece-e-engorda” dos que fazem esses tipos de dieta.
- Ficar longos períodos em jejum. A fome e o apetite aumentam e a pessoa acaba comendo mais.
- Fazer poucas refeições durante o dia e em grandes volumes. O volume do estômago pode aumentar e também a quantidade de alimentos que a pessoa consegue comer.
- Outros fatores relacionados à obesidade :
 - Dieta desequilibrada, onde predominam alimentos muito calóricos e de fácil acesso (cereais, óleo, açúcar) à população mais carente.
 - Redução do tamanho da família, aumentando a disponibilidade de alimentos na casa.
 - Melhora da infraestrutura básica, elevando a expectativa de vida da população. Com isso, o peso da população aumenta, já que o percentual de gordura é maior com a idade.
 - Estrutura demográfica: as pessoas se concentram mais nas cidades, onde gastam menos energia, têm acesso a variados tipos de alimentos (principalmente industrializados) e possuem maior expectativa de vida.

Tratamento

- O tratamento da obesidade varia de acordo com a gravidade da doença. Em alguns casos, são necessários medicamentos ou até mesmo intervenções cirúrgicas. No entanto, existem recomendações gerais adequadas para a grande maioria dos obesos: educação (ou reeducação) alimentar, atividade física e a participação familiar e comunitária nesse processo.

Participação da escola e da família

- Toda a família deve participar do processo de educação alimentar. A recomendação vale, especialmente quando se trata de mudar os hábitos das crianças, pois elas se espelham nos adultos. O exemplo dos professores e educadores também é fundamental. Convém prestar atenção nos produtos vendidos nas lanchonetes das escolas, pois a maioria não apresenta valor nutritivo, sendo apenas fonte de gorduras e calorias extras.
- Nas visitas domiciliares, o ACS deve fazer orientações para a promoção à saúde, reforçando as orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, alimentação, a manter o esquema de vacinação sempre atualizado, medidas para higiene e cuidado com a criança e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.
- Assim estará contribuindo para a manutenção e promoção à saúde das crianças das famílias que moram na sua área de atuação.

Doença Diarreica Aguda (DDA)

- É uma doença que pode ser causada por bactérias, vírus e parasitos, caracterizada principalmente pelo aumento do número de evacuações, com fezes aquosas (líquidas) ou de pouca consistência.
- Em alguns casos, há presença de muco e sangue. A criança também pode ter náusea, vômito, febre e dor abdominal. Tem duração entre 2 e 14 dias. É importante a atuação imediata para evitar que ocorra desidratação.
- A DDA é uma das importantes causas de adoecimento e morte no Brasil e está diretamente relacionada às precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico, desnutrição crônica, entre outros fatores. A transmissão pode ocorrer em virtude da ingestão de água e alimentos contaminados e por contato com objetos contaminados (ex.: utensílios de cozinha, acessórios de banheiros, equipamentos hospitalares) ou de pessoa para pessoa (ex.: mãos contaminadas) e de animais para as pessoas. As moscas, formigas e baratas podem contaminar, principalmente, os alimentos e utensílios. Locais de uso coletivo, como escolas, creches, hospitais e penitenciárias, apresentam maior risco de transmissão. Se durante uma visita domiciliar, o ACS constata ou é informado que há uma criança com diarreia, ele deve buscar saber:
 - A idade;
 - Há quanto dias está com diarreia e o número de vezes ao dia de evacuações;
 - Se há presença de sangue nas fezes;
 - Se também está com febre, vômitos e há quantos dias;
 - Analisar o entorno do domicílio, se a família utiliza água tratada, se tem acesso a esgotamento sanitário;
 - Se há outros casos.

Um dos tratamentos para DDA é a hidratação, que tem o objetivo de reidratar ou evitar a desidratação. Pode ser feita por via oral ou por meio de soro na veia.

Ao constatar os sinais relatados acima, o ACS já deve orientar o aumento do consumo de líquidos disponíveis no domicílio – preferencialmente leite materno (em menores de dois anos) e soro de reidratação oral (SRO); na falta desses, soro caseiro, chás, cozimento de farinha de arroz e água de coco. Esses líquidos devem ser usados após cada evacuação ou vômito. Se o vômito dificultar a aceitação, deve-se oferecer a solução em colheres, a cada um ou dois minutos, aumentando o volume de líquido gradualmente.

A alimentação habitual deve ser mantida, evitando alimentos muito gordurosos.

No caso de a criança estar com os olhos fundos, ausência de lágrima, bebendo líquidos rapidamente ou com dificuldade de beber, apresentar sangue nas fezes ou febre alta, ela deverá ser orientada a procurar imediatamente a UBS.

É importante ressaltar que os refrigerantes não devem ser utilizados, pois, além de não fazer efeito como hidratantes, podem agravar a diarreia.

- Medidas de prevenção e controle:

- Orientar/desenvolver:
- Melhoria da qualidade da água;
- Destino adequado de lixo e dejetos;
- Ações de controle de moscas, formigas e baratas;
- Medidas de higiene e de manipulação de água e alimentos;

Ações de educação em saúde, particularmente em áreas de elevada incidência de diarreia, são fundamentais; Participar da articulação com escolas, creches, hospitais, penitenciárias para o desenvolvimento de orientações e campanhas específicas.

- Dosagem e tempo de contato do hipoclorito de sódio a 2,5% (água sanitária) segundo o volume de água para consumo humano a ser tratado no domicílio.

Melhoria da água domiciliar por meio de medidas simples:

VOLUME DE ÁGUA	HIPOCLORITO DE SÓDIO A 2,5%		TEMPO DE CONTATO
	DOSAGEM	MEDIDA PRÁTICA	
1.000 litros	100 ml	Dois copinhos descartáveis de café.	30 Minutos
200 litros	15 ml	Uma colher de sopa.	
20 litros	2 ml	Uma colher de sopa.	
1 litro	0,08 ml	Duas gotas.	

Preparo do soro caseiro da solução de reidratação oral para o controle da DDA

- Como preparar o soro caseiro com a colher-medida:

- Encher bem um copo grande com água limpa, fervida e em temperatura ambiente;
- Colocar a medida pequena e rasa de sal;
- Colocar duas medidas rasas de açúcar;
- Mexer bem e oferecer a criança após cada evacuação.

- Como preparar a solução de reidratação oral:

- Dissolver o conteúdo de um pacote de sal reidratante em um litro de água limpa e fervida, em temperatura ambiente;
- Depois de pronto, o soro pode ser usado por um período de 24 horas. Após esse período jogar fora e preparar outro soro;
- O soro só pode ser misturado em água, não acrescentar açúcar ou outra substância para melhorar o seu gosto.

Atuação do ACS no controle das doenças diarreicas agudas

- Identificar os casos e encaminhá-los à UBS para diagnóstico e tratamento;

- Identificar sinais e/ou situações de risco em casos de diarreias e orientar sobre o tratamento da água para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial;
- Acompanhar os pacientes e orientá-los quanto à necessidade na continuidade do tratamento;
- Vigiar constantemente e de forma responsável;
- Antecipar os movimentos da criança;
- Manter a criança sempre sob suas vistas;
- Evitar deixar sob o cuidado de outras crianças;
- Desenvolver ações educativas, levando informações e orientações às famílias e aos indivíduos, identificando as medidas de prevenção e controle das doenças diarreicas;
- Orientar a população informando-a sobre a doença, seus sinais e sintomas, riscos e formas de transmissão;
- Atuar como agente mobilizador da comunidade em parceria com as lideranças comunitárias chamando atenção das pessoas para a importância da participação de todos em campanhas e mutirões no combate às doenças diarreicas agudas.

Parasitoses

Uma das patologias mais comuns na infância é a parasitose. As parasitoses intestinais são infecções causadas por parasitas intestinais e constituem um importante problema de saúde pública mundial, bastante relacionado às condições de saneamento básico, educação e habitação.

Existem várias espécies de parasitas com manifestações semelhantes ou não, sendo os mais comuns:

- *Ascaris lumbricoides*: Podem ocorrer manifestações como cólicas abdominais, náuseas, desconforto abdominal e carências nutricionais. Os ovos podem ser encontrados nas fezes do hospedeiro e verme adulto e pode ser eliminado pela boca, nariz e ânus.
- *Enterobius vermicularis*: O parasita pode se alojar nas partes terminais do intestino grosso (ceco e reto). Produz coceira anal e vulvar. O ato de coçar pode lesar ainda mais a região, possibilitando infecção bacteriana secundária, inclusive na região da vagina. O principal mecanismo de auto-infecção é quando a criança ou o adulto leva os ovos da região perianal à boca.
- *Trichuris trichiura*: Aloja-se no intestino grosso do hospedeiro, provocando erosões e ulcerações.
- *Taenia spp*: É o maior verme que existe, podendo eliminar de 30 a 60 mil ovos por dia. Podem causar fadiga, irritação, anorexia, náuseas, dor abdominal, perda de peso, diarreia e/ou constipação.
- *Ancylostoma duodenale* (*Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*): Aloja-se no intestino delgado onde suga o sangue do hospedeiro, podendo causar anemia.

As parasitoses podem ser adquiridas a partir da ingestão de larvas e ovos encontrados no solo, nos alimentos ou na poeira. Por isso é importante que se tomem medidas profiláticas baseadas na manutenção da educação sanitária, construção de fossa séptica, proteção dos alimentos contra poeira e insetos e higiene diária do corpo, principalmente das mãos, das roupas íntimas e de cama.

Os sintomas mais frequentes e comuns, dependendo da infestação, são: dores abdominais, diarreia, gases, falta de apetite, vômito, náuseas, perda de peso, tosse, anemia e prurido anal.

O objetivo do tratamento é interromper a transmissão desses parasitas, devendo-se utilizar medidas sanitárias e de higiene e, conforme orientação médica, medicações específicas e com espectro capaz de atuar sobre vários parasitas, uma vez que pode haver infecção por mais de um agente simultaneamente.

O tratamento médico da parasitose deve ser feito com medicamento anti-helmíntico de largo espectro de ação, que combata o maior número de parasitas intestinais.

O ACS deve informar a população de que cada tipo de parasitose possui sua própria maneira de contaminação, e que a maioria delas pode ser evitada por medidas simples de higiene e limpeza, como:

- Tratamento adequado das fezes: o saneamento básico é fundamental. A utilização do vaso sanitário conectado à rede de esgoto tratado é a grande arma para o controle das parasitoses. Na ausência da rede de esgoto, a utilização de fossa cavada a boa distância da fonte de água potável, fechada e isolada, é solução satisfatória para quem reside em chácara ou no meio rural. Jamais evacuar no solo e, muito menos, utilizar as fezes para adubar plantações de alimentos.

- Tratamento adequado da água: a cloração da água potável é importante para a eliminação de bactérias patogênicas causadoras de infecções intestinais, como o vibrião colérico ou outras. No entanto, nem sempre é completamente suficiente para erradicar alguns ovos de parasitas ou cistos de protozoários mais resistentes. No caso, basta filtrar a água

para torná-la potável. Se a água não for clorada na rede, você deve fervê-la ou adicionar cloro, na proporção de duas gotas para cada litro de água, e, depois, filtrá-la.

- Tratamento adequado dos alimentos: frutas, verduras, tubérculos e legumes, devem ser cuidadosamente lavados em água corrente e clorada, para eliminarem-se eventuais ovos e cistos de parasitas presentes no solo. A carne bovina e suína são potencialmente transmissoras de parasitoses graves, como a teníase (solitária). Toda carne deve ser inspecionada pelas autoridades da vigilância sanitária e o comércio clandestino deve ser desestimulado. A carne de porco, a carne de vaca e, principalmente, as linguiças devem ser cozidas e nunca ingeridas malpassadas.

- Hábitos de higiene: são fundamentais para evitar a contaminação e a infestação parasitária pelo mecanismo fecal-oral. Ensinar, habituar e insistir para que a criança lave psitacose. As pombas são disseminadoras de doenças graves, como a toxoplasmose, que podem causar vários tipos de malformações fetais graves, quando acometem as gestantes. Procure não manter animais desnecessariamente em casa e, quando os tiver, leve-os periodicamente ao veterinário para exame, prevenção e tratamento das doenças com risco de contaminação humana. As mãos após ir ao banheiro e antes das refeições é a melhor maneira de evitar que os minúsculos ovos e cistos de parasitas alojados nas mãos e unhas sejam ingeridos, fechando o ciclo vicioso ou disseminando a doença para outras pessoas. Manter as unhas sempre bem aparadas evita o acúmulo de sujeira e a contaminação subsequente.

- Eliminação de vetores: são animais ou insetos que transportam as formas parasitárias contagiantes até o alimento. Os mais comuns são as moscas, as baratas e os ratos. Para eliminá-los, a pior opção são os inseticidas voláteis (aerossóis ou de tomada), que têm efeito limitado e, quando inalados ou depositados na pele, podem causar fenômenos alérgicos ou intoxicações graves, principalmente em crianças. A melhor maneira de prevenção contra os vetores é a higiene. Mantendo o lixo fechado e dando-lhe destino adequado (coleta pública, incineração ou enterro); limpando todo dia a casa e arredores; utilizando telas nas janelas para evitar a entrada de moscas; no caso de sítios, planejando um local afastado da casa para manter a criação; empregando meios eficientes para eliminar baratas e ratos, como iscas envenenadas e ratoeiras instaladas em local fora do alcance de crianças e animais domésticos, para evitar acidentes.

- Prevenção da oxiurose: oxiúro ou *Enterobius vermiculares* é um parasita que merece algumas considerações especiais. É um pequeno verme adelgado (semelhante a um pequeno fio de linha) que, durante o dia, habita o interior do intestino. Ao cair da noite, o verme tem o hábito de dirigir-se ao ânus do paciente, para executar a postura dos ovos. A sensação referida durante o processo é de coceira. Ao se coçar, o paciente transfere os ovos para as mãos e para as unhas, de modo a serem facilmente ingeridos por ele mesmo ou outras pessoas. Os ovos eclodem e tornam-se vermes adultos, que voltam a reproduzir-se no intestino. Por serem ovos muito leves, muitas vezes pequenas lufadas de vento podem levá-los pelo ar, atingindo outros locais e pessoas. Os ovos permanecem no pijama do paciente e em suas roupas íntimas, que devem ser manipuladas com cuidado. Algumas pessoas têm o hábito de sacudir o lençol da cama pela manhã, o que contribui para a disseminação dos ovos, que passam a flutuar pela casa.

- Penetração de larvas presentes no solo: alguns parasitas conseguem adentrar o organismo humano através da pele desprotegida. É o caso dos vermes que causam o amarelão (ancilostomose) e os comuns bichinhos de areia (larva migrans cutânea), cujas larvas, presentes no solo ou na areia contaminada por fezes humanas ou de animais, penetram ativamente na pele descoberta. Para evitar a contaminação, é importante a eliminação das fezes humanas e o uso de calçados ao andar na terra e na areia. Tanques de areia construídos para o lazer infantil em parques, escolas ou condomínios, quando não estiverem em uso, devem ser cobertos com uma lona resistente para proteger a areia da contaminação fecal de animais como gatos e cães, que têm o hábito de evacuar na areia e depois cobrir as fezes.

- Penetração de larvas presentes na água: é o caso de graves parasitoses, como a esquistossomose mansônica (barriga-d'água), cuja contaminação acontece em lagos ou pequenos cursos d'água infectados através de caramujos, que servem como hospedeiros intermediários. Apesar de mais comum no Nordeste, pequenos focos aparecem esporadicamente no Sudeste, causando pequenos surtos da doença. Para evitá-las, basta não nadar em águas de rios e lagos onde não se tenha absoluta certeza da inexistência dos caramujos transmissores.

- Contaminação por animais: a maioria dos animais domésticos é potencialmente capaz de transmitir algum tipo de doença infecciosa ou parasitária para o homem. Cães e gatos podem transmitir doenças de pele, como a escabiose (sarna), vários tipos de verminoses ou doenças fatais, como a raiva. Pássaros podem transmitir doenças infecciosas, como a psitacose. As pombas são disseminadoras de doenças graves, como a toxoplasmose, que podem causar vários tipos de malformações fetais graves, quando acometem as gestantes. Procure não manter animais desnecessariamente em casa e, quando os tiver, leve-os periodicamente ao veterinário para exame, prevenção e tratamento das doenças com risco de contaminação humana. psitacose. As pombas são disseminadoras de doenças graves, como a toxoplasmose, que podem causar vários tipos de malformações fetais graves, quando acometem as gestantes. Procure não manter animais desnecessariamente

em casa e, quando os tiver, leve-os periodicamente ao veterinário para exame, prevenção e tratamento das doenças com risco de contaminação humana.

Pneumonia

É uma doença que resulta da infecção das vias aéreas e dos pulmões por certos agentes (vírus, bactérias). Eventualmente, pode ser acometido também o espaço entre as pleuras (as membranas que envolvem os pulmões). Nessa condição, ocorre o acúmulo de líquido ou pus na cavidade entre as pleuras, provocando um derrame pleural.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 2 milhões de crianças abaixo de 5 anos de idade morrem de pneumonia a cada ano, com predomínio de mortes nos países em desenvolvimento, onde as pneumonias são responsáveis por 30% das hospitalizações de crianças e a taxa de mortalidade média varia entre 5% e 10% dos casos internados. No Brasil, as pneumopatias agudas são responsáveis por 11% das mortes em crianças com idade inferior a 1 ano e 13% na faixa etária entre 1 e 4 anos.

A pneumonia ocorre como resultado da interação entre o agente infeccioso (vírus, bactéria), o hospedeiro (a criança) e problemas ambientais.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de pneumonia em crianças são:

- Baixo peso no nascimento;
- Desnutrição;
- Falta de aleitamento materno;
- Deficiência de vitamina A;
- Poluição ambiental;
- Exposição à fumaça de cigarro.

A desnutrição e baixo peso no nascimento constituem também fatores de alto risco de óbito por pneumonia aguda.

As crianças com maior risco de contrair pneumonia são aquelas que:

- Não receberam imunização adequada com as vacinas disponíveis contra as principais moléstias infecto-contagiosas que predispõem a pneumonias e contra os principais agentes de pneumonias (sarampo, varicela, coqueluche, gripe, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococos);
- Não foram amamentadas ao seio pelo menos nos primeiros 6 meses de vida e não estão recebendo uma boa nutrição;
- Crianças que permanecem em ambientes fechados em aglomeração com outras crianças doentes como creches ou berçários;
- Crianças expostas à fumaça de cigarro (fumantes passivos), à poluição e a ambientes sem higiene com muita poeira doméstica e ácaros.

Principais sinais e sintomas da pneumonia:

- Febre frequente (na maioria dos casos);
- Tosse;
- Prostração;
- Aumento da frequência respiratória (respiração mais rápida). As crianças que apresentam ainda dificuldade respiratória, gemência, com retração entre as costelas inferiores ou abaixo da altura do músculo diafragma podem ter uma forma mais grave de pneumonia. Esses sinais são particularmente importantes em crianças menores de 2 anos e merecem muita atenção;
- Dificuldade para se alimentar.

As crianças que manifestem esses sinais e sintomas devem receber atendimento médico imediatamente para tratamento adequado.

Tratamento

O tratamento é feito com antibiótico, na grande maioria dos casos, conforme orientação médica. Se a criança estiver bem, o tratamento poderá ser realizado em casa, sob supervisão médica constante, com a administração de antibiótico por via oral e com reavaliações conforme a necessidade. As crianças com pneumonia grave e as que pioram durante o tratamento domiciliar devem ser internadas, para que possam tomar antibiótico pela veia

(via intravenosa) e receber cuidados especiais como hidratação, administração de oxigênio, broncodilatadores e fisioterapia respiratória.

Prevenção

A melhor maneira de prevenir pneumonias é a manutenção rigorosa do calendário de imunização, particularmente em relação às vacinas consideradas obrigatórias. As vacinas contra as duas bactérias que causam a maior parte das pneumonias devem ser administradas rotineiramente. A vacina contra gripe pode ser útil para prevenção, pois frequentemente as pneumonias agudas ocorrem como complicação após episódio de gripe, particularmente em crianças menores. Outras medidas de prevenção das pneumonias são:

- Manter o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, uma alimentação saudável e um bom estado nutricional;
- Alimentação rica em vitaminas A e D, principalmente no primeiro ano de vida;
- Evitar a exposição da criança à fumaça de cigarro e a locais muito poluídos;
- Evitar locais com aglomeração de pessoas, em ambientes fechados, particularmente no outono e inverno;
- Procurar atendimento médico sempre que a criança apresentar os sintomas de alerta, como tosse constante, gemência, dificuldade para se alimentar, apatia e movimentos anormais no tórax (...).

REFERÊNCIAS

Calendário de Vacinação Infantil. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/jan/18/calendario_180112.pdf. Acesso em 10 set 2012.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de contentment da criança com desnutrição grave em nível hospitalar Brasília, 2005. Disponível em: <http://new.paho.org>. Acesso em 12 set 2012.

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

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.

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

OLIVIER, C.E. Prevenção de doenças parasitárias. Disponível em: <http://www.docsystems.med.br/puerict/parasit.htm>. Acesso em: 12 set 2012.

Melo, MCB; Klem, VGQ; Mota, JAC,; Penna, FJ: Parasitoses intestinais. Rev Med Minas Gerais 2004; 14 (1 Supl. 1): S3-S12. In: ACHE. Disponível em: <http://www.ache.com.br/corp/Gastroenterologia-Parasitoses.aspx>. Acesso em 12 set 2012.

RODRIGUES, J.C. Disponível em: www.spsp.org.br. Acesso em 16 dez 2011.

Obesidade e Desnutrição. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br. Acesso em 16 dez 2011.

4º DIA



ATIVIDADE XVII

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Reconhecer as ações do ACS do programa Bolsa Família.

Material

- Texto de Apoio: “Bolsa Família”.
- Papel A4.

Desenvolvimento

- Participe da roda de conversa promovida pelo Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Bolsa Família”;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente;
- Esclareça suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O ACS deve verificar se a família está inscrita no programa. Caso existam famílias que se enquadrem nos critérios de inclusão e não estejam no programa, você deve orientar como se inscrever. O Programa Bolsa-Família define que as famílias beneficiárias devem cumprir algumas ações na área da saúde e educação (condicionalidades), que são: manter as crianças e adolescentes em idade escolar frequentando a escola e realizar os cuidados básicos em saúde, verificação do calendário de vacinação, para as crianças entre zero e seis anos, e da agenda pré e pós-natal para as gestantes e mães em amamentação. Essas condicionalidades devem ser acompanhadas por você e pelas equipes.

Bolsa Família

Danielle Costa Silveira

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda mensal que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o Brasil, garantindo a inclusão social dessa faixa da população, através de:

- Combate à fome;
- Promoção da segurança alimentar e nutricional;
- Combate à pobreza e a outras formas de privação das famílias;
- Garantia de acesso à rede de serviços públicos, em especial saúde, educação, alimentação e assistência social;
- Desenvolvimento local do território (1,2,3,4).

Criado em 2004, pela Lei Nº 10.836, o programa beneficia cerca de 13 milhões de famílias em todo o território nacional. Considera-se família os indivíduos, com laço parentesco ou não, que formam um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto, mantendo-se pela contribuição financeira desses mesmos indivíduos (1).

O Programa Bolsa Família possui benefícios diferenciados de acordo com o perfil da família. Para isso, leva-se em conta algumas características, como renda mensal por pessoa; número de crianças e adolescentes de até 17 anos; gestantes, nutrizes e número de componentes da família. Os tipos de benefícios são:

Benefício Básico: para famílias que se encontram em situação de extrema pobreza;

Benefício variável: para famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza, compostas por gestantes, nutrizes, criança entre 0 e 12 anos, ou adolescentes até 15 anos;

Benefício variável vinculado ao adolescente: famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza, que tenham em sua composição adolescentes entre 16 e 17 anos;

Benefício para superação da extrema pobreza: famílias que apresentem, ao mesmo tempo, crianças e adolescentes de 0 a 15 anos de idade, além de soma da renda familiar igual ou inferior a R\$ 70,00 per capita (por pessoa) (1,2).

A seleção das famílias é realizada a partir de informações contidas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Todo município é responsável por cadastrar, digitar, transmitir, manter e atualizar a base de dados, além do acompanhamento das condições dos benefícios concedidos e articulação de ações complementares voltadas para o desenvolvimento econômico e social da população (2,4).

As famílias cadastradas no Programa Bolsa Família necessitam cumprir algumas condições que o Programa exige para garantir sua continuidade, como:

- Acompanhamento pré-natal;
- Acompanhamento nutricional;
- Acompanhamento de saúde;
- Frequência escolar de 85% em estabelecimento de ensino regular (1)

O ACS e o Programa Bolsa Família

É importante que O ACS verifique se a família está inscrita no programa. Caso existam famílias que se enquadrem nos critérios de inclusão e não estejam no programa será necessário orientá-las quanto ao programa e como proceder para inscrição.

Como o Programa Bolsa Família define que as famílias beneficiárias devem cumprir algumas ações na área da saúde e educação (condicionalidades), é indispensável que elas sejam muito bem orientadas para essas questões, procurando identificar e solucionar os problemas relacionados com:

- Manter as crianças e adolescentes em idade escolar frequentando a escola;
- Acesso e utilização dos serviços destinados aos cuidados básicos em saúde;
- Verificação do calendário de vacinação para as crianças entre zero e seis anos;
- Agenda pré-natal para as gestantes e pós-neonatal para mães em amamentação.

REFERÊNCIAS

Brasil. Lei Nº 10.836 de 9 de Janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm. Acesso em 20 dez, 2012.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em 20 dez, 2012.

Wikipédia. Renda per capita. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Renda_per_capita. Acesso em 20 dez, 2012.

Brasil. Caixa Econômica Federal. Bolsa Família. Disponível em: http://www.caixa.gov.br/voce/social/transferencia/bolsa_familia/index.asp. Acesso em 20 dez, 2012.

Orientações alimentares para a criança

Nos primeiros seis meses, o bebê só deve receber o leite materno. Ele deve ser oferecido todas as vezes que o bebê quiser, inclusive à noite.

Após os seis meses, introduzir novos alimentos, continuando com o aleitamento materno até os dois anos ou mais. A partir dos seis meses, as papas de frutas, legumes, carnes e cereais podem ser feitas com alimentos da região.

No início o bebê come em pouca quantidade e coloca parte da comida para fora, até aprender a engolir e se acostumar com o gosto do novo alimento. É importante orientar os cuidadores do bebê a terem paciência em caso de resistência na aceitação de um novo alimento. Insistir na oferta de oito a dez vezes.

O ACS deve orientar sobre:

- A limpeza no preparo dos alimentos vai evitar diarreias e outras infecções;
- Lavar bem as mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos;
- Os alimentos devem sempre ser cobertos ou tampados;
- Aos seis meses, as crianças devem receber papas de frutas, e as papas salgadas devem conter no mínimo um alimento de cada grupo. Exemplo de papa: abóbora, carne, arroz, feijão e espinafre;
- As frutas devem ser lavadas, descascadas e amassadas, para que fiquem na consistência de papa. Não passar a fruta na peneira ou no liquidificador nem acrescentar
- açúcar. A criança tem que se acostumar a comer alimentos de diferentes consistências. As papas salgadas oferecidas no almoço a partir de seis meses e as papas oferecidas no jantar a partir dos sete meses também não devem ser liquidificadas, e sim amassadas com o garfo;
- Aos seis meses, a criança que mama no peito deve receber, além do leite materno em livre demanda, ou sempre que sentir fome, uma papa de fruta no meio da manhã, uma papa salgada na hora do almoço e uma papa de fruta no meio da tarde;
- Aos sete meses, a criança que mama no peito já pode receber duas papas
- salgadas por dia e duas papas de fruta;
- Aos 10 meses, a criança já pode receber a alimentação básica da família, desde que não muito condimentada;
- A partir dos 12 meses, a criança que mama no peito deve fazer uma refeição ao acordar, dois lanches por dia e duas refeições básicas por dia (almoço e jantar);
- As verduras devem ser descascadas e cozidas no vapor ou em pouca água e com pouco sal. Depois devem ser amassadas com o garfo e ficar com consistência de papa;
- Deve-se evitar dar à criança açúcar, frituras, enlatados, café, chá mate, refrigerantes nos primeiros anos de vida. Esses alimentos podem causar ou ser fator de predisposição a excesso ou baixo peso, anemia, alergia alimentar e cárie. Além de fazer com que as crianças percam o interesse por alimentos na sua forma natural;
- A papa salgada deve conter um alimento do grupo dos cereais ou tubérculos (inhame, cará, aipim/macaxeira/mandioca), um das hortaliças (folhas ou legumes) e um do grupo dos alimentos de origem animal (frango, boi, peixe, miúdos, ovos) ou das leguminosas (feijão, soja, lentilha, grão-de-bico);
- Miúdos ou fígado devem ser oferecidos no mínimo uma vez na semana para a prevenção da anemia;
- Após o consumo de papas salgadas, é indicado o consumo de meio copo de suco de fruta natural ou uma porção pequena de fruta para aumentar a absorção do ferro presente nas refeições e ajudar na prevenção da anemia;
- Durante o dia e no intervalo das refeições, as crianças devem receber água pura, limpa, filtrada ou fervida.
- Os sucos devem ser oferecidos apenas após as papas salgadas (almoço e jantar);
- O leite artificial deve ser preparado no máximo uma hora antes de ser oferecido. Não aproveitar sobras de outros horários. Crianças até seis meses que recebem outro leite que não o materno devem consumir no máximo 400 ml por dia.

REFERÊNCIAS

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

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



ATIVIDADE XVIII

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA

.....
Tempo estimado: 1 hora e 40 minutos

Objetivos

- Identificar os principais tipos de acidentes na infância;
- Levantar as formas de prevenção destes acidentes.

Material

- Texto de Apoio: “Prevenindo acidentes na Infância”;
- Papel A4.

Desenvolvimento

- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio;
- Construa um pequeno texto de dez linhas aproximadamente, resumindo o que foi mais relevante sobre o tema trabalhado;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

PREVENINDO ACIDENTES NA INFÂNCIA

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.

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. Ainda entre as crianças de um a três anos, o número de acidentes com crianças de um a dois anos foi superior ao de crianças de dois a três anos, provavelmente porque nessa idade as crianças começam a ficar em pé sozinhas, o que poderia 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.

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 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.;
- Inexistência de medidas preventivas.

Para elaboração de medidas preventivas que sejam eficazes na redução da quantidade e 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).

Devido a sua significativa ocorrência, os acidentes na infância devem ser estabelecidos, pelos gestores de saúde e sociedade, como foco de programas de prevenção através da elaboração de estratégias de educação em saúde que contemplem os tipos de acidentes com crianças, suas causas e medidas para evitá-los.

A prevenção dos acidentes na infância resultará na redução da demanda aos serviços de saúde, custos hospitalares e, sobretudo, do sofrimento dos pais, cuidadores e da própria criança.

- Informações que devem ser passadas sobre cuidados gerais na prevenção de acidentes:

- Manter o ambiente seguro retirando o que representa risco;
- Guardar fora do alcance da criança objetos pontiagudos e cortantes (facas, tesouras, chaves de fenda), produtos químicos de limpeza, remédios, objetos pequenos que possam ser ingeridos ou inalados, objetos que possam cair, sacos plásticos, cordões e fios capazes de sufocá-la; cuidado especial com álcool etílico e outros produtos inflamáveis, inclusive isqueiros e fósforos;
- Não deixá-las perto do fogão;
- Tampar as tomadas que estão ao alcance das crianças, para evitar choques elétricos.

O ACS deverá informar sobre os principais tipos de acidentes na infância e a maneira de preveni-los.

- Acidentes com bebê de colo e o modo como evitá-los:

Os acidentes mais frequentes nessa faixa etária são:

- Queimaduras com água do banho ou alimentos quentes;
- Enforcamento com cordões de chupetas;
- Afogamento no banho;
- Intoxicação por erro na dose de medicamento;
- Quedas do trocador, andador ou da cama.

Para evitar as queimaduras, basta criar o hábito de experimentar a temperatura da água antes do banho e experimentar os alimentos antes de oferecê-los ao bebê.

Para evitar enforcamentos, não colocar fios ou prendedores para amarrar a chupeta e, se for utilizá-los, deixe-os curtos para evitar que se enrolem em torno do pescoço da criança. Nunca os amarre ao redor do pescoço, como colares.

Para evitar afogamentos, nunca deixe a criança sozinha na banheira (mesmo que se sinta bem) e se possível utilize os assentos próprios de borracha antiderrapante.

Para evitar intoxicação, nunca administre os medicamentos sem expressa ordem do médico, e use seringa ou dosador para a porção recomendada.

Para evitar as quedas, é necessário manter vigilância constante. Nunca espere que o bebê não vá rolar, porque ele pode começar a fazer isso a qualquer momento. Mesmo a colocação de objetos, como travesseiros ou pequenas grades no trocador, não substitui a vigilância responsável.

- Cuidados com a criança que engatinha e anda:

A partir do momento em que a criança começa a engatinhar ou a andar, triplicam os perigos. Além dos riscos anteriores, estão:

- Intoxicações por medicamentos, produtos de limpeza, raticidas, plantas ornamentais e derivados do petróleo, que ficam ao alcance das crianças;
- Sufocação com sacos plásticos;
- Choques em fios e tomadas;
- Mordeduras e picadas por animais peçonhentos;
- Ferimentos cortantes e perfurantes;
- Queimaduras no fogão;
- Ingestão ou inalação de pequenos objetos (moedas, clips, tampinhas);
- Quedas de alturas;
- Acidentes automobilísticos;
- Afogamentos.

Para evitar as intoxicações acidentais, guardar os produtos perigosos em locais altos, completamente fora do acesso das crianças.

Não usar locais baixos protegidos por chaves, porque, no dia a dia, é muito fácil esquecer uma porta aberta. Um descuido pode ser fatal.

Eliminar da casa as plantas venenosas. As mais responsáveis por intoxicações em crianças são: comigo-ninguém-pode, mamona, saiabranca, copo-de-leite, costela-de-adão, espirradeira, dama-da-noite, bico-de-papagaio, oficial-de-sala, os cogumelos e as folhas da batata e do tomate, aveloz. Existe, ainda, lista muito grande de vegetais capazes de provocar envenenamentos. Procure conhecer as plantas tóxicas da sua região para orientar as famílias.

Evite colocar produtos de limpeza em frascos de doces, garrafas de refrigerantes ou de sucos, pois a criança não vai saber distinguir que o conteúdo daquela embalagem não pode ser consumido.

Uma das medidas para evitar a sufocação é esconder os sacos plásticos em local de difícil acesso.

Para evitar os choques elétricos, coloque as tomadas em lugares mais altos ou tampe-as com protetores de plástico.

Para evitar atropelamentos, não acostumar a criança a brincar perto de ruas ou rodovias onde passam carros. O adulto deve sempre segurar na mão da criança quando estiver em locais com movimento de carros, motos, bicicleta.

Para evitar acidentes automobilísticos, não levar crianças no colo, e sim sempre no banco traseiro, na cadeira apropriada ou assento infantil e com cinto de segurança.

Para evitar mordeduras e picadas, não armazenar entulho ou objetos velhos e imprestáveis, que podem servir de ninho a animais peçonhentos. Da mesma forma, não deixar o mato crescer no quintal.

Usar repelente conforme orientação médica e cortinado sempre que possível.

Para evitar ferimentos, esconder objetos cortantes e perfurantes, como facas e tesouras.

Para evitar queimaduras no fogão, utilizar apenas as bocas traseiras e nunca deixar os cabos das panelas voltados para frente, de modo que a criança possa alcançá-los. Retirar os botões que controlam o gás, evitando que a criança abra o gás acidentalmente e provoque um desastre.

Para evitar a inalação, não deixar pequenos objetos ao alcance da criança. Ela pode colocar na boca, engolir e ir para os pulmões. Atenção para os brinquedos pequenos.

Para evitar quedas de alturas, cuidar para não deixar as janelas abertas ou móveis próximos às janelas. Impedir o acesso às escadas e sacadas.

O tanque de lavar roupa é um local muito perigoso. Verificar se está bem preso na parede, pois a criança pode se pendurar nele e derrubá-lo sobre si mesma.

Para evitar afogamentos, não permitir a entrada de uma criança na água sem a supervisão de um adulto. Evitar que as crianças brinquem próximas a poços, cacimbas, tanques, córregos ou valão.

Não deixar a criança sozinha:

- Sobre o trocador (mesa, cômoda);
- Na cama, no banho;
- Em casa, ou sob os cuidados de outra criança.

- Cuidados com as crianças maiores:

A criança maior, que vai à rua sozinha, está sujeita a uma série de acidentes graves que só podem ser evitados por meio de uma orientação clara, firme e convincente. Nesse caso, estão:

- Queimaduras por fogos de artifício;
- Acidentes com armas de fogo;
- Quedas de árvores, muros, brinquedos de velocidade (patins, bicicletas e skates);
- Ferimentos cortantes e perfurantes;
- Acidentes de trânsito;

- Afogamentos.

Para evitar queimaduras com fogos de artifício, além da orientação, o ideal é que os adultos não usem para dar o bom exemplo.

Para evitar os acidentes com armas de fogo, o melhor é não ter armas em casa, pois sempre se corre o risco delas caírem nas mãos das crianças. Em caso em que isso não puder ser evitado, devem ser guardadas em locais extremamente seguros.

Para evitar as quedas de brinquedo de velocidade (bicicleta, velocípede), compre os materiais de segurança recomendados (capacetes, joelheiras, cotoveleiras) e só permita a sua utilização em locais protegidos (nunca na rua).

Para evitar afogamentos, não nadar em locais desconhecidos, longe da margem e orientar a não mergulhar de cabeça na água.

Para andar sozinho na rua, a pé ou de bicicleta, a criança deve estar efetivamente treinada, conhecer e obedecer às regras de trânsito, para evitar que se envolva em acidentes.

Situações em que se deve orientar a família a procurar o serviço de saúde o mais rápido possível:

- Criança molinha, gemente, parada, com choro fraco. É aquela que não demonstra interesse pelo o que ocorre ao seu redor, ela não olha quando é chamada;
- Criança que vomita tudo (alimentos, líquidos e medicamentos);
- Criança que não mama;
- Criança com tosse ou com dificuldade para respirar (ruído ao respirar, aparecimento das costelas ao respirar – tiragem intercostal, batimento de asa de nariz);
- Criança com diarreia (três ou mais evacuações líquidas ou semilíquidas em 24 horas) com sinais de desidratação: está inquieta, irritada, com sede, olhos fundos, sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior quando com os dedos polegar e indicador são usados para levantar a pele);
- Emagrecimento acentuado, pés inchados, palma da mão muito pálida;
- Peso baixo para a idade (peso abaixo do percentil 3 da Caderneta de Saúde da Criança);
- Criança com secreção no ouvido;
- Presença de placas brancas na garganta e com mau cheiro;
- Presença de bolhas com pus na garganta;
- Umbigo vermelho com secreção amarelada;
- Presença de sangue nas fezes;
- Criança com febre (temperatura acima de 38º C).

Atenção: o ACS deve informar imediatamente a equipe de saúde se na visita domiciliar encontrar a criança com alguma situação acima descrita. Deve ainda reforçar com a mãe, o pai ou quem cuida da criança as orientações dadas pela UBS.

REFERÊNCIA:

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

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.



ATIVIDADE XIX

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA E MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Identificar os métodos anticoncepcionais disponíveis para os adolescentes e população em geral;
- Reconhecer os métodos anticoncepcionais disponíveis para os adolescentes (e população em geral), incluindo suas vantagens e desvantagens.

Material

- Pincel, papel Kraft.

Desenvolvimento

- Forme grupos;
- Elaborare e simule uma breve palestra sobre o método anticoncepcional que o grupo ficar responsável para um determinado grupo de adolescentes da comunidade;
- A palestra deverá abordar:
 - 1. Quais são os métodos?
 2. Como funcionam?
 3. Quais as vantagens?
 4. Quais as desvantagens?
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



ATIVIDADE XX

A SAÚDE DO ADOLESCENTE

Tempo estimado: 1 hora e 20 minutos

Objetivo

- Refletir sobre as ações do ACS na promoção da saúde do adolescente.

Material

- Textos de Apoio: "Saúde do adolescente" e "Gravidez na adolescência";
- Papel A4.

Desenvolvimento

- Faça a leitura dos Textos de Apoio: "Saúde do Adolescente" e "Gravidez na adolescência";
- Participe da discussão promovida pelo Docente;
- Participe da sistematização da Atividade
- Esclareça suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

SAÚDE DO ADOLESCENTE

A adolescência é uma etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento físico, moral e psicológico. A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos.

Conforme já abordado, o trabalho do ACS requer uma relação de vínculo e confiança. Para trabalhar com adolescentes, essa relação é fundamental. Entender a fase pela qual estão passando, estar disponível para ouvi-los, dentro da sua realidade, respeitar a diversidade de ideias e, o mais importante, sem julgar.

A promoção à saúde e prevenção de agravos para o adolescente deve ser desenvolvida pela equipe em integração com diferentes instituições na comunidade, como a escola, ação social, cultura, grupos de jovens, de arte, capoeira, hip hop, entre outros. Deve-se aproveitar para divulgar informações, ajudando no esclarecimento de dúvidas e na sensibilização da comunidade.

É função do ACS identificar os adolescentes de sua área de abrangência e planejar suas atividades, considerando que é necessário orientá-los sobre:

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

- Sinais de alerta:

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

São direitos fundamentais do adolescente: a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado. Na atenção à saúde, traduz-se no direito de ter privacidade na consulta, atendimento em espaço apropriado e de ter assegurada a garantia de que as questões discutidas durante uma consulta ou uma entrevista não serão informadas aos seus pais os responsáveis, sem o consentimento dele, o que chamamos de consentimento informado.

Esquema vacinal

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS	OBSERVAÇÕES
11 a 19 anos	Hepatite B	3 doses (0, 1 e 6 meses)	Hepatite B	Para adolescentes não vacinados anteriormente ou sem comprovante de vacinação
	dt (dupla adulto)	Reforço	Difteria e tétano	Para os não vacinados, realizar esquema de três doses. Atenção para gestantes e vítimas de ferimento grave.
	Febre amarela	Reforço	Febre amarela	No caso de viagens para áreas endêmicas, administrar a vacina, no mínimo, 10 dias antes.
	Tríplice viral	Reforço	Sarampo, rubéola e caxumba	Considerar vacinado o adolescente que apresentar o esquema com 2 doses.

Orientar o adolescente a procurar a UBS quando não tiver cartão de vacina ou quando esse estiver incompleto ou atrasado.

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 está restrita ao ato sexual. Envolve desejos e práticas relacionados à satisfação, ao prazer, à afetividade e autoestima.

É importante para todas as pessoas e especialmente para os adolescentes e jovens conhecer o funcionamento do seu corpo.

Para promover a saúde sexual e a saúde 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 preventivo de câncer do colo uterino.

O início da atividade sexual, precoce ou tardio, deve ser precedido das informações necessárias para uma vida sexual saudável, livre de doenças e de problemas.

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's)

A atividade sexual sem a utilização de preservativos torna os adolescentes e jovens mais expostos às DST's. Todo adolescente com suspeita de DST que apresente os sinais ou queixas deve ser orientado a procurar a UBS para um exame clínico.

Alguns sinais e queixas que indicam o surgimento de DST's:

SEXO	SINAIS E/OU QUEIXAS
Meninos	<ul style="list-style-type: none"> • Corrimento uretral. • Feridas e verrugas. • Coceira e ardência.
Meninas	<ul style="list-style-type: none"> • Corrimento vaginal. • Feridas e verrugas. • Coceira e ardência. • Dor durante o ato sexual. • Dor no baixo ventre.

Às vezes, não aparecem sintomas ou sinais visíveis por fora, e isso é comum ocorrer com as mulheres. Mas, mesmo assim, a doença pode ser transmitida para o parceiro ou parceira sexual.

- Quem apresenta mais risco de contrair DST?

- Qualquer um pode contrair uma DST – casado, solteiro, jovem, adulto, rico ou pobre;
- Quem tem relações sexuais sem camisinha/preservativo;
- Pessoas que usam drogas injetáveis e compartilham seringas;
- Companheiro de usuários de drogas injetáveis que compartilham seringas;

- Você deve:

- Conversar sobre sexualidade, convidando o adolescente a refletir sobre afeto, carinho, respeito, autoestima, valores e crenças implicados para uma vivência responsável de sua sexualidade;
- Conversar com o adolescente sobre a importância de fazer sexo seguro – uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais e orientar onde e como consegui-las;
- Orientar para não compartilhar seringas e agulhas;
- Identificar áreas de maior vulnerabilidade de acesso às drogas, entre elas: bares, pontos de prostituição, casas ou locais de uso de drogas. Nelas podem ser desenvolvidas ações preventivas importantes, facilitando o acesso aos materiais de prevenção e o encaminhamento aos serviços de saúde;
- Identificar pessoas e famílias em situação de maior vulnerabilidade, respeitando o direito de privacidade e facilitando o vínculo com o serviço de saúde. Nem todas as pessoas se sentem à vontade para falar de assuntos íntimos, como sexo e uso de drogas, devendo, portanto, ser respeitado o limite que é dado pela pessoa;
- Orientar para que o adolescente procure atendimento na UBS se houver algum sinal ou sintoma;
- Orientar para vacinação contra hepatite B;
- Orientar a realização do exame preventivo, que deve ser feito a cada ano. Caso dois exames seguidos (em um intervalo de um ano) apresentarem resultado normal, o exame poderá ser feito a cada três anos.

- As DST's têm cura?

Quando identificada no início e devidamente tratada, a maioria das DST's tem cura. A Aids, que é uma DST, não tem cura, mas pode ser tratada e controlada com medicamentos adequados.

Para um bom resultado durante e após o tratamento, é necessário que algumas orientações sejam seguidas pelos portadores de DST:

- Seguir rigorosamente o tratamento indicado pelo profissional de saúde;
- Os medicamentos devem ser tomados na quantidade e hora certas, conforme a receita;
- O tratamento deve ser seguido até o fim, mesmo que não haja mais sinal ou sintoma da doença;
- Os parceiros devem ser conscientizados a fazer o tratamento, para evitar que o problema continue;
- Durante o tratamento, as relações sexuais devem ser evitadas e, quando ocorrerem, devem ser sempre com camisinha;
- Ao término do tratamento, é preciso voltar à UBS para nova avaliação.

Planejamento reprodutivo

O planejamento reprodutivo é um direito, e vai muito além da adoção de um método anticoncepcional. Envolve um conjunto de ações para concepção e anticoncepção desde que não coloque em risco a vida e a saúde das pessoas, sendo garantida a liberdade de opção.

A orientação não deve significar escolher no lugar das pessoas, mas sim ajudar no processo de tomada de decisão, respeitando o princípio de autonomia no qual tanto o homem quanto a mulher têm o direito de decidir se querem ou não realizar o planejamento reprodutivo.

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. Nesse caso o ACS deve dar atenção especial a essa adolescente e orientá-la a procurar a UBS o quanto antes para iniciar o pré-natal e estimular a participação do companheiro e familiares em todas as etapas.

Anticoncepção

- A importância do uso de preservativo e da dupla proteção:

O papel mais importante da anticoncepção é assegurar que o adolescente possa vivenciar sua sexualidade e esteja protegido das DST's e de uma gravidez não planejada. O acesso aos métodos contraceptivos e à orientação sobre o planejamento reprodutivo deve ser facilitado e discutido na perspectiva de seus direitos.

- **Os direitos sexuais e reprodutivos tem como princípios centrais:**

- Decidir livremente e com responsabilidade sobre a própria vida sexual e reprodutiva;
- Ter acesso à informação;
- Ter acesso aos meios para o exercício dos direitos sexuais, livre de discriminação, coerção ou violência.

Caso haja a suspeita de gravidez, é importante que a adolescente seja orientada a procurar a UBS para realizar o teste de gravidez e iniciar o pré-natal o mais cedo possível.

A importância do pré-natal

Um dos pontos importantes do pré-natal é preparar a mulher e sua família para a chegada de um novo membro, orientando-as sobre os cuidados com sua saúde e com o bebê. Outros objetivos do pré-natal:

- Reduzir a mortalidade no parto e puerpério;
- Reduzir o número de abortos espontâneos;
- Reduzir a mortalidade de recém-nascidos e mortes prematuras;
- Reduzir o número de partos prematuros;
- Diminuir o número de recém-nascidos de baixo peso.

Saúde bucal do adolescente

Compreender os processos da adolescência é papel tanto da equipe de saúde como de sua família. Para se trabalhar com essa faixa etária, a equipe de saúde deve utilizar linguagem apropriada para divulgar os conceitos de promoção à saúde bucal. Deve-se buscar dar continuidade à atenção à saúde bucal da criança e consolidar a ideia de auto cuidado e da importância da saúde bucal para o indivíduo.

A equipe de saúde abordará, nessa faixa etária, outros assuntos com a família e o adolescente, entre eles estão: orientações de higiene bucal, uso de enxaguatórios bucais e manifestações bucais mais frequentes.

- Higiene bucal

Os cuidados de higiene bucal nessa fase da vida devem ser motivados com a escovação correta e o uso do fio dental, abordando temas como a valorização estética para aceitação em grupo.

- **Alterações em saúde bucal mais frequentes nos adolescentes:**

- Erosão dentária é a perda irreversível de tecido dentário (esmalte), devido a uma exposição a ácidos. O refrigerante é uma bebida considerada ácida e ajuda a provocar a erosão ácida na estrutura dos dentes, causando sensibilidade. Assim, orientar o adolescente e sua família sobre hábitos de alimentação saudáveis é fundamental para evitar a erosão ácida. Entre esses cuidados estão: tomar bastante água, evitar bebidas ácidas em excesso (bebidas com gás, suco de frutas, café etc.), evitar escovar os dentes durante os primeiros 60 minutos após ingerir alimentos ou bebidas ácidas.

- Doenças periodontais (doenças das gengivas) também são comuns nessa faixa etária, pois o adolescente é mais despreocupado com sua saúde bucal. A doença gengival é uma inflamação das gengivas que pode progredir afetando o osso que rodeia e suporta os dentes. É causada pelas bactérias da placa bacteriana, uma película aderente e sem cor que se forma constantemente nos dentes. Quando não é removida diariamente por meio da escovação e uso do fio dental, a placa bacteriana pode acumular-se e as bactérias podem infectar não só as gengivas e dentes, mas, eventualmente, o tecido gengival e o osso que suporta os dentes (periodontite). Isso pode levar à sua mobilidade e podem cair ou ter de ser removidos pelo dentista. O ACS deve orientar a higiene bucal correta com uso de creme dental com flúor e fio dental.
- Traumatismo dentário é muito frequente entre os adolescentes (causado, principalmente, por acidentes com bicicletas, futebol, skate etc.) e, como em qualquer traumatismo da boca, o ACS deve orientar a procurar a equipe de saúde imediatamente para determinar se é necessário fazer algum procedimento. É importante o agente de saúde questionar se houve fratura (se quebrou) ou se lascou o dente e se o pedaço perdido foi encontrado, pois é necessário manter esse pedaço de dente hidratado (em leite, água, soro fisiológico ou até na própria saliva) e levá-lo ao dentista de sua equipe. Se um dente “saltar” completamente da boca (um processo chamado de avulsão devido a um traumatismo), oriente para levá-lo ao dentista o mais rápido possível. Poderá ser possível recolocá-lo na boca, um procedimento chamado de reimplante.
- Bruxismo (o ranger dos dentes) é outra alteração bucal cada vez mais frequente. Se o usuário relata acordar com os músculos dos maxilares (da face) doloridos ou com dores de cabeça, ele poderá sofrer de bruxismo. Para muitas pessoas, o bruxismo é um hábito inconsciente. A pessoa pode não perceber o que está fazendo, até que alguém comente que ela faz um ruído ao ranger os dentes enquanto dorme. Para outros, é na consulta de rotina ao dentista onde se descobre que os dentes estão sofrendo desgaste ou que o esmalte deles se encontra fraturado. O ideal é o ACS orientar o usuário a procurar o dentista para realizar o tratamento apropriado e encontrar formas de relaxamento junto com o usuário e a família. O estresse do dia a dia parece ser a principal causa de bruxismo. Qualquer coisa que reduza o estresse pode ajudar – ouvir música, ler um livro, fazer caminhadas ou tomar um banho.

- Dicas para os adolescentes terem um sorriso bonito, saudável e um bom hálito:

- Escovar bem os dentes todos os dias após cada refeição e principalmente antes de dormir. Não se esquecer de passar o fio dental e limpar a língua;
- O mau hálito, que é o cheiro desagradável na boca, tem como principal causa a não limpeza da língua. Limpar varrendo a sujeira da parte mais interna até a ponta. Use a escova de dente ou um limpador de língua;
- Os dentes que ficam bem no fundo da boca juntam restos de comida e bactérias facilmente. Por isso, precisam de atenção especial na hora de escová-los;
- Quem usa aparelho ortodôntico deve se preocupar ainda mais com a limpeza dos dentes e da gengiva e com o uso do flúor, pois o aparelho retém muito restos de alimentos;
- É importante manter uma alimentação saudável, evitando o consumo exagerado de alimentos doces, principalmente entre as refeições;
- Visitar regularmente o dentista.

Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares, que compreendem a bulimia e a anorexia nervosa, vêm crescendo em incidência nas últimas duas décadas e se manifestando cada vez mais precocemente. Portanto, a equipe básica de saúde pode se deparar com alguns casos, em especial em adolescentes.

Os agentes comunitários de saúde também podem contribuir no enfrentamento desses transtornos alimentares.

Apesar de também ocorrerem em homens, 95% dos casos de transtornos alimentares acima referidos acometem as mulheres, a maioria adolescentes e jovens. A doença pode ter como fator desencadeante algum evento significativo como uma perda importante, separações, mudanças, doenças orgânicas, depressão, ansiedade e distúrbios da imagem corporal. É o ideário de beleza, focado na magreza extrema, promovido por apelos de mídia ou referências de modelos.

Os transtornos estão associados com uma distorção da imagem corporal, na qual a pessoa, apesar de bastante magra, ainda assim continua se achando gorda.

A anorexia nervosa é caracterizada por uma severa restrição alimentar que é imposta pela própria pessoa e que pode trazer graves danos à sua saúde. A doença geralmente começa de forma gradual e provoca, a princípio, desnutrição e desidratação. Apesar da pessoa acometida geralmente negar que tem fome, são comuns as queixas de fadiga (cansaço extremo), fraqueza, tonturas e visão turva.

Na bulimia nervosa, é comum que a pessoa coma uma quantidade exagerada de alimentos (episódios de comer compulsivamente ou episódios bulímicos) e depois utilize métodos compensatórios, tais como a indução de vômito, o uso de laxantes e diuréticos e a prática de exercícios por tempo prolongado e de forma a ficar prostrada, exausta, para evitar o ganho de peso. De modo diferente da anorexia nervosa, na bulimia geralmente não há perda de peso tão evidente.

Assim profissionais de saúde e familiares muitas vezes têm dificuldade de detectar o problema. Apesar disso, o distúrbio traz consequências igualmente sérias à saúde da pessoa acometida.

As complicações, em ambos os casos, são graves, uma vez que são utilizados métodos drásticos que têm como objetivo perder peso a qualquer custo. Doenças do coração, infecções de repetição, anemia grave e até mesmo morte súbita, como frequentemente divulga-se na imprensa, são algumas das complicações em fases mais adiantadas da doença, cujo tratamento deve ser iniciado tão logo seja possível.

O acompanhamento deve ser feito pela equipe de saúde em conjunto com uma equipe de referência multiprofissional. Por se tratar de doenças que envolvam diferentes causas e consequências, tanto físicas como psicológicas, dificilmente um único profissional de saúde alcançará resultados significativos no tratamento.

Por isso, sempre que o ACS identificar pessoas com risco ou sintomas da doença, é preciso que ele comunique a UBS de sua área, para que o tratamento seja iniciado o mais rápido possível.

Os transtornos alimentares, embora tenham normalmente seu início na adolescência, podem permanecer durante a vida adulta.

Transtornos alimentares e condições nutricionais de risco	Algumas consequências	Orientações
Obesidade	Pressão alta, diabetes, isolamento social, baixa autoestima, depressão, dificuldade de ser aceito pelo grupo, alteração na menstruação, gravidez de risco.	Estimular atividade física. Estimular hábitos saudáveis de alimentação. Orientar procurar atendimento na UBS.
Desnutrição	Há prejuízos para o crescimento e desenvolvimento.	Orientar procurar a UBS para avaliação do estado nutricional e tratamento de doenças como: infecções, verminoses, anemias, entre outras.
Anorexia	Anemia, ausência de menstruação, ossos fracos, problemas cardíacos, insônia, apatia, infecções, risco de suicídio, problemas dentários, isolamento social, desnutrição.	Comunicar a equipe de saúde sobre a suspeita do caso. Orientar os familiares a buscar apoio e procurar a UBS com urgência.

O ACS deve estar atento às queixas vagas, mudanças de comportamento, vontade de compartilhar sentimentos, casos em que se deve dar apoio ao adolescente e orientá-lo para procurar o serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

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 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)



TEXTO DE APOIO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Danielle Costa Silveira

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se como adolescência o período compreendido entre os 10 e 19 anos de idade (1).

O elevado índice de gravidez na adolescência é uma realidade mundial. Dados coletados entre os anos de 1995 e 2002 apontam que 13 milhões de nascimentos (um décimo de todos os nascimentos do mundo) são de mulheres com menos de 20 anos de idade. Estima-se que, no mundo, 15 milhões de adolescentes ficam grávidas por ano (1,2).

Ao refletir sobre a gravidez na adolescência, um dos fatores mais preocupantes é o de que adolescentes apresentam maiores chances de complicações, tanto para a mãe (anemia, desnutrição, hipertensão, depressão, complicações no parto, infecções, hemorragia, etc), quanto para o filho (aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer, entre outros), levando as complicações relacionadas à gravidez e ao parto ocuparem a lista das principais causas de morte entre as adolescente de 15 a 19 anos. Uma das explicações mais encontradas é o fato da adolescente encontrar-se, ainda, num período de desenvolvimento físico e psíquico (3,4).

Vários estudos apontam que os principais motivos para a gravidez na adolescência são: início precoce das relações sexuais e da menarca (primeira menstruação); baixa escolaridade; baixo nível socioeconômico; não uso, ou uso inadequado, de métodos contraceptivos; acesso restrito à informação sobre métodos de prevenção; além de uso de álcool e outras drogas (4).

Porém, é preciso saber que a gravidez na adolescência não deve ser vista sempre como um “erro” ou um “descuido”. A gravidez na adolescência pode ocorrer por um desejo, algo planejado, representando um momento no qual as adolescentes imaginam e projetam o papel de mãe, identificando a tarefa de cuidar do filho de forma positiva e divertida. Muitas vezes, explicita a concretização de um sonho, um projeto de vida. Envolve ainda, a possibilidade de ascensão social, motivo de admiração e orgulho, oferecendo um novo papel na sociedade (5,6).

Em muitos casos, as consequência da maternidade precoce podem ser o abandono dos estudos e/ou trabalho (a adolescente não consegue conciliar o cuidar da crianças com outras atividades), conflitos familiares (reação dos pais em relação à notícia da gravidez) e na relação com o parceiro (parceiro não aceita a gravidez) e restrições na vida das adolescentes (para cuidar do filho, a adolescente abandona atividades típicas dessa fase da vida), que agora precisam lidar com uma situação completamente nova: cuidar de uma criança (7).

Diante disso, percebe-se que é fundamental orientar os adolescentes, não só meninas, mas também meninos, sobre o significado da gravidez e maternidade, auxiliando na definição do melhor momento de planejá-las. É importante abordar também, que o sexo sem proteção possui ainda como fatores de risco as doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e HIV/AIDS, daí a importância da informação e acesso do adolescente a métodos contraceptivos, com óbvio destaque para o preservativo (masculino e feminino). O profissional de saúde deve estar sempre atento aos momentos oportunos de divulgação de informações aos adolescentes, seja de maneira individual ou em grupos, levando-os a pensar seu papel na família e na sociedade, incentivando sua auto-estima e apoiando numa perspectiva de futuro (8).

O serviço de saúde e, conseqüentemente, seus profissionais, necessitam se capacitar para uma abordagem eficaz para a promoção da saúde dos adolescentes e prevenção da gravidez. Além disso, precisam de atenção e qualidade na abordagem (livre de preconceitos e estigmas) e acompanhamento efetivo das adolescentes grávidas e mães adolescentes, garantindo saúde da mãe e da criança.

REFERÊNCIAS

1- CHALEM, Elisa et al . Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, Jan. 2007. Disponível em: www.scielosp.org. Acesso em: 27 abr, 2012.

2- MOURA Bruno et al. Gravidez na adolescência: fatores associados e resultados perinatais em uma Maternidade-Escola do Rio de Janeiro. Adolescência & Saude, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, jan/mar. 2011. Disponível em: www.adolescenciaesaude.com. Acesso em 27 abr 2012.

3- MARTINS, Marília da Glória et al . Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, nov. 2011 . Disponível em www.scielo.br. Acesso em: 16 maio 2012.

4- LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; PICCININI, Cesar Augusto; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. Maternidade adolescente. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 25, n. 2, jun. 2008 . Disponível em www.scielo.br. Acesso em: 16 maio 2012.

5- CERQUEIRA-SANTOS, Elder et al . Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 1, jan/mar. 2010. Disponível em: www.scielo.br . Acesso em 27 abr 2012.

6- PANTOJA, Ana Lúcia Nauar. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012 . Disponível em: www.Scielosp.org . Acesso em 27 abr 2012.

7- ANDRADE, Paula Rosenberg de; RIBEIRO, Circéa Amália; OHARA, Conceição Vieira da Silva. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre, v. 30, n. 4, dez. 2009 . Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 16 maio 2012.

8- ARCANJO, Conceição de Maria; OLIVEIRA, Maria Ivoneide Veríssimo de; BEZERRA, Maria Gorete Andrade. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza – Ceará. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2007 . Disponível em: www.scielo.br Acesso em 16 maio 2012.



ATIVIDADE XXI

A SAÚDE DO HOMEM

.....

Tempo estimado: 1 hora e 20 minutos

Objetivo

- Refletir sobre os Serviços de Saúde disponível para a população masculina.

Material

- Papel Kraft, pincéis.

Desenvolvimento

- Participe da problematização promovida pelo Docente.
- Reflita sobre as questões abaixo:
 1. Quais os motivos que levam os homens a procurarem o serviço de saúde?
 2. Quais são as doenças mais comuns apresentadas por você ou pelos homens de seu convívio?
- Socialize suas ideias;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente e esclareça suas dúvidas.



ATIVIDADE XXII

O PAPEL DO ACS NA SAÚDE DO HOMEM

Tempo estimado: 1 hora e 40 minutos

Objetivo

- Refletir sobre as ações do ACS na promoção da saúde do homem.

Material

- Papel Kraft e pincel Atômico;
- Texto de Apoio: "Saúde do homem".

Desenvolvimento

- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente;
- Forme duplas e confeccione panfletos informativos sobre a saúde do homem, contendo informações que a dupla acredita ser relevante para todos os homens saberem a respeito de prevenção e cuidados com sua saúde e/ou referente a doenças abordadas no Texto;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

SAÚDE DO HOMEM

Diferente das mulheres, os homens não costumam procurar os serviços de saúde. A baixa procura tem o fator cultural como uma das explicações: o homem é criado para ser provedor, ser forte, não chorar, não adoecer. Para muitos, doença é sinal de fragilidade, de fraqueza. Isso faz com que não busquem antecipadamente ajuda nos serviços de saúde, levando-os à morte por doenças que, se diagnosticadas mais cedo, poderiam ser evitadas.

É importante reverter o preconceito e sensibilizar os homens para a mudança dessa forma de pensar e agir.

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

É preciso que a população masculina seja orientada a procurar a UBS para prevenir e tratar doenças como pressão alta, alteração do colesterol, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, infarto, derrame, problemas respiratórios, câncer, uso de álcool, tabaco e outras drogas, entre outras.

Orientar sobre a sexualidade saudável, sem riscos de adquirir doenças sexualmente transmissíveis.

Orientações sobre a paternidade responsável, estimulando para que ele participe do pré-natal, do parto, do pós-parto e nas visitas ao pediatra e na criação dos filhos.

O ACS, juntamente com a equipe de saúde, deve realizar ações (por ex.: semana de promoção da saúde do homem, campanhas voltadas para esse público, distribuição de cartilhas informativas, reuniões com os homens, entre outras

estratégias) que estimulem o homem a se cuidar e a buscar uma vida mais saudável, enfrentando principalmente o alcoolismo, o tabagismo, a hipertensão e obesidade.

Devem também ser buscadas estratégias para um melhor acolhimento aos homens nas UBS.

A visita domiciliar nas famílias onde há homens deve contemplar principalmente orientações sobre:

1. Os hábitos alimentares;
2. Atividade física;
3. Vacinas preconizadas para sua faixa etária;
4. O consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas;
5. Os problemas de saúde (manchas de pele, tosse, pressão alta, diabetes e outras);
6. Procurar da UBS para avaliação médica e odontológica de rotina.

Problemas de saúde específicos da saúde do homem

Disfunção erétil

Também popularmente conhecida como impotência sexual, a disfunção erétil pode ser de grande importância, pois pode repercutir na vida familiar e no convívio social do indivíduo, muitas vezes sendo causa de sofrimento psíquico para ele. A disfunção erétil afeta principalmente homens de faixa etária mais elevada, mais pode também estar presente em indivíduos mais jovens. Estudos apontam que mais de 10% dos homens com idade superior a 40 anos apresentam esse tipo de disfunção, mas poucos deles procuram auxílio nos serviços de saúde.

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

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

Hoje em dia, existem boas opções de tratamento para esse problema, o seu papel como ACS é orientar o paciente sobre quando é possível evitar ou controlar os fatores anteriormente citados e procurar a UBS de referência para avaliação.

Detecção precoce do câncer de próstata

O câncer de próstata é o segundo câncer em incidência entre os homens no mundo e a quinta causa de mortalidade de tumores malignos entre os homens. Para o ano de 2010, no país, estimou-se a incidência de 54 casos novos por 100 mil homens.

O que é próstata?

A próstata é uma glândula que se localiza na parte baixa do abdômen, no homem. Ele é um órgão muito pequeno, tem a forma de maçã e se situa logo abaixo da bexiga e adiante do reto.

A próstata produz parte do sêmen, um líquido espesso que contém os espermatozoides produzidos pelos testículos e que é eliminado durante o ato sexual.

Como surge o câncer de próstata?

O câncer de próstata surge quando, por razões ainda não conhecidas pela ciência, as células da próstata passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada, levando a formação de um tumor. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida espalhando-se para outros órgãos do corpo e podem levar à morte. Uma grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta que não chega a dar sintomas durante a vida e nem ameaçar saúde do homem.

Os sintomas mais comuns que identificam câncer de próstata, são: dificuldade ou dor ao urinar, ou urinar muitas vezes, inclusive à noite, perda espontânea de urina e urgência para urinar. Assim, ao sentir tais sintomas deve-se orientar procurar a UBS para avaliação.

Como prevenir o câncer de próstata?

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

Quem apresenta mais risco de contrair o câncer de próstata?

Dois únicos fatores confirmadamente associados a um aumento do risco de desenvolvimento do câncer de próstata são: a idade e a história familiar.

A maioria dos casos ocorrem em homens com idade superior a cinquenta anos e naqueles com história de pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos. Alguns outros fatores, como a dieta, estão sendo estudados mas ainda não há confirmação científica.

Como é realizado o exame de próstata?

O rastreamento do câncer de próstata é realizado por meio do toque retal e da dosagem antígeno específico prostático (PSA). O toque retal é utilizado para avaliar o tamanho, a forma e a consistência da próstata no sentido de verificar a presença de nódulos, mas sabe-se que este exame apresenta algumas limitações, uma vez que somente possibilita a palpação das porções posterior e lateral da próstata, deixando 40% a 50% dos tumores fora de seu alcance; depende também do treinamento e experiência do examinador e ainda existe a resistência e a rejeição de parcela importante dos pacientes em relação a esse tipo de exame.

Câncer de pênis

O pênis é o órgão sexual masculino. Em sua extremidade existe uma região mais volumosa chamada glândula (“cabeça” do pênis), que é coberta por uma pele fina e elástica, denominada prepúcio. O câncer que atinge o pênis está muito ligado às condições de higiene íntima do indivíduo, sendo estreitamento do prepúcio (fimose) um fator predisponente. O câncer de pênis é um tumor raro, com maior incidência em indivíduos a partir dos 50 anos de idade, muito embora tumores malignos do pênis possam ser encontrados em indivíduos jovens. Está relacionado às baixas condições sócio econômicas e de instrução, à má higiene íntima e de indivíduos não circuncidados (Pessoa que sofreu ato de circuncisão). Circuncisão é uma pequena cirurgia, que retira o prepúcio, que é a pele que recobre a glândula (extremidade do pênis).

No Brasil, o tumor representa 2% de todos os casos de câncer no homem, sendo mais frequentes nas regiões norte e nordeste do que nas regiões sul e sudeste. Nas regiões de maior incidência, o câncer de pênis supera os casos de câncer de próstata e de bexiga.

Papel do ACS:

- Promover reuniões para discutir o tema, desmistificando a realização do exame de toque, que será necessário em alguns casos.
- Discutir também o tema com as mulheres para que possam conversar com seus parceiros, companheiros e irmãos.
- Orientar para que os homens com mais de 50 anos fiquem atentos a sintomas urinários.
- Orientar para que os homens com mais de 50 anos com histórico familiar de câncer de próstata procurem a UBS.
- Conscientizar os homens de que diante de algum problema urinário procurem a UBS.

REFERÊNCIAS:

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)

Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(2): 347-346, fev.2011.

5º DIA



ATIVIDADE XXIII

A SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Refletir e identificar os principais problemas de saúde que cometem a população idosa.

Material

- Papel Kraft.

Desenvolvimento

- Participe da roda de conversa junto com a turma a respeito da saúde do idoso;
- Siga as orientações do Docente;
- Forme grupos;
- A partir do quadro criado pelo Docente, escolha um problema e elabore uma estratégia de enfrentamento para esse problema;
- Apresente a sua estratégia em plenária;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente;



ATIVIDADE XXIV

O PAPEL DO ACS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO

.....

Tempo estimado: 1 hora e 40 minutos

Objetivo

- Refletir sobre as ações do ACS em promoção da saúde do idoso.

Material

- Texto e Apoio: "Saúde do Idoso".

Desenvolvimento

- Forme grupos;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: "A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde do idoso";
- Em grupo, discuta e faça uma síntese/resumo do tópico do Texto que o grupo ficar responsável;
-

Grupo 1: Início do Texto até Atividades Básicas de Vida Diária (AVD);

Grupo 2: Esquema de vacinação da pessoas idosas e Promoção a hábitos saudáveis;

Grupo 3: Ambiente seguro e risco de queda; Uso de medicamentos; Serviços serviço e telefones úteis;

Grupo 4: Saúde Bucal do Idoso; Emergências no domicílio e Políticas de assistência social disponíveis à pessoa idosa;

- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

A AÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DA SAÚDE DO IDOSO

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

Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/2007, atualmente existem, aproximadamente, 19 milhões de pessoas idosas (acima de 60 anos) vivendo em nosso país; desse total 11.465.861 estão cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Estima-se que em 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo.

Considerando essa nova realidade social, em 1º de outubro de 2003, foi publicado o Estatuto do Idoso, reafirmando os direitos fundamentais da pessoa idosa no Brasil. Além disso, muitos avanços têm acontecido na efetivação de políticas públicas de saúde para a população idosa em nosso País.

A promulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006) e o Pacto pela Vida (Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006), componente do Pacto pela Saúde, colocam a população idosa para no centro das prioridades do SUS. Essas políticas têm como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade.

Para que a longevidade (expectativa de uma população viver por muitos anos) seja conquistada, 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.

A Atenção Primária/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 de Atenção Primária/Saúde da Família.

Uma das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde para identificar a população idosa em risco de doenças/agravos à saúde é o correto preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e seu acompanhamento pelas equipes de saúde. Essa ação permitirá 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.

Ao visitar famílias onde haja pessoas idosas, o ACS deverá identificar:

- Como e com quem mora;
- O grau de escolaridade;
- O grau de dependência nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária;
- Se tem cuidador e quem é esse cuidador;
- Esquema de vacinação;
- Se há sinais de violência;
- Risco de acidentes e quedas. Se a residência é um ambiente seguro;
- Uso contínuo de medicação;
- O idoso acamado e os cuidados necessários.

Caderneta de saúde do idoso

A função primordial da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é propiciar um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem-estar. Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificá-los para que as ações possam ser realizadas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz. Os registros na caderneta do idoso devem ser uma ferramenta para esse trabalho.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é preenchida no momento da realização da visita domiciliar, onde haja um morador com 60 anos ou mais, ou na Unidade Básica de Saúde, quando a pessoa for consultar. O ACS é um dos principais responsáveis pelo preenchimento da caderneta.

O preenchimento da caderneta de saúde se dá a partir da própria fala do indivíduo. É importante que seja resguardada sua privacidade. Assim, deve-se deixar a pessoa que responde à vontade para citar o que lhe for conveniente. A caderneta é um documento que a pessoa idosa deve carregar sempre consigo e que pode, eventualmente, ser acessada por outras pessoas. Você deve reforçar que o idoso, ao comparecer à consulta na UBS, deve levar sua caderneta.

Questões importantes a serem observadas pelo ACS em suas visitas domiciliares

- Identificação do idoso: quando falamos em “identificação”, como o próprio nome aponta, busca-se conhecer o idoso quanto a: relações familiares; ocupação; hábitos de vida; situação da moradia; entre outros.

Alguns aspectos na identificação que merecem maior atenção serão apresentados a seguir:

Relações familiares: o prejuízo emocional e outros transtornos familiares que o(a) idoso(a) pode apresentar perante a perda do seu cônjuge é um sinal de alerta. Geralmente, a viuvez traz fortes repercussões negativas na área psicológica, podendo interferir também de modo marcante na área econômica, sendo inclusive uma das causas do asilamento do idoso. O estado emocional pode variar de acordo com o tempo de viuvez.

- Escolaridade: a baixa escolaridade é outro fator que interfere para a interação na comunicação e, portanto, há necessidade da adequação do vocabulário pelo profissional de saúde na assistência ao idoso, uso de linguagem simples e acessível.
- Ocupação: é importante saber se há defasagem entre a ocupação e situação financeira anterior e a atual, pois pode desencadear um processo de insatisfação e inconformismo que repercute negativamente no indivíduo. Além disso, a aposentadoria pode trazer algumas características marcantes nos idosos em nosso país, como a inatividade.

Hábitos de vida: os hábitos prejudiciais à saúde, como o fumo, o álcool e o sedentarismo, são alguns dos responsáveis por sintomas e doenças surgidos na idade avançada. Entre as consequências mais comuns, estão: depressão, aumento da ansiedade, distúrbios cerebrais predispondo às quedas, câncer de pulmão, bronquites, cardiopatias, problemas no fígado, dores articulares e osteoporose, entre outras. Portanto, o detalhamento de tais hábitos é importante para orientar o idoso quanto aos fatores maléficos que acarretam à sua saúde. Lembrando sempre que, mesmo em idades avançadas, a adoção de modos saudáveis traz grandes benefícios à saúde.

Se o indivíduo possui 75 anos ou mais, já pode ser considerado frágil ou em processo de fragilização.

Atividades de vida diária e avaliação funcional

- Atividades Básicas de Vida Diária (AVD):

São as atividades relacionadas ao autocuidado e que são fundamentais à sobrevivência de qualquer pessoa. Se o idoso não pode fazê-las, vai precisar de alguém para isso. São elas:

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

- Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD):

As AIVD são as atividades relacionadas à participação no meio social e indicam a capacidade de levar uma vida independente na comunidade:

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

Deve ser observado se existe limitação para as atividades acima citadas, assim como o tipo de auxílio de que o idoso necessita. Essas informações são elementos essenciais para se compor um diagnóstico de seu risco social e conhecer seu grau de independência para as atividades de vida diária (AVD).

Se o indivíduo idoso mora sozinho ou já recebe algum tipo de cuidado, já pode ser denominado como uma pessoa idosa frágil ou em processo de fragilização.

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

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

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

- Autonomia: é a liberdade para agir e para tomar decisões. Pode ser definida como se autogovernar.
- Independência: significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa.
- Dependência: significa não ser capaz de realizar as atividades do dia a dia sem ajuda de outra pessoa.

Esquema de vacinação da pessoa idosa

O ACS deve verificar em todas as visitas se as vacinas estão em dia e orientar o idoso sobre a importância da vacinação para a prevenção de doenças.

A seguir calendário vacinal do idoso:

VACINA	DOENÇAS EVITADAS	DOSE APLICADA	OBSERVAÇÕES
Dupla bacteriana	Difteria e tétano	1ª dose. 2ª dose: 2 meses após a 1ª dose. 3ª dose: 4 meses após a 1ª dose.	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 inicial	Apenas para quem reside ou viajará para os Estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF, e alguns municípios dos Estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC, RS e ES. Vacinar 10 dias antes de viajar. Reforço a cada 10 anos.
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.

VACINA	DOENÇAS EVITADAS	DOSE APLICADA	OBSERVAÇÕES
Pneumococo	Pneumonia causada pelo pneumococo	Dose inicial	Depende de indicação. A vacina contra pneumococo é geralmente aplicada durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, com apenas 1 reforço 5 anos após a dose inicial.

Promoção a hábitos saudáveis

- Cuidados com a alimentação:

A promoção a hábitos saudáveis na alimentação é uma das estratégias para prevenção de doenças e promoção à saúde. Tem como um de seus objetivos proporcionar um envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Dicas importantes para seu trabalho de orientação para as pessoas idosas e familiares:

- Alimentar o idoso nem sempre é tarefa fácil. Horários regulares, respeito às preferências e hábitos culturais, ambiente tranquilo e muita calma e paciência, por parte dos familiares e cuidadores, são fatores importantes para que a alimentação seja bem aceita;
- Outro ponto importante e que pode colaborar para uma alimentação saudável é a leitura dos rótulos dos alimentos. A informação nutricional que está nos rótulos é um meio fundamental de apoio à escolha de produtos mais saudáveis na hora da compra. Observar a data de validade dos produtos também é importante;
- Orientar a fazer todas as refeições (café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar) e não pular nenhuma delas. Não trocar o almoço ou o jantar por lanches;
- Para abrir o apetite, pode ser preparada uma refeição de encher os olhos: colorida, cheirosa, quentinha, gostosa, sempre fresquinha e variando os alimentos, para estimular o paladar, que, com o avanço da idade, pode diminuir, levando à redução do apetite e do prazer de comer;
- O uso em exagero de sal, temperos industrializados, gorduras de origem animal (banha, sebo, toucinho), bem como frituras e alimentos com gorduras trans, deve ser evitado. Os alimentos devem ser preparados utilizando temperos naturais, como alho, cebola, salsinha, manjeriço, orégano, e óleos vegetais, como de milho, soja e azeite de oliva;
- Beber de seis a oito copos de água por dia. Essa orientação é muito importante porque os idosos, geralmente, não sentem sede;
- Caso o idoso possa mastigar, não há razão para modificações na consistência dos alimentos e para a utilização de sopas e purês. Para que os alimentos sejam mais bem aproveitados, precisam ser bem mastigados;
- No caso de ausência parcial ou total dos dentes e de uso de próteses (dentaduras), não deixar de oferecer carnes, legumes, verduras e frutas. O idoso não pode deixar de comer nada por não conseguir mastigar. Pique, moa, corte ou rale os alimentos mais duros;
- Você deve estar atento ao controle do peso do idoso. Um importante componente de risco para a fragilidade da pessoa idosa é a perda expressiva de peso em um curto período de tempo. Uma perda de peso não intencional de, no mínimo, 4,5 kg ou de 5% do peso corporal no último ano exige medidas para estabilizar e/ou recuperar seu peso corporal, por meio da promoção a uma alimentação saudável e prática de exercícios físicos sob orientação. Por outro lado, o peso elevado também pode ser prejudicial à saúde. Portanto, o ACS deve estar atento ao estado nutricional do idoso e às variações de seu peso corporal;
- O idoso pode ter medo de se alimentar, pois pode tossir e engasgar com facilidade, além de ter dificuldade de mastigar e engolir, tendo o risco de aspirar os alimentos (entrada dos alimentos pela via respiratória podendo ir para os pulmões).
- Podem ser oferecidos alimentos cozidos, com molho ou pastosos. O cuidador deve ser paciente e tranquilizar o idoso na hora das refeições, que devem ser sempre momentos prazerosos;
- Em caso da dificuldade para engolir, é importante informar a equipe de saúde para avaliação;
- Para facilitar a digestão e evitar a prisão de ventre, orientar o consumo de alimentos ricos em fibras: frutas, verduras e legumes. As frutas devem ser consumidas pelo menos três vezes ao dia e, sempre que possível, cruas e com casca;
- O idoso que ainda conserva a independência para alimentar-se sozinho deve continuar a receber estímulos para fazê-lo, não importando o tempo que leve;

- Recomenda-se o consumo simultâneo de leguminosas e carnes. Alimentos vegetais ricos em ferro são mais bem absorvidos na presença de alimentos ricos em vitamina C, como laranja, limão, caju, goiaba, abacaxi e outros, na sua forma natural ou em sucos. Essa conduta pode prevenir o aparecimento de anemia, problema frequente em idosos, que pode ser agravado por uma alimentação deficiente em alimentos ricos em ferro;
- É fundamental ingerir diariamente alimentos que contenham cálcio e vitamina D, sendo que essa última também pode ser produzida pela pele após exposição ao sol, antes da 10 horas da manhã e depois das 16 horas. Com essas práticas, pode-se prevenir o aparecimento da osteoporose, doença comum em idosos, especialmente em mulheres;
- Dar preferência à utilização de óleos vegetais (milho, soja, arroz, canola, azeite de oliva, girassol e outros) no preparo e cozimento dos alimentos, sempre em pequena quantidade. Dessa maneira, pode-se prevenir a aterosclerose, doença que é cada vez mais comum na população adulta e idosa e está relacionada com o aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e colesterol, como: gorduras animais (carnes gordas, leite integral, queijos gordos, manteiga, banha, toucinho, bacon, creme de leite, embutidos etc.), gordura hidrogenada, óleo de dendê, óleo superaquecido e reutilizado muitas vezes (principalmente para frituras), pães recheados (com cremes, com cobertura de chocolate ou com coco) e biscoitos amanteigados;
- Sempre que possível, substituir frituras por cozimento. No preparo de carnes, deve ser retirada toda a gordura visível, assim como a pele de aves e dos peixes;
- Água ou alimentos jamais devem ser oferecidos quando a pessoa estiver deitada.
- É importante estar sentada confortavelmente para receber a alimentação.

Ambiente seguro e riscos de queda

A queda em idosos é um importante problema de saúde pública. Além de contribuir para a diminuição da qualidade de vida das pessoas, a ocorrência da queda pode acarretar um gasto considerável tanto do ponto de vista financeiro quanto do familiar e social.

A seguir estão descritos os principais pontos a serem observados pelo ACS na casa onde reside um idoso. Em caso de existência de problemas, devem ser alertados ao idoso, familiares e cuidadores, uma vez que esses fatores ambientais de risco são importantes causas de quedas na população idosa.

PROBLEMA	SOLUÇÃO
Tapetes soltos	Usar tapete antiderrapante ou com ventosas aderentes ou capachos.
Pouca iluminação	Usar luz indireta; evitar luz ofuscante. Em cômodos ou escadas com interruptor somente na entrada, usar lanternas ou luminárias.
Dificuldade para levantar-se de vaso sanitário, cadeira, sofá.	Providenciar cadeiras, sofás e vaso sanitário mais alto; usar barras de apoio no banheiro.
Armários soltos	Deixar os níveis mais altos dos armários para objetos pouco usados. Colocar roupas e outros objetos de uso mais frequente em prateleiras na altura do tórax.
Fios soltos	Evitar extensões. Caso seja realmente necessário, fixá-las ao chão usando fita adesiva.
Pisos escorregadios	Usar piso cerâmico antiderrapante ou fitas antiderrapantes. Manter o chão limpo e seco é uma medida simples que também auxilia. Evitar encerar o chão.
Caminhar por cômodos escuros (ex levantar-se à noite para ir ao banheiro)	Deixar lanterna em lugares fáceis, usando-as mesmo que tenha que caminhar pequenos trajetos.
Dificuldade em visualizar degraus de escada	Pintar a ponta de cada degrau de cor diferente.
Tropeços	Não deixar objetos, brinquedos, vasos de flores e roupas no chão. Reparar carpetes e pisos danificados.
Escadas	Usar fita antiderrapante nos degraus.

Além das informações contidas no quadro, também devem ser considerados como agravantes para o risco de acidentes e quedas:

- Perda da capacidade visual – catarata, glaucoma, degeneração de mácula, uso de lentes multifocais, derrames ou isquemias que afetaram a visão, etc;
- Pessoas em uso de quatro ou mais medicamentos;
- Condições médicas específicas – doença cardiovascular, demências, doença de Parkinson e outros problemas neurológicos;
- Osteoporose, principalmente em mulheres pós-menopausa;
- Perda de capacidade auditiva (dificuldade para escutar);
- Sedentarismo;
- Deficiências nutricionais;
- Condições psicológicas – depressão, medo de cair (mais de 50% das pessoas que relatam medo de cair restringem ou eliminam por completo o contato social e a atividade física);
- Diabetes;
- Problemas nos pés – malformações, úlceras (feridas), deformidades nos dedos, etc;
- Uso inadequado de sapatos e de roupas;
- Uso inadequado de aparelhos de auxílio à locomoção (bengalas, andadores, etc).

Conhecendo os fatores que podem causar uma queda, o ACS poderá, junto com a equipe, planejar estratégias para prevenir que esta aconteça. Independentemente da causa da queda, aquele indivíduo que referir ter caído duas ou mais vezes no mesmo ano será considerado frágil ou em processo de fragilização.

- O que significa idoso frágil?

O termo frágil, segundo o dicionário Aurélio, tem os seguintes sentidos: “quebradiço; pouco vigoroso”. Desses significados, aqueles que nos ajudam a definir o indivíduo idoso frágil são os que apresentam o idoso com algum tipo de debilidade ou alguma condição que lhe afeta o vigor físico e/ou mental. Ao buscar identificar esses indivíduos, estamos nos comprometendo a organizar ações específicas que tenham como objetivo final reverter parcial ou totalmente o quadro de debilidade e possibilitar a essa pessoa um maior grau de independência e autonomia ou, em casos mais severos, dar condições dignas para que elas continuem vivendo, para isso deve-se contar com o apoio de toda a equipe de saúde.

Uso de medicamentos

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

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.

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.
- Orientações aos familiares, idosos e/ou cuidadores quanto a cuidados com o uso adequado da medicação:
- Colocar os medicamentos em uma caixa com tampa (plástica ou de papelão) ou vidro com tampa, tomando o cuidado de usar caixas diferentes para medicamentos dados pela boca (via oral), para material de curativo e para material e medicamentos para inalação. Além de ser mais higiênico, diminui o risco de confundir e trocar os medicamentos. A caixa organizadora pode ser feita em casa, adaptando-se outras caixas ou também comprada em farmácias ou casas de produtos médico-hospitalares. Existem em várias opções e formatos. Caso o idoso não saiba ler, oriente que peça ajuda para dividir os medicamentos em envelopes ou saquinhos, com o desenho do horário em que deve ser tomado.
- Verificar com o médico a possibilidade de dar os medicamentos em horários padronizados, como: café da manhã, almoço e jantar. Faça uma lista do que pode e do que não pode ser dado no mesmo horário. Evitar sempre que possível medicação durante a madrugada;
- Deixar somente a última receita médica na caixa de medicamentos, isso pode evitar confusão quando há troca de medicamentos ou de receitas e facilita a consulta em caso de dúvidas;
- Guardar os medicamentos longe do alcance das crianças e animais domésticos, em local seco, arejado, longe do sol, separado de venenos ou de outras substâncias perigosas;
- Guardar em suas embalagens originais e bem fechadas para evitar misturas e realizar o controle da data de validade;
- Jogar fora os medicamentos vencidos ou aqueles com aspecto ou coloração alterado;
- Ter sempre todos os medicamentos usados com suas dosagens e horários anotados na caderneta do idoso ou fazer uma lista avulsa caso ele não tenha caderneta. Isso ajuda no acompanhamento/controle dos medicamentos em uso e na hora de dar informações na consulta seguinte;
- Não acrescentar, substituir ou retirar medicamentos sem antes consultar o médico do idoso, bem como não usar medicamentos indicados para outras pessoas;
- Se o idoso toma vários medicamentos por dia, usar um calendário ou caderno onde possa colocar data, horários e um visto na medicação já dada, evitando assim doses e medicações repetidas;
- Recomendar que não se dê medicamentos no escuro, para não ocorrerem trocas perigosas;
- Sempre conferir antes a dose, o nome do medicamento e o horário prescritos;
- Não ter como referência cor e tamanho do comprimido, pois podem mudar de acordo com o laboratório do fabricante;
- Ter sempre segurança quanto à quantidade no caso de medicamentos líquidos.
- Nunca substituir as colheres-medida ou o conta-gotas que vieram junto com o medicamento;
- Verificar com o médico a possibilidade de partir ou dissolver os medicamentos em água ou suco. Se não for possível, peça para trocá-los, caso o idoso tenha dificuldade para engolir comprimidos;
- Informar sempre ao médico se o idoso parar de tomar alguma medicação. E não parar com ela antes da orientação do médico quando os sintomas desaparecerem;
- Não repetir as receitas antigas quando achar que o idoso está com o mesmo problema. Não substituir medicamentos sem autorização do médico;
- Ao dar a medicação para o idoso, certificar-se de que ele engoliu;
- Conferir a quantidade de medicamentos antes de feriados, fins de semana, para não correr o risco de faltar;
- Não acreditar em fórmulas secretas, em medicamentos perfeitos, mágicos que servem para tudo;
- Fazer com que os medicamentos fora de uso deixem de ser guardados juntos dos demais e, de preferência, que sejam descartados.

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

Na caderneta há espaço para registro dos medicamentos em uso, mas, para os que não a têm, segue sugestão de modelos de fichas para auxiliar no controle dos medicamentos em uso e dos medicamentos administrados.

Modelo I: ficha para o controle de medicamentos em uso

Nome:

Data:

Nome do Remédio	Para que serve	Dosagem	Horário	Efeito colateral - Orientações

Modelo II: Ficha para controle na administração de medicamentos

Nome:

Data:

Medicamento	Horário	Dose

- Anotações importantes:

Maior atenção e frequência de visitas domiciliares devem ser feitas para os(as) idosos(as) que apresentarem os seguintes dados:

- Queda ou internação nos últimos seis meses;
- Diabetes e/ou hipertensão sem acompanhamento;
- Paciente que não faz acompanhamento regular de saúde;
- Idoso que fica sozinho e que tem várias doenças crônicas, referindo-se ao seu estado de saúde como ruim ou muito ruim;
- Acamados ou com dificuldade de se locomover até a UBS.
- Esses casos devem ser priorizados pelo fato de implicarem maior risco de incapacidades e mortalidade.

Saúde bucal no idoso

Mesmo que a saúde bucal do idoso não tenha sido boa durante a vida, existe a necessidade de cuidados para melhorar a situação atual e prevenir futuros problemas. Assim, a gengiva, língua e parte interna da boca, dentes e próteses devem ser examinados regularmente.

Lembrar sempre aos idosos e seus familiares que a consulta com o dentista deve ser realizada a cada seis meses. Alertar que deve procurar o dentista mesmo que não esteja sentindo dor, já que muitos têm histórias passadas de visitas ao dentista só em casos de dor. Por isso, informações são importantes para aliviar o medo dos pacientes, permitindo assim a realização do tratamento adequado, seja este preventivo ou curativo.

É importante que o ACS oriente a procura da Unidade Básica de Saúde para realização de tratamento curativo ou preventivo. É importante também estar atento aos problemas que podem provocar dor ou complicações mais sérias.

Muitos não se queixam tentando evitar o tratamento por medo ou por não saber explicar o que estão sentindo. Por isso é muito importante que o ACS e familiares observem o aparecimento de alguns sinais, como: dificuldades para comer, não sorrir, falar pouco, comer só alimentos muito moles.

Todas essas situações podem ter como causa a dor nos dentes naturais provocada por alimentos ou bebidas frias ou quentes, por raízes expostas, feridas na língua ou noutra região da boca e próteses que machucam ou estão frouxas. O câncer bucal é um problema frequente nessa faixa etária.

- Higiene bucal:

Orienta-se escovação com creme dental e uso do fio dental. Nessa faixa etária, são frequentes os distúrbios de audição, visão, déficit da memória e confusão mental. A coordenação motora do idoso deve ser observada pela família, pois pode interferir na correta remoção da placa bacteriana, portanto, se necessário, deve-se orientar o cuidador para realizá-la. É essencial dar atenção especial ao idoso portador de prótese dentária. A higiene da prótese previne doenças bucais, como a cândida bucal, e promove melhor qualidade de vida.

Orientar para oferecer bastante água durante todo o dia é muito importante para evitar a desidratação e manter a boca sempre úmida, diminuindo assim o aumento na concentração de bactérias que se instalam nela.

Alterações em saúde bucal mais frequentes nos idosos

- Alterações na parte interna da boca: se aparecer feridas, machucados brancos, deverão ser orientados a procurar o serviço de saúde bucal para serem examinados pelo dentista para diagnóstico e tratamento adequado.
- Gengivas que sangram: se o sangramento é em pequena quantidade, orientar a fazer uma boa escovação (dentes, gengivas e língua), com pasta e fio dental; pode promover uma melhora. Se isso não ocorrer em duas ou três semanas, orientar que procurem o dentista da unidade básica.
- Doença periodontal: é uma doença sem dor e o único sinal é o sangramento durante a escovação e, se a pessoa deixa de escovar o local, pode piorar ainda mais a situação. Como consequência, o dente fica mole e poderá cair. A escovação correta e frequente evita esse tipo de problema. Orientar que procure o serviço de saúde bucal.
- Candidíase: é causada por fungos e aparece na forma de placas brancas que podem cobrir boa parte da boca. Podem ser causadas pela baixa resistência da pessoa ou pela higiene deficiente das dentaduras, que devem estar sempre bem escovadas. Nesses casos é importante a boa higiene.
- Raízes dentárias expostas: as raízes dos dentes para fora da gengiva podem deixar o local muito sensível ao frio e às substâncias azedas – ácidas. Pastas de dente especiais para tirar a sensibilidade podem ser usadas.
- Feridas de longa duração: podem ser causadas por dentes quebrados, dentaduras com lados afiados ou quebrados. Oriente para procurar o dentista da Unidade Básica de Saúde.
- Boca seca: geralmente é causada por certos medicamentos e doenças (diabetes) que podem diminuir a produção de saliva. O idoso terá mais dificuldade para mastigar e engolir e há dificuldade de fixar a dentadura. Orientar ingestão de água com frequência.
- Escorrimento de saliva: pode ser consequência de algumas doenças (Parkinson) ou por dentaduras mal feitas. Nesses casos orientar que procure o dentista da Unidade Básica de Saúde para orientações.
- Déficit alimentar: nessa fase da vida, a falta dos dentes pode contribuir para uma alimentação inadequada devido ao consumo exagerado de alimentos pastosos ou líquidos (geralmente ricos em carboidratos e pobres em vitaminas e fibras), prejudicando sua saúde. Nesses casos é importante orientar a procurar a Unidade Básica de Saúde.

O idoso pode manter os dentes íntegros. Para tanto é necessário que a prevenção seja traduzida em atitudes e práticas saudáveis durante toda vida.

ATENÇÃO: verificar na visita mudanças no comportamento ao comer, falar, sorrir e dar atenção aos comentários de parentes e amigos, pois podem trazer informações importantes sobre problemas dentários.

Nesse caso o ACS deve orientar o idoso ou quem cuida dele a buscar orientações da equipe de Saúde Bucal da Unidade Básica de Saúde.

Emergências no domicílio

Em razão do processo natural de envelhecimento, as pessoas têm sua capacidade funcional diminuída, o que acarreta mudanças no funcionamento dos órgãos do corpo (coração, pulmão, rins, cérebro, fígado etc.). Isso faz com que fiquem sujeitas a agravos que requerem cuidados especiais para evitar mais complicações.

É importante saber que existem situações que podem alterar a rotina diária da pessoa idosa, como o aparecimento de um comportamento diferente ou uma piora repentina do seu estado de saúde ou um acidente. Essas situações podem ser emergências. Você deve orientar a família a estar atenta a essas situações e buscar os serviços de saúde com a maior brevidade possível.

Entre as alterações na rotina, estão: sonolência excessiva, apatia, confusão mental, agitação, agressividade. Podem ser um sinal de que algo novo, diferente, aconteceu e que há necessidade de uma avaliação imediata da equipe de saúde.

É preciso redobrar a vigilância com o idoso febril, para não permitir que fique muito parado e para melhorar sua hidratação. O idoso febril desidrata-se muito rapidamente, assim, na presença de febre, deve-se ampliar a oferta de líquidos.

- Quando levar ao hospital:

- Em caso de confusão mental junto com febre, pois indica infecção grave que necessita de intervenção precoce;
- Em casos em que o idoso apresentar sinais de pressão baixa (desmaio, tontura, calor repentino), pouca reação quando conversamos com ele ou estiver com a pele manchada, parecendo mármore;
- Quando o idoso estiver com muita falta de ar, pois pode indicar infecção pulmonar ou problema cardíaco;
- Quando o idoso parar de urinar, que pode ser só por desidratação, mas pode também indicar que os rins estão falhando.

Ter sempre o número dos telefones de ajuda e socorro em lugar de fácil acesso (SAMU 192). Oriente os familiares que, ao procurar um hospital, levem os documentos da pessoa idosa (carteira de identidade ou profissional e, se tiver, do plano de saúde), a carteira de saúde do idoso e os medicamentos que estão sendo usados, mesmo os comprados sem receita médica.

- Lembretes à pessoa idosa:

Alguns lembretes importantes que devem ser ressaltados pelo ACS à pessoa idosa:

O idoso deve sempre ser lembrado dos benefícios do envelhecimento ativo e bem sucedido, com hábitos saudáveis de vida: cuidados com a alimentação, manutenção de atividade social e sexual ativa, sempre que possível, tendo como parceiros desse envelhecimento bem sucedido os profissionais de saúde.

Políticas de assistência social disponíveis à pessoa idosa

A atenção da política de assistência social realiza-se por meio de serviços, benefícios, programas e projetos destinados a pessoas e a famílias que se encontram em situação de risco pessoal e/ou social.

- Benefício de Prestação Continuada (BCP)

Esse benefício é integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na Proteção Social Básica, assegurado por lei e pago pelo governo federal que pode ser utilizado por idosos e pessoas com deficiência.

O valor do Benefício de Prestação Continuada (BPC) é de um salário mínimo, pago por mês às pessoas idosas e/ou com deficiência que não podem garantir a sua sobrevivência, por conta própria ou com o apoio da família.

Podem receber o BPC:

- Pessoas idosas com 65 anos ou mais e pessoas com deficiência;
- Quem não tem direito à previdência social;
- Pessoa com deficiência que não pode trabalhar e levar uma vida independente;
- Renda familiar inferior a ¼ do salário mínimo.

Para fazer o requerimento do benefício, precisa comprovar:

- Que o idoso tem 65 anos ou mais;

- A identificação do deficiente, sua deficiência e o nível de incapacidade por meio da avaliação do Serviço de Perícia Médica do INSS;
- Que não recebe nenhum benefício previdenciário;
- Que a renda da sua família é inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo por pessoa.

Se a pessoa tem direito de receber o BPC, não é necessário nenhum intermediário. Basta se dirigir à agência do INSS mais próximo de sua residência, levando os documentos pessoais necessários.

Documentos necessários ao requerimento:

- Documentos do requerente:

- Certidão de nascimento ou casamento;
- Documento de identidade, carteira de trabalho ou outro que possa identificar o requerente;
- CPF, se tiver;
- Comprovante de residência;
- Documento legal, no caso de procuração, guarda, tutela ou curatela.
- Documentos da família do requerente:
 - Documento de identidade;
 - Carteira de trabalho;
 - CPF, se houver;
 - Certidão de nascimento ou casamento ou outros documentos que possam identificar todas as pessoas que fazem parte da família e suas rendas.

Deve também ser preenchido o Formulário de Declaração da Composição e Renda Familiar. Esse documento faz parte do processo de requerimento e será entregue no momento da inscrição.

Após esse processo, o INSS enviará uma carta para a casa do requerente informando se ele vai receber ou não o BPC. Essa carta também informará como e onde ele receberá o dinheiro do BPC. Se a pessoa tiver direito ao BPC, em 45 dias após a aprovação do requerimento o valor em dinheiro já estará liberado para saque.

Quem tem direito ao BPC recebe do banco um cartão magnético para usar apenas para sacar o recurso referente a ele. Não é preciso pagar por isso nem é obrigatório compra de nenhum produto do banco para receber o cartão.

Benefícios previdenciários

- Aposentadoria por idade:

Exigências para requerer esse benefício:

- Ter contribuído para a Previdência Social por, pelo menos, 15 anos;
- Aos trabalhadores urbanos, é exigida a idade mínima de 65 anos para os homens e 60 anos para as mulheres;
- Para trabalhadores rurais, a idade mínima é 60 anos para os homens e 55 anos para as mulheres.

- Aposentadoria por invalidez:

É um benefício concedido aos trabalhadores que por doença ou acidente do trabalho forem considerados incapacitados para exercer as atividades profissionais.

Exigências para requerer esse benefício:

- Ser considerado pela perícia médica do INSS total e definitivamente incapaz para o trabalho.

- Pensão por morte:

É um benefício pago à família quando o trabalhador da ativa ou aposentado morre.

Exigências para requerer esse benefício:

- Ter contribuído para o INSS.

Quem pode requerer esse benefício:

- Esposa, marido, companheiro(a), filhos menores de 21 anos ou filho inválido, pai, mãe, irmão menor de 21 anos ou inválido;
- Familiar ou aquele que cuida do idoso que por algum motivo não possa receber benefício a que o idoso tem direito deve ir à agência da previdência social da sua cidade para obter informações.

REFERÊNCIAS

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)



ATIVIDADE XXV

ESTUDO DE CASO

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Refletir sobre as ações do ACS em promoção da saúde do idoso.


Desenvolvimento

- Em grupo, crie um Caso abordando orientações oferecidas pelo ACS à população idosa;
- Em seguida, prepare uma dramatização com o Caso construído;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente;



Atenção:

Ao elaborar um estudo de caso, é preciso pensar em personagens, cenário, uma situação, ou várias situações, de forma que na leitura seja possível identificar sintomas, problemas, sinais de necessidade de intervenção;



ATIVIDADE XXVI

ORIENTAÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DE DISPERSÃO/PRÁTICA SUPERVISIONADA

.....

Tempo estimado: 1 hora e 20 minutos

Objetivo

- Compreender as Atividades Dispersão/Prática Supervisionada a serem realizadas no local de trabalho.

Material

- Roteiro para Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada.

Desenvolvimento

- Faça a leitura das Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada que serão realizadas durante a rotina de trabalho de cada um;
- Esclareça suas dúvidas em relação às Atividades de Dispersão;



ATIVIDADE XXVII

DESPEDIDA E ENCERRAMENTO DA UNIDADE 4 (parte 1)

.....
Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Promover a despedida da turma para encerramento das Atividades do período de Concentração da Unidade 4 parte 2.
- Refletir sobre as relações educativas entre as pessoas na construção de um mundo melhor.

Material

- Música: “Dias Melhores”;
- Sugestão: Som e CD.

Desenvolvimento

- Reflita sobre a música e relacione-a com o Curso;
- Participe do encerramento da Unidade 4 - Concentração (parte 1).



Atenção:

E necessário que você leve este Guia Didático (Unidade 4) para o próximo período de Concentração.



TEXTO DE APOIO

DIAS MELHORES²

Vivemos esperando
Dias melhores
Dias de paz, dias a mais
Dias que não deixaremos
Para trás
Oh! Oh! Oh! Oh!...

Vivemos esperando
O dia em que
Seremos melhores
(Melhores! Melhores!)
Melhores no amor
Melhores na dor
Melhores em tudo
Oh! Oh! Oh!...

Vivemos esperando
O dia em que seremos
Para sempre
Vivemos esperando
Oh! Oh! Oh!
Dias melhores prá sempre
Dias melhores prá sempre
(Prá sempre!)...

Vivemos esperando
Dias melhores
(Melhores! Melhores!)

Dias de paz
Dias a mais
Dias que não deixaremos
Para trás
Oh! Oh! Oh!...

Vivemos esperando
O dia em que
Seremos melhores
(Melhores! Melhores!)
Melhores no amor
Melhores na dor
Melhores em tudo
Oh! Oh! Oh!...

Vivemos esperando
O dia em que seremos
Para sempre
Vivemos esperando
Oh! Oh! Oh!...

Dias melhores
Prá sempre...(4x)

Uh! Uh! Uh! Oh! Oh!
Prá sempre!
Sempre! Sempre! Sempre!...

²Flausino, R. Dias Melhores. Oxigênio.2000. CD.

ATIVIDADES DE DISPERSÃO

ATIVIDADES SUPERVISIONADAS PELO DOCENTE DA DISPERSÃO

No Curso de Qualificação para o Agente Comunitário de Saúde estão previstas várias Atividades que deverão ser realizadas no espaço de atuação do ACS, acompanhadas pelo Docente da Dispersão (Enfermeiro da ESF).

O Docente da Dispersão/Prática Supervisionada é um mediador do processo de ensino-aprendizagem, assim deverá propiciar momentos de construções coletivas e individuais, pautadas na articulação teórica e prática, na troca de experiências e na interação com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde.

É importante que o Docente da Dispersão/Prática Supervisionada salientar aos alunos quanto ao hábito de registrar suas dúvidas, respostas e observações referente as Atividades, uma vez que tais elementos servirão como base do Consolidado / relatório final.



ATIVIDADE I

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

.....

Objetivo

- Divulgar o papel da ESF e os serviços ofertados à comunidade.

Desenvolvimento

- Elaborare, sobre orientações do Docente, um informativo sobre o Programa de Saúde da Família que deverá ser entregue a população com as seguintes informações:
 1. Horários de funcionamento da UBS,
 2. Profissionais disponíveis,
 3. Grupos operativos,
 4. Serviços oferecidos, etc.
- Identifique, junto com o Docente, a melhor forma de difundir as informações sobre o PSF e suas características para a comunidade;



ATIVIDADE II

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

.....

Objetivo

- Levantar e reconhecer os métodos anticoncepcionais ofertados à população do município.

Desenvolvimento

- Identifique e descreva, de forma sucinta, os princípios e a indicação dos métodos anticoncepcionais da Unidade Básica de Saúde disponíveis para a comunidade;
- Levantar, junto a Equipe da unidade de Saúde a necessidade, devidamente justificada, de aquisição de algum método anticoncepcional indisponível no momento para a comunidade;
- Reflita e responda as seguintes questões:
 1. O Município disponibiliza para a população métodos como a laqueadura de trompas e a vasectomia? Como se dá o fluxo para esses procedimentos?
 2. Caso não o Município não disponibiliza, como a população se organiza para ter acesso a esses procedimentos?
- Apresente um relatório referente à Atividade.



ATIVIDADE III

REDE DE ATENÇÃO CONTRA A VIOLÊNCIA À MULHER

.....

Objetivo

- Identificar o fluxo do Municipal referente ao atendimento à mulher vítima de violência (doméstica, física, sexual).

Desenvolvimento

- Identifique, sobre orientação do Docente, como está organizada no município a rede de atenção à mulher vítima de violência.
- Caso haja fluxos específicos (de acordo com a violência), descrever cada um desses.
- Visite os locais integrantes desse fluxo de atendimento, buscando levantar:
 1. Como o serviço fica sabendo dos casos de violência contra a mulher?
 2. Existe um roteiro definido para o atendimento dos casos?
 3. Quais são os profissionais envolvidos no atendimento?
 4. Existe algum tipo de acompanhamento dos casos de violência? Por quanto tempo?
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



ATIVIDADE IV

VISITANDO O CONSELHO TUTELAR

.....

Objetivos

- Conhecer o Conselho Tutelar do município;
- Identificar o papel do conselho tutelar para a comunidade.

Desenvolvimento

- Realize uma visita ao Conselho Tutelar do Município.
- Durante a entrevista, levantar os seguintes pontos:
 1. Qual a função do Conselho Tutelar no município?
 2. Qual o papel do Conselho Tutelar junto às famílias?
 3. Como é realizado o trabalho do conselheiro tutelar?
 4. O trabalho do Conselho Tutelar se dá por busca ativa ou demanda espontânea? Como?
 5. A quem o Conselho Tutelar é destinado? Como ele pode ajudar?
 6. Quais as dificuldades encontradas pelo Conselho Tutelar para execução do seu trabalho no município?
- Apresente um relatório sobre a visita realizada.



ATIVIDADE V

PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO

.....

Objetivo

- Levantar e reconhecer o perfil da população idosa da ESF.

Desenvolvimento

- A partir dos cadastros da Unidade Básica de Saúde e pesquisa na população, trace e/ou atualize o perfil da população idosa com os seguintes dados:

1. Número de idosos cadastrados na área de abrangência.;
2. Divisão da população idosa por faixa etária: 60 a 70 anos; 70 a 80 anos e 80 anos ou mais;
3. Divisão da população idosa por sexo;
4. Número de idosos que vivem sozinhos;
5. Número de idosos que vivem com os companheiros;
6. Número de idosos que vivem com outros familiares;
7. Número de idosos que vivem em instituições asilares;
8. Quantidade de idosos que vivem na cidade;
9. Quantidade de idosos que vivem na zona rural;
10. Quantidade de idosos economicamente ativos (que trabalham);
11. Porcentagem de idosos com renda de aposentadoria (renda própria);
12. Porcentagem de idosos sem renda (dependentes economicamente);
13. Doenças mais comuns entre a população idosa da área de abrangência;
14. Principais riscos a que a população idosa da área de abrangência está exposta (doenças, acidentes, violência, ambiente);
15. Número de idosos acamados na área de abrangência.

- Após a pesquisa, elabore um relatório sobre o perfil da população idosa da área de abrangência.



ATIVIDADE VI

REUNIÃO COM A ESF

.....

Objetivo

- Elaborar um consolidado /síntese com as Atividades do período de Dispersão para ser apresentado no próximo período de Concentração.

Desenvolvimento

- Elabore um consolidado/relatório sobre as Atividades desenvolvidas na Dispersão/Prática Supervisionada que será apresentada na próxima concentração;
- Reúna com os demais ACS e prepare uma apresentação desse consolidado aos demais integrantes da Unidade Básica de Saúde.

2ª PARTE



ATIVIDADE I ACOLHIMENTO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivos

- Acolher os participantes;
- Fortalecer o trabalho em equipe.

Material

- Texto de Apoio: “A assembleia na Carpintaria”.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade promovida pelo Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “A assembleia na Carpintaria”;
- Participe da discussão com o Docente e colegas;
- Socialize sua ideias;
- Participe da sistematização da Atividade promovido pelo Docente.



Para refletir::

Todos nós assim como as ferramentas, mesmo sendo diferentes, somos fundamentais. Cada ferramenta possui seus defeitos e qualidades, mas apenas, juntas, conseguem criar cadeiras, mesas, portas.



TEXTO DE APOIO ASSEMBLEIA NA CARPINTARIA³

Contam que na carpintaria houve uma vez uma estranha assembleia. Foi uma reunião das ferramentas para acertar suas diferenças.

O martelo exerceu a presidência, mas os participantes lhe notificaram que teria que renunciar. A causa? Fazia demasiado barulho e, além do mais, passava todo o tempo golpeando. O martelo aceitou sua culpa, mas pediu que também fosse expulso o parafuso, dizendo que ele dava muitas voltas para conseguir algo. Diante do ataque, o parafuso concordou, mas por sua vez, pediu a expulsão da lixa. Dizia que ela era muito áspera no tratamento com os demais. A lixa acatou, com a condição de que se expulsasse a trena, que sempre media os outros segundo a sua medida, como se fora a única perfeita.

Nesse momento entrou o carpinteiro, juntou o material e iniciou o seu trabalho. Utilizou o martelo, a lixa, a trena e o parafuso. Finalmente, a rústica madeira se converteu num fino móvel. Quando a carpintaria ficou novamente só, a assembleia reativou a discussão. Foi então que o serrote tomou a palavra e disse:

- Senhores, ficou demonstrado que temos defeitos, mas o carpinteiro trabalha com nossas qualidades, com nossos pontos valiosos. Assim, não pensemos em nossos pontos fracos, e concentremo-nos em nossos pontos fortes.

³Disponível em: <<http://www.mensagnavirtuais.xpg.com.br>>. Acesso em 24 set, 2012.

A assembleia entendeu que o martelo era forte, o parafuso unia e dava força, a lixa era especial para limar e afinar asperezas e a trena era precisa e exata. Sentiram-se então como uma equipe capaz de produzir móveis de qualidade. Sentiram alegria pela oportunidade de trabalhar juntos.

Ocorre o mesmo com os seres humanos. Quando uma pessoa busca defeitos em outra, a situação torna-se tensa e negativa. Ao contrário, quando se busca com sinceridade os pontos fortes dos outros, florescem as melhores conquistas humanas.

É fácil encontrar defeitos. Qualquer um pode fazê-lo. Mas encontrar qualidades, isto é para os sábios...



ATIVIDADE II

APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DE DISPERSÃO/ PRÁTICA SUPERVISIONADA

.....
Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Apresentação das Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada da 1ª parte da Unidade 4 ;

Material

- Consolidado das Atividade desenvolvidas no período de Dispersão/Prática Supervisionada.

Desenvolvimento

- Forme grupos por Equipes de Saúde da Família;
- Apresente em plenária o consolidado produzido no período da Dispersão/Prática Supervisionada da 1ª parte da Unidade 4;
- Participe da roda de conversa promovida pelo Docente;
- Participe da sistematização da atividade e esclareça suas dúvidas.



ATIVIDADE III

O ACS E A SAÚDE MENTAL DA COMUNIDADE

.....
Tempo estimado: 1 hora e 40 minutos

Objetivo

- Desmistificar a imagem do portador de sofrimento mental.

Material

- Texto de Apoio: “Entre e a loucura e a liberdade”: A experiência de uma Agente Comunitária de Saúde”.

Desenvolvimento

- Participe da roda de conversa junto com o Docente e colegas;
- Reflita sobre sua comunidade e identifique casos de pessoas com transtornos mentais:
 1. Como a comunidade percebe e se relaciona com essa pessoa?
 2. E como essa pessoa se relaciona com a sociedade?
 3. E como você, ACS se posiciona em relação às pessoas portadoras de sofrimento mental?
- Faça a leitura individual do Texto de Apoio: “Entre e a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde”.
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

ENTRE A LOUCURA E A LIBERDADE A EXPERIÊNCIA DE UMA AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE

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.

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 convencendo de que a equipe não podia fazer nada 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. 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.

Lembro-me do primeiro dia em que eu e a Saron (médica de família) fizemos a primeira visita domiciliar e conhecemos, separados da casa dos pais, os dois cômodos em que ele reside.

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!

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.

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?

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.

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.

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.

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. 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.

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.

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 desci 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.

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. 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. 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..... 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.

REFERÊNCIA

MATTOS, S.A.F. Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde. In: LANCETTI, A Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec, s.d. p.53-8. (Saúde e Loucura 7).



ATIVIDADE IV

PROBLEMAS E SINTOMAS MAIS COMUNS EM SAÚDE MENTAL

.....
Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Identificar os problemas mais comuns em saúde mental;
- Reconhecer os sinais e sintomas mais comuns em saúde mental.

Desenvolvimento

- Faça a leitura do Texto de Apoio: “ Não há Saúde sem Saúde Mental”;
- Siga as orientações do Docente;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente e esclareça suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

NÃO HÁ SAÚDE SEM SAÚDE MENTAL

Centenas de milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas por distúrbios de origem mental, comportamental, neurológica e por uso de álcool e outras drogas. Um estudo feito em 2002 mostrou que 154 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de depressão, 91 milhões são afetadas por problemas decorrentes do uso de álcool e 15 milhões sofrem por distúrbios decorrentes do uso de outras drogas.

É necessário compreender que saúde mental é fundamental para o bem-estar pessoal, para os relacionamentos familiares, para o crescimento da comunidade e da sociedade como um todo. Ao contrário disso, a doença mental interage com a pobreza e a falta de recursos de uma forma negativa: os transtornos dificultam ainda mais o aprendizado dos sujeitos e seu envolvimento em atividades produtivas sociais e econômicas. Para evitar essa associação de sofrimento psíquico com falta de acesso aos serviços, a Estratégia Saúde da Família, em especial a ação dos agentes comunitários de saúde, tem um papel fundamental.

Na comunidade, encontramos muitas pessoas com sofrimento mental grave que não conseguem chegar até o posto ou até o CAPS. Muitas famílias ainda continuam buscando somente o tratamento hospitalar porque desconhecem e/ou não conseguem ainda acessar a rede de serviços especializados e entender os diferentes papéis dos serviços que compõem a rede. E continuamos encontrando muitas pessoas que passam os seus dias trancadas em casa ou fora dela enquanto os familiares vão e voltam do trabalho. Ainda há aquelas que não acessam o tratamento medicamentoso e repetem

episódios de muito medo, agressividade e violência. Também aparecem as crises epiléticas sem tratamento, os usuários de droga que querem e não encontram facilmente acesso aos serviços.

Os números descritos anteriormente revelam a importância de a saúde mental ser uma das prioridades na organização de qualquer serviço de saúde. A proximidade da equipe de Saúde da Família com a comunidade facilita a identificação de pessoas com sintomas de sofrimento mental. Nesses casos, é importante que a equipe de saúde seja informada para que o tratamento comece o mais cedo possível, evitando-se assim mais sofrimento por parte dessas pessoas e de suas famílias.

Ansiedade

No Brasil, o transtorno de ansiedade encontra-se no 1º lugar em prevalência entre os transtornos psiquiátricos. A ansiedade é uma experiência vivenciada por todos os seres humanos, constituindo-se em uma resposta quanto a situações de perigo ou ameaça reais, como ao estresse e desafios do dia a dia – adoecer, hospitalizar-se, ter de se submeter a uma cirurgia ou ir ao dentista.

É uma emoção semelhante ao medo: ela representa um sinal de alarme para situações de ameaça à integridade física ou moral de uma pessoa. É comum também que ela ocorra em situações que representem frustração de planos e de projetos pessoais, perda de posição social, de entes queridos, em situações de desamparo, abandono ou punição. Essas circunstâncias constituem sinal de alerta que auxilia a pessoa a tomar medidas necessárias para lidar com o “perigo”.

Muitas pessoas que sofrem de transtorno de ansiedade sentem mal-estar acentuado quando saem de casa, andam de ônibus, vão a lugares mais cheios. Esses sintomas muitas vezes provocam um “auto isolamento” da pessoa, que progressivamente vai diminuindo a autonomia e intensificando os medos. Essas pessoas, com frequência, evitam até mesmo ir ao posto de saúde.

Sintomas observados nos transtornos de ansiedade:

- Crises de dor no peito, coração batendo forte e acelerado;
- Falta de ar;
- Dor e desconforto abdominal;
- Dor de cabeça, tonturas;
- Tensão muscular – musculatura “endurecida”;
- Tremores;
- Suor em excesso;
- Boca seca;
- Dificuldade para dormir;
- Calorões ou calafrios.

Sintomas de ansiedade podem acontecer ainda como resultado do uso de drogas, em situações de abstinência de substâncias e também em transtornos mentais – depressão, psicoses e transtornos do humor.

A ansiedade também pode ser causa de abuso e dependência de substâncias como álcool, medicamentos chamados de Benzodiazepínicos (Diazepam, Clonazepam, também conhecidos como Rivotril, Lexotan, Lorax) e outras. Com muita frequência encontramos pessoas, principalmente mulheres, que usam os Benzodiazepínicos de forma crônica e acabam por desenvolver dependência e sintomas que não se relacionam ao uso, como perda de memória e desatenção e sintomas depressivos. Indivíduos que apresentem essas características devem ser orientados a procurar atendimento e buscar o correto diagnóstico e tratamento.

Depressão

Assim como na ansiedade, é necessário diferenciar a depressão “normal” ou tristeza (sentimento experimentado por todos na vida) da depressão como doença, que necessita de tratamento específico. A definição da depressão (doença) leva em consideração a presença de alguns sintomas e sua duração. Como se trata de condição complexa, ao apresentar sinais ou sintomas que indiquem depressão, a pessoa necessitará de avaliação feita por profissional.

Sintomas principais:

1. Humor deprimido;
2. Perda de interesse pela vida;
3. Fadiga.

Sintomas acessórios:

- Concentração e atenção reduzidas;

- Autoestima e autoconfiança reduzidas;
- Ideias de culpa e inutilidade;
- Pessimismo em relação ao futuro;
- Ideias de suicídio;
- Sono perturbado;
- Apetite diminuído.

Obs.: a presença desses sintomas de forma isolada não indica necessariamente depressão. Se houver suspeita, a pessoa deve ser encaminhada para avaliação da equipe de saúde.

Depressão no pós-parto

Nos últimos 20 anos, houve o reconhecimento de que no período da gravidez a mulher pode apresentar transtornos de humor, em particular a depressão. Essa afirmativa contraria um pensamento comum de que a gravidez é uma época somente de alegrias para a mulher. Hoje sabemos que transtornos de humor manifestados durante a gestação podem indicar que essa gestante terá risco de desenvolver depressão pós-parto.

Estima-se que 25 a 35% das gestantes têm sintomas depressivos durante a gravidez, e mais de 20% têm critérios para o diagnóstico da doença.

Os sintomas depressivos acontecem principalmente no terceiro trimestre de gestação e nos seis meses após o parto. Não é por coincidência que nessa fase você deve visitar mais regularmente a gestante e a puérpera. Pela grande frequência e grave consequências que podem trazer, os sintomas que indicam a presença de depressão pós-parto devem ser sempre valorizados e nunca menosprezados. Com o nascimento de um novo filho, nasce também uma nova família, que precisará se adaptar a essas mudanças em sua estrutura. O reconhecimento de qualquer sintoma que indique sofrimento por parte da gestante ou puérpera deve ser levado à equipe de saúde, que deverá se organizar para prestar o atendimento adequado a ela, a seu bebê e ao restante da família.

Depressão na pessoa idosa

É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas e, se suspeitada, necessita sempre de avaliação pela equipe de saúde.

As mulheres são mais acometidas que os homens (proporção de duas mulheres para cada homem). Pessoas idosas doentes ou institucionalizadas também apresentam um risco maior para a doença.

Na presença de sintomas depressivos leves, o idoso deve sempre ser encaminhado para a Unidade Básica de Saúde, pois o não tratamento dessa condição está associado ao alto risco de desenvolvimento de uma forma mais grave da doença.

Na população idosa, a depressão pode estar associada a sintomas físicos, gerando maior procura pelas Unidades Básicas de Saúde. Também há risco de maior consumo de medicamentos, o que pode ser bastante prejudicial para as pessoas dessa faixa etária.

É essencial que seja feita a diferenciação entre tristeza e depressão, uma vez que os sintomas depressivos podem ser mais comuns nessa faixa etária, desencadeados, principalmente, por adoecimento ou fatores estressantes em sua vida. Nessa diferenciação, é preciso que o profissional de saúde não subestime as queixas apresentadas pelo idoso, uma vez que ainda é comum ouvirmos afirmações dos próprios profissionais que reforçam a falsa associação entre velhice e doença ou transtornos de humor. Portanto, os sinais apresentados por esses indivíduos necessitam de acompanhamento e intervenção, para que não comprometam ainda mais suas atividades diárias, muitas vezes já restritas pelo próprio processo de envelhecimento, afetando sua qualidade de vida (...)

REFERÊNCIAS

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).

2º DIA



ATIVIDADE V

O TRABALHO DO ACS COM AÇÕES EM SAÚDE MENTAL

Tempo estimado: 2 horas e 40 minutos

Objetivos

- Reconhecer as estratégias e ações da ESF na atenção em saúde mental;
- Refletir sobre a importância na mudança de conduta em relação ao portador de sofrimento mental;
- Refletir sobre a estigmatização provocada pelo Sistema manicomial.

Material

- Pinceis, tesouras, papel A4, Kraft;
- Texto de Apoio: “Alguns elementos de Saúde Mental para os Agentes Comunitários de Saúde”;
- Filme: “Bicho de Sete Cabeças”.

Desenvolvimento

- Forme grupos por Equipe de Saúde da Família;
- Liste nomes de pessoas da micro-área de abrangência que sofrem de transtornos mentais e identifique quais ações em Saúde Mental realizadas pela ESF para estas pessoas;
- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Siga as orientações do Docente;
- Junte-se a outro grupo e descreva os principais problemas referentes aos atendimentos e ações em saúde mental;
- Faça a leitura do Texto de Apoio “Alguns elementos de Saúde Mental para os Agentes Comunitários de Saúde” e identifique os pontos que considera mais importantes;
- Após a leitura, volte para o grupo da Equipe de Saúde da Família e construa estratégias de atenção em Saúde Mental para as pessoas da micro-área com transtornos mentais inicialmente listadas, explicitando:
 1. O papel do ACS;
 2. Papel do enfermeiro;
 3. O papel do médico;
 4. E, eventualmente, o papel do técnico de enfermagem;
- Apresente novamente em plenária a produção do grupo;
- Assista ao filme “Bicho de Sete Cabeças”;
- Após exibição do filme, socialize suas idéias sobre as questões abordadas e posturas: da família, sistema, sociedade entre outras;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente e esclareça suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

ALGUNS ELEMENTOS DA SAÚDE MENTAL PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Ana Marta Lobosque⁴
Marcelo Arinos Drummond Junior⁵

Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica

A forma de tratar os portadores de sofrimento mental mudou muito nos últimos 30 anos.

Durante muito tempo, eles foram excluídos da convivência social e dos laços com suas famílias. Eram internados, muitas vezes por toda vida, em hospitais psiquiátricos: lugares fechados, isolados, onde permaneciam afastados da vida em sociedade, e não podiam se queixar dos maus tratos que recebiam.

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, e desejam 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 30 anos, a luta antimanicomial obteve muitas conquistas importantes, que fazem parte da Reforma Psiquiátrica. Uma lei nacional - a lei 10.216 de 2001 - defende a importância do tratamento realizado na comunidade, e proíbe a internação indiscriminada dos portadores de sofrimento mental. Foram fechados cerca de 40 mil leitos e hospitais psiquiátricos. Várias portarias do Ministério da Saúde reforçam esta tendência, criando novos tipos de serviços abertos.

Cada vez mais, felizmente, o portador de sofrimento mental é um cidadão, embora diferente, que exerce seus direitos e partilha conosco o mesmo espaço social. No dia 18 de maio de cada ano, em diversos municípios, manifestações públicas comemoram este avanço: em Belo Horizonte, já é famoso o desfile da Escola de Samba Liberdade Ainda que Tam Tam.

Sofrimento mental: o que é?

O sofrimento mental não é uma doença semelhante a uma diabetes ou a uma 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. No caso dos pacientes chamados “deprimidos”, “bipolares”, “esquizofrênicos”, etc, não conhecemos nenhuma alteração orgânica que seja a causa dos seus sintomas.

Mesmo assim, os transtornos mentais podem causar grande sofrimento, criando dificuldades graves para a vida da pessoa, principalmente, mas também do seu círculo familiar.

Alguns desses transtornos nós mesmos já experimentamos em nossas vidas: por exemplo, uma ansiedade incontrolável em situações de stress, ou uma “mania” de conferir a toda hora se as portas estão fechadas, ou se estamos pisando só nos riscos do passeio; ou uma tristeza profunda aparentemente sem motivo; ou o hábito de beber ou usar drogas de forma prejudicial. O problema é que os portadores de sofrimento mental apresentam estes sintomas num grau e numa frequência muito grande, a ponto de se tornarem insuportáveis para eles. Estes usuários são diagnosticados como neuróticos.

⁴Psiquiatra, militante da luta antimanicomial e coordenadora do grupo de Produção Temática em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais ESP/MG.

⁵Psicólogo, militante da luta antimanicomial e membro do Grupo de Produção Temática em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais ESP/MG.

Alguns outros pacientes apresentam vivências muito diferentes das nossas, e incompreensíveis para nós. Eles se sentem perseguidos, ouvem vozes que os ameaçam, acreditam que seu pensamento está sendo lido por todos, ou que suas ideias e atos estão sendo controlados pela TV ou pela Internet. Estes usuários são chamados de psicóticos.

Os neuróticos e os psicóticos graves, ao lado das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, constituem a clientela prioritária da Saúde Mental

Como cuidar do portador de sofrimento mental?

Ao longo destes anos, aprendemos muito em matéria de cuidado ao portador de sofrimento mental. Estes cuidados são variados, e podem requerer ou não a participação de um especialista. Mas se baseiam sempre em alguns pilares:

- O acolhimento: seja qual for o serviço onde cheguem, estas pessoas devem ser acolhidas e escutadas. O mesmo vale para seus familiares e acompanhantes. Antes de encaminhá-las para um profissional de Saúde Mental, o profissional do PSF deve 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. O portador de sofrimento mental é tão sensível como qualquer outra pessoa à qualidade do acolhimento que recebe.
- O vínculo: quer o usuário possa ficar no mesmo serviço onde chegou, ou ser encaminhado para outro serviço, mais adequado às suas necessidades no momento. Em qualquer caso, o estabelecimento de um vínculo com ele é essencial para a sua adesão ao tratamento. Ele não voltará, se esse vínculo não for construído com atenção e delicadeza.
- A responsabilização de cuidados: cada serviço da rede deve assumir a sua parte nos cuidados necessários a um determinado paciente. 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 - enfim partilhar efetivamente a responsabilidade.

Observações:

- É muito comum as pessoas dizerem que “o louco não quer se tratar”. Mas se oferecemos a ele 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 pacientes 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.

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 do portador de sofrimento mental.

Nem todos os tipos de serviços são necessários em todos os lugares. A necessidade de cada um deles varia com o porte e com as dificuldades específicas do município

Os serviços e dispositivos que compõem estas redes são:

- A atenção básica: essencial em todos os municípios. Grande parte dos problemas de Saúde Mental pode ser abordada e encontrar saídas na atenção básica, sobretudo quando o município trabalha com o PSF, na lógica da desterritorialização. Para atender os portadores de sofrimento mental, as equipes da atenção básica devem contar com a retaguarda de uma equipe de Saúde Mental, que os oriente a acompanhar os casos, que os acompanhem em atendimentos conjuntos e que atendam as situações que exijam atenção especializada.
- Os Centros de Atenção Psicossocial-os CAPS: para municípios de mais de vinte mil habitantes. São destinados às situações de crise ou de maior gravidade, que a atenção básica não conseguiu acompanhar. Para isso, oferecem cuidado intensivo ou semi-intensivo, durante todo o dia (CAPS I e II) e durante dia e noite (CAPS III). Depois de sua passagem pelo CAPS, o usuário deve retornar à sua equipe de referência na atenção básica.
- Os centros de convivência: promovem a reinserção social de pacientes graves que já se encontram melhores, através de oficinas para produção de artesanato e arte (música, pintura, teatro, dança, etc), passeios, reuniões, etc. Osicineiros são artistas e artesãos, sem formação específica em Saúde Mental. Uma observação: oficinas também devem acontecer na atenção básica e no CAPS, mas, nestes casos, são conduzidas por profissionais destes serviços.

- As moradias: são casas destinadas a usuários que perderam seus vínculos sócio-familiares, seja por terem ficado por muitos anos internados em hospitais, seja por viverem na rua, etc. Quando seus moradores conseguem cuidar-se e cuidar da casa, elas podem funcionar como repúblicas. Mas se os moradores ainda não adquiriram este grau de independência, um cuidador os acompanha.
- Pernoite em hospital geral: nos municípios de pequeno e médio porte, pode-se reservar alguns leitos no hospital geral para oferecer hospitalidade noturna aos pacientes em crise mais grave.

Qual a função do Agente Comunitário de Saúde na abordagem e acompanhamento do portador de sofrimento mental?

É fundamental a importância do ACS no cuidado em liberdade ao portador de sofrimento mental.

Seguem-se alguns aspectos de sua atuação:

- A construção do vínculo: sendo o agente de Saúde que percorre de fato todo o território, o ACS é aquele 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, o ACS pode constatar situações graves de sofrimento mental que não chegaram ao conhecimento da equipe de Saúde. Por ex: pessoas que vivem sozinhas num quarto atulhado de lixo; pessoas que são maltratadas por seus familiares em virtude de problemas mentais; e assim por diante. Lembramos que os cuidados do ACS não se esgotam quando ele comunica à equipe a situação que descobriu; pelo contrário, ele 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. O convívio entre eles pode ser mais difícil; também pode haver maior dificuldade em ministrar a medicação de forma adequada, em cuidar da higiene, etc. 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 portadores de 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, o ACS que se interessa por alguma dessas atividades – caminhadas, passeios, teatro, dança, costura, etc – pode ajudar os usuários a realizá-las. Quando fizer isto, logo há de notar como as pessoas melhoram com as oficinas, o convívio, a conversa e o encontro!

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.

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 pudemos constatar, é realmente fundamental o papel do ACS no cuidado em liberdade ao portador de sofrimento mental.

REFERÊNCIA

LOBOSQUE, A.M.; DRUMMOND JUNIOR, M.A. Grupo de Produção Temática em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais ESP/MG.



ATIVIDADE VI

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

.....

Tempo estimado: 3 horas e 30 minutos

Objetivos

- Conceituar e identificar as principais doenças sexualmente transmissíveis;
- Conhecer a atual situação e contexto do HIV no Brasil;
- Refletir sobre a importância da postura profissional na abordagem das principais DST's.

Material

- Providenciar (antecipadamente) material para pesquisa;
- Guia de bolso do Ministério da Saúde, entre outros;

Desenvolvimento

- Siga as orientações do Docente;
- Forme grupos e faça uma pesquisa sobre as doenças sexualmente transmissíveis: cancro mole, candidíase, gonorreia, hepatite B, HPV, herpes simples, sífilis e tricomoníase;
- Na pesquisa deverá conter:
 1. Agente etiológico (causadora da doença);
 2. Modo de Transmissão da doença;
 3. Sinais e sintomas;
 4. Tratamento;
 5. Modos de prevenção;
- 1 grupo ficará responsável em pesquisar a atual situação e contexto do HIV no Brasil;
- E outro grupo pesquisará ética e postura profissional na abordagem e tratamento das DST's.



Observações:

A pesquisa pode ser feita em outros locais, caso julguem necessário, como: bibliotecas, lan house (pesquisa virtual), serviços de saúde (secretaria de saúde, Centros de saúde).

3º DIA



ATIVIDADE VII

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (CONTINUAÇÃO)

.....
Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Avaliar e apresentar as pesquisas feitas na Atividade anterior.

Material

- Pesquisa produzida na Atividade anterior.

Desenvolvimento

- Apresente em plenária a pesquisa produzida na Atividade Anterior;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.
- Esclareça suas dúvidas;



ATIVIDADE VIII

AS AÇÕES DO ACS NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS E DST's

.....
Tempo estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivo

- Identificar os modos de prevenção, promoção e monitoramento de determinadas doenças crônicas e sexualmente transmissíveis.

Material

- Pincel, papel Kraft;
- Texto de Apoio: "Doenças crônicas e sexualmente transmissíveis".

Desenvolvimento

- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio;
- Siga as orientações do Docente;
- Identifique e liste, em papel kraft os modos de prevenção da doença que grupo ficou responsável;
- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente e esclareça suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

A AÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICO E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Doenças crônicas: o que o ACS pode fazer?

É importante lembrar que atualmente as pessoas têm adoecido e morrido mais por causa de doenças crônicas, que são aquelas que demoram meses ou até anos para se manifestar, às vezes já com complicações para a pessoa. As doenças a seguir são muito comuns, e faz parte do trabalho cotidiano do ACS identificá-las e apoiar as famílias para o melhor cuidado. É interessante que o ACS tente identificar e mapear com a equipe de saúde quais são as doenças crônicas mais frequentes no seu território de atuação e da equipe e buscar oferecer estratégias para abordagem delas:

Hipertensão arterial

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

A pessoa é considerada hipertensa quando sua pressão arterial estiver maior ou igual a 140/90 mmHg, popularmente conhecida como 14 por 9. É importante que a verificação seja feita várias vezes, de forma correta, com aparelhos calibrados e profissionais capacitados.

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

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

- Fatores de risco que podem levar as pessoas a se tornarem hipertensas:

Pessoas com excesso de peso, alimentação inadequada (rica em gorduras, excesso de sal, baixo consumo de frutas, verduras e legumes), que consomem muito sal e bebida alcoólica, fumantes, que não praticam atividade física regularmente, diabéticas e que têm familiares hipertensos (hereditariedade). Tais fatores de risco são comuns a outras doenças crônicas, como o AVC (derrame cerebral), cânceres, entre outras.

- O papel do ACS:

O ACS pode atuar de duas formas:

- 1ª) Junto às pessoas que não têm o diagnóstico de hipertensão, mas possuem os fatores de risco:
- Estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis, com baixo teor de sal, baseados em frutas, verduras, derivados de leite desnatado;
- Orientar a redução do consumo de bebidas alcoólicas ou seu abandono;
- Estimular a realização de atividades físicas regulares a serem iniciadas de forma gradativa;
- Verificar regularmente a pressão arterial;
- Orientar para o agendamento de consulta na UBS.
- 2ª) Em relação às pessoas, com diagnóstico de hipertensão:
- Identificar os hipertensos de sua área de atuação e preencher a ficha B-HA do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica);
- Verificar o comparecimento às consultas agendadas na UBS;
- Realizar busca ativa dos faltosos;
- Perguntar, sempre, à pessoa com hipertensão e que tenha medicamentos prescritos se está tomando-os com regularidade. Se houver dificuldades nesse processo, informar à equipe quais são e planejar ações de enfrentamento;
- Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável: se está cumprindo as orientações de dieta, atividade física, controle de peso, se reduziu ou parou de fumar e de consumir bebidas alcoólicas;

- Estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis, com baixo teor de sal, baseados em frutas, verduras, derivados de leite desnatado;
- Orientar a redução do consumo de bebidas alcoólicas ou seu abandono;
- Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento e seguir as orientações da equipe de saúde;
- Estimular a realização de atividades físicas regulares;
- Estimular a participação em grupos de autoajuda;
- Fazer acompanhamento da pressão arterial conforme orientação da equipe de saúde.

Diabetes mellitus

É uma doença que acontece quando o organismo produz pouca ou nenhuma insulina (hormônio responsável pela redução da taxa de glicose no sangue), e com isso o corpo inteiro adocece.

São fatores de risco para a doença:

- História familiar;
- Obesidade;
- Não praticar atividade física – sedentarismo;
- Hipertensão arterial;
- Colesterol e triglicérides elevados.

O diabetes pode ser classificado em dois tipos mais frequentes:

- Tipo I – pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes, ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos. Necessita de uso diário de insulina para se manter controlado.
- Tipo II – normalmente ocorre após os 40 anos e, usualmente, se controla apenas com dieta, atividade física e/ou medicamento oral.

São sinais e sintomas da doença, tanto do tipo I como do tipo II:

- Aumento do volume de urina;
- Sede intensa;
- Emagrecimento e fraqueza;
- Fome excessiva;
- Outras queixas, como dores nas pernas, piora da visão, coceira e corrimento vaginal.

O cuidado integral às pessoas com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudá-las a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, elas deverão aprender a gerenciar sua rotina com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.

- O papel do ACS:

- 1) Junto às pessoas que não têm o diagnóstico de diabetes, mas possuem os fatores de risco:
 - Identificar, na área de atuação, a partir dos fatores de risco, membros da comunidade com maior risco para diabetes, orientando-os a procurar a UBS para avaliação;
 - Estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis, baseados em frutas, verduras, derivados de leite desnatado;
 - Orientar a redução ou abandono do consumo de bebidas alcoólicas, assim como a redução/eliminação do tabagismo;
 - Estimular a realização de atividades físicas regulares;
 - Esclarecer à comunidade, por meio de ações individuais ou coletivas, sobre os fatores de risco para o diabetes, orientando sobre as medidas de prevenção;
 - Estimular essas pessoas a uma visita à ESF para orientação pelo médico e/ou enfermeira.
- 2) Em relação às pessoas com diagnóstico de diabetes:
 - Identificar as pessoas com diabetes de sua área de atuação e preencher a ficha B-DM do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica);
 - Verificar o comparecimento às consultas agendadas na UBS;
 - Realizar busca ativa dos faltosos;
 - Perguntar, sempre, à pessoa com diabetes se ela está tomando/usando com regularidade os medicamentos (comprimidos e/ou insulina);
 - Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável: se está cumprindo as orientações de dieta, atividade física, controle de peso, se reduziu ou parou de fumar e de consumir bebidas alcoólicas;

- Estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis baseados no consumo de frutas, verduras, derivados de leite desnatado;
- Orientar a redução do consumo de bebidas alcoólicas ou seu abandono;
- Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento e seguir as orientações da equipe de saúde;
- Estimular a realização de atividades físicas regulares;
- Estimular a organização de grupos de ajuda mútua, como grupos de caminhada, de estímulo à alimentação saudável, entre outros;
- Estimular a participação em grupos de orientação;
- Fazer acompanhamento da glicemia conforme orientação da equipe de saúde;
- Orientar para escovar corretamente os dentes após as refeições – o diabetes mal controlado facilita a inflamação das gengivas, podendo prejudicar a saúde bucal;
- Orientar para ter o cuidado corporal redobrado, especialmente com os pés – examinar os pés diariamente – e, constatando qualquer alteração, comunicar a equipe de saúde. Devem ser evitados sapatos apertados, uso de gilete, alicate de cutícula, entre outros. Lavar os pés com água morna (nunca quente) e secá-los muito bem, especialmente entre os dedos.

Importante! Com acesso à medicação adequada (se necessário), bons hábitos alimentares, práticas saudáveis e bom acompanhamento da equipe de saúde, a pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes será capaz de levar uma vida ativa e reduzir o risco de desenvolver complicações.

Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa causada por uma bactéria. O termo tuberculose se origina do fato de a doença causar lesões chamadas tubérculos. Ela atinge os pulmões, podendo também se localizar em outros órgãos. Nos pulmões se denomina tuberculose pulmonar e, nos outros órgãos, tuberculose extrapulmonar.

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

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

A infecção pode ocorrer em qualquer idade. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo da tuberculose se infectam, assim como nem todas as pessoas infectadas (com o bacilo) desenvolvem a doença.

Pessoas com tuberculose apresentam diferentes sintomas. O principal é a tosse, inicialmente seca e depois produtiva (com catarro), com duração de três semanas ou mais e, às vezes, confundida com uma gripe mal curada ou com tosse de fumante. Além da tosse, podem surgir febre baixa, geralmente no final da tarde, fraqueza, perda de apetite, emagrecimento, suores noturnos, dores no peito, nas costas e, às vezes, escarro com sangue.

Para o diagnóstico da tuberculose, o exame de escarro (catarro) é o mais importante. Outros, como raio X, teste tuberculínico e biópsias também são utilizados.

- Como uma pessoa com tuberculose pode evitar a transmissão da doença?

Primeiramente ela deve procurar um serviço de saúde e, confirmado o diagnóstico, deve seguir o tratamento indicado. Incentivar os familiares ou as pessoas que tiveram contato com ela para procurar o serviço de saúde.

Informar os familiares que as pessoas que tiveram contato com o doente podem ter sido infectadas e só apresentar sintomas da doença até dois anos após o convívio com o doente.

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

Deve manter o ambiente limpo e arejado.

Como o ACS pode colaborar para evitar a transmissão da doença?

É necessário que o ACS esteja atento aos casos suspeitos de tuberculose, realize a busca ativa, aumentando/agilizando a detecção de casos, fazendo com que o início do tratamento (quando confirmado o diagnóstico) seja mais rápido e mais eficiente. Também deve ser realizada a supervisão do tratamento, o que favorece a cura e a quebra da cadeia de transmissão.

A busca de casos deve ser feita principalmente entre os:

- Portadores de tosse com produção de catarro há pelo menos 3 semanas ou que apresentam sintomas compatíveis com a tuberculose – sintomáticos respiratórios: além daqueles que apresentem tosse, febre no final da tarde, suores noturnos, perda de peso, escarro sanguíneo e/ou dor torácica;
- Pessoas com história de tratamento anterior para tuberculose;
- Pessoas que convivem ou têm contato mais frequente (os comunicantes) com as pessoas com diagnóstico de tuberculose;
- Populações de risco: residentes/internos de presídios, manicômios, abrigos, asilos;
- Portadores de doenças debilitantes (diabetes, neoplasias);
- Pessoas com baixas defesas, como as que têm HIV;
- Usuários de drogas;
- Moradores de rua;
- Trabalhadores da área de saúde.

Ao identificar pessoas tossindo há três semanas ou mais, o ACS deve encaminhá-las para fazer exame de escarro, que pode ser feito na Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família.

- Tratamento:

A tuberculose é uma doença grave, mas tem cura. O uso correto dos medicamentos, todos os dias, durante seis meses, garante o sucesso do tratamento. Seu uso incorreto ou a interrupção do tratamento sem orientação do serviço de saúde torna a bactéria resistente, dificultando a cura. Hoje esse é um problema muito sério no Brasil e em outros países do mundo.

Recomenda-se a estratégia do tratamento supervisionado, conhecido como DOTS, que tem como objetivo principal a supervisão da tomada de medicação por um profissional de saúde ou outra pessoa desde que devidamente preparada para essa atividade, garantindo adesão ao tratamento e reduzindo o risco de transmissão da doença na comunidade. Um dos profissionais que tem esse importante papel é o ACS. Essa estratégia requer a supervisão da ingestão dos medicamentos, no local de escolha do doente, que pode ser na UBS/SF, na residência ou no local de trabalho, assegurando-se que o doente os tome de acordo com o seu tratamento.

A supervisão da tomada da medicação poderá ser feita com pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e duas observações por semana, até o seu final.

As drogas deverão ser administradas preferencialmente em jejum, em uma única tomada, ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição.

A medicação é muito eficaz. Após as duas primeiras semanas de uso dos antibióticos, o doente deixa de transmitir a tuberculose, mas atenção, ele ainda não está curado. A medicação contra a tuberculose pode curar praticamente 100% dos casos, desde que ela seja tomada sem interrupção por seis meses.

A internação de pacientes com tuberculose é indicada apenas nos casos graves.

- O papel do ACS

Orientações gerais relacionadas ao controle da tuberculose:

- Identificar os sintomáticos respiratórios (pessoas apresentando tosse com expectoração há pelo menos 3 semanas) nos domicílios e na comunidade;
- Encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe de Saúde da Família ou à UBS;
- Orientar e encaminhar os comunicantes (pessoa que tem contato com o doente) à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário;
- Orientar a coleta do escarro, quando solicitado pela UBS;
- Orientar para consumir alimentos saudáveis, estimular o consumo de líquidos e manter o ambiente limpo e arejado;
- Verificar, na Caderneta de Saúde da Criança, a sua situação vacinal: se faltoso (vacina BCG), encaminhar à UBS/SF;

- Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança. Caso não exista e não haja comprovante na Caderneta, encaminhar a criança para vacinação.

A presença de cicatriz de vacinação de BCG não quer dizer que a pessoa não vá ter tuberculose, pois a vacina só previne manifestações graves da doença.

Orientações às pessoas com diagnóstico de tuberculose:

- Supervisionar a tomada da medicação, conforme planejamento da equipe. O Ministério da Saúde recomenda pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e duas observações por semana, até o seu final;
- Realizar busca ativa de faltosos e aqueles que abandonaram o tratamento;
- Realizar ações educativas junto à comunidade;
- Orientar que os medicamentos precisam ser tomados juntos para que façam o efeito desejado, por isso, deve informar para que a pessoa não estranhe a quantidade de medicamentos. A medicação deve ser preferencialmente tomada em jejum;
- Informar algumas vezes que os medicamentos podem causar reações ruins ou efeitos colaterais. Nesses casos, você deve orientar a procura imediatamente da UBS, comunicar a situação à UBS e, ainda, verificar o seu comparecimento e aumentar o número de visitas domiciliares à família e ao doente;
- Orientar mulheres em idade fértil que estão em tratamento para tuberculose que esses medicamentos interferem na ação dos contraceptivos orais (pílulas) e que elas devem buscar novas orientações sobre anticoncepção com a equipe de saúde;
- Nas visitas domiciliares, atender os usuários em ambientes arejados (com ventilação de ar) e de preferência com luz solar (varandas, perto de janelas);
- Orientar sobre a importância da continuidade do tratamento até a alta e seguir as orientações da equipe de saúde;
- Orientar a coleta do escarro, quando solicitado pela UBS;
- Orientar para consumir alimentos saudáveis, estimular o consumo de líquidos e manter o ambiente limpo e arejado;
- Reforçar com os familiares a importância de procurar o serviço de saúde para avaliar a sua situação de saúde;
- Orientar e estimular a pessoa com tuberculose para deixar de fumar e procurar a Unidade Básica de Saúde, para busca de apoio nesse sentido;
- Preencher a ficha B-TB do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), mantendo-a atualizada.

Hanseníase

A hanseníase é doença transmissível que atinge principalmente as pessoas na faixa etária economicamente ativa. Afeta principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também compromete articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos.

É uma das doenças mais antigas que acometem o ser humano. Infelizmente o doente com hanseníase foi e ainda é discriminado na sociedade. A discriminação se deve por alguns fatores: desconhecimento sobre a natureza da doença, sua transmissão e forma de tratamento; desconhecimento de que a hanseníase tem cura; e o medo de adquirir a doença e suas deformidades pelo contato com as pessoas atingidas pela doença.

A discriminação gera o preconceito, que é rejeitar antes mesmo de conhecer, de saber mais sobre alguém ou alguma coisa.

- O que é hanseníase?

A hanseníase é uma doença transmissível causada por um bacilo, que é uma bactéria que tem a forma de bastão. Passa de uma pessoa para outra por meio das secreções das vias respiratórias e pelas gotículas de saliva. O contato direto e prolongado com o doente em ambiente fechado, com pouca ventilação e pouca de luz solar, aumenta as chances de a pessoa se infectar com o bacilo da hanseníase. A doença progride lentamente. Entre o contato com a pessoa doente e o aparecimento dos primeiros sinais, pode levar em média dois a cinco anos.

Os principais sinais e sintomas da doença são:

- Manchas esbranquiçadas, acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade (a pessoa sente formigamentos, choques e câimbras que evoluem para dormência – queima-se ou machuca-se sem perceber);
- Aparecimento de nódulos debaixo da pele, normalmente sem sintomas;
- Diminuição ou queda de pelos, especialmente das sobrancelhas;
- Falta ou ausência de sudorese no local – pele seca.

A maioria das pessoas é resistente ao bacilo causador da hanseníase e, por isso, não adoece.

Como dito anteriormente, é uma doença que atinge os nervos, que são como fios elétricos dentro do corpo que permitem sentir dor, calor e o tato. Se os nervos não estiverem bons, nós não sentiremos as coisas que tocam a gente e também vamos ter dificuldades para andar, abrir e fechar as mãos. Isso faz com que as pessoas que têm hanseníase apresentem dores, câimbras, formigamento e dormência nos braços, mãos e pés. Os nervos cutâneos (da pele) também são atingidos, provocando manchas ou áreas adormecidas na pele. Pode também afetar os olhos e, eventualmente, outros órgãos. É comum aparecerem caroços ou inchaços no rosto, orelhas, cotovelos e mãos; entupimento constante no nariz, com um pouco de sangue e feridas; alteração na musculatura das mãos, que resulta nas chamadas “mãos em garra”.

- Tratamento

A hanseníase é uma doença grave, mas que tem cura. O uso correto dos medicamentos, ininterruptamente por seis meses a um ano, garante o sucesso do tratamento. A medicação é administrada em doses supervisionadas pela Unidade Básica de Saúde ou por um cuidador. Não há necessidade de internamento hospitalar, podendo as complicações (reações na pele ou nos nervos e mal-estar) ser tratadas nas UBS.

Se diagnosticada precocemente e tratada corretamente, não incapacita para o trabalho, podendo o portador levar uma vida normal.

Para a realização da dose supervisionada, a pessoa com hanseníase deverá ser agendada para cada 28 dias. A data de retorno e o controle da adesão ao tratamento devem ser registrados em um cartão de agendamento, de uso do paciente.

No ato do comparecimento à UBS para receber a medicação específica preconizada, de modo supervisionado, o paciente deve ser submetido à revisão por parte do médico e enfermeiro.

O doente com hanseníase deixa de transmitir a doença logo que começa o tratamento.

- O papel do ACS:

Orientações gerais relacionadas ao controle da hanseníase:

- Detectar em sua área de atuação pessoas com sinais e sintomas compatíveis com hanseníase e orientá-las a procurar a UBS;
- Orientar a buscar atendimento na UBS quando alguma pessoa se queixar de manchas sem sensibilidade local ou locais sem manchas, mas sem sensibilidade local;
- Encaminhar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos (contatos intradomiciliares) para avaliação na UBS e estimulá-la a realizar o autoexame, mesmo depois da avaliação, de acordo com a orientação da equipe;
- Verificar a presença de cicatriz da BCG no braço direito do contato intradomiciliar. Caso exista uma ou nenhuma cicatriz vacinal e não haja comprovação na caderneta de vacina, orientar a procurar a Unidade Básica de Saúde para orientação, pois as situações devem ser avaliadas caso a caso.

Embora a BCG seja uma vacina contra a tuberculose, também pode favorecer a resistência do organismo à hanseníase.

Avaliação da cicatriz vacinal da BCG
Sem cicatriz de BCG
Com uma cicatriz de BCG
Com duas cicatrizes de BCG

- Realizar busca ativa dos contatos faltosos;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo a comunidade e movimentos sociais (escolas, conselhos de saúde, associações de moradores etc.), abordando a importância do autoexame, o controle da hanseníase e o combate ao preconceito.

- Papel dos ACS junto às pessoas com diagnóstico da hanseníase:

- Realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento;

- Supervisionar o uso dos medicamentos, quando indicado e conforme planejamento da equipe;
- Orientar sobre a importância do tratamento correto;
- Nas visitas domiciliares, atender os usuários em ambientes arejados (com ventilação de ar);
- Compartilhar com a equipe informações colhidas durante a visita domiciliar;
- Preencher a ficha B-HAN do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), mantendo-a atualizada;
- Orientar sobre os cuidados que a pessoa com hanseníase pode ter (autocuidado), para evitar complicações.

Sobre o autocuidado, o ACS deve orientar sobre:

- Olhos: observar se há permanentemente a sensação de areia nos olhos, visão embaçada ou ressecada de repente ou se tem piscado mais que o normal. Nesse caso, observar se há cisco e limpar os olhos com soro fisiológico.
- Nariz: observar se o nariz tem ficado entupido com frequência, se tem aparecido cascas ou sangramentos súbitos, se há cheiro ruim, pois indicam que o osso do nariz pode ter sido atingido pela doença. Limpar o nariz com soro fisiológico, inspirando e expirando, e não arrancar as casquinhas.
- Mãos e braços: observar se há dor ou formigamento, choque ou dormência ou se as mãos ficam inchadas e com dificuldade de sustentar os objetos. Fazer repouso do braço afetado, evitando movimentos repetitivos, e não carregar objetos pesados. Usar óleos ou cremes para evitar ressecamento.
- Pés: observar a presença de dor e câimbra nas pernas, fraqueza nos pés, formigamento ou choque; presença de feridas, calos ou bolhas. Ficar em repouso e andar pouco, hidratar, lubrificar e massagear os pés.
- Ferimentos: observar bolhas e ferimentos que surgiram sem se perceber. Isso ocorre devido à perda de sensação de calor e dor na área afetada. Descobrir a causa do ferimento e proteger: imobilizar dedos machucados; usar meias grossas sem remendo; examinar diariamente a parte interna dos sapatos para impedir que saliências ou pregas causem ferimentos. O uso dos tênis adaptados e palmilhas também são cuidados importantes.

Com esses cuidados é possível tratar as complicações logo no início, e assim evitar deformidades.

E o mais importante: não se deve ter preconceito ou medo da doença. A hanseníase não se transmite facilmente, por exemplo, num simples exame ou contato com quem tem a doença. Ela tem cura e, se tratada corretamente, não causa deformidades.

Câncer

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas.

O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo, mas alguns órgãos são mais afetados do que outros. Entre os mais afetados estão pulmão, mama, colo do útero, próstata, cólon e reto (intestino grosso), pele, estômago, esôfago, medula óssea (leucemias) e cavidade oral (boca). Cada órgão, por sua vez, pode ser afetado por tipos diferenciados de tumor, menos ou mais agressivos.

O tratamento do câncer é feito por meio de uma ou várias modalidades combinadas. A principal é a cirurgia, que pode ser empregada em conjunto com radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. O médico vai escolher o tratamento mais adequado de acordo com a localização, o tipo do câncer e a extensão da doença. Todas as modalidades de tratamento são oferecidas pelo SUS.

A prevenção do câncer nem sempre é possível, mas há fatores de risco que estão na origem de diferentes tipos de tumor. O principal é o tabagismo. O consumo de bebidas alcoólicas e de gorduras de origem animal, dieta pobre em fibras, vida sedentária e obesidade também devem ser evitados para prevenir os tumores malignos. São raros os casos de câncer que se devem apenas a fatores hereditários.

O papel do ACS contempla a prevenção da doença e promoção da saúde através, principalmente, da divulgação dos fatores de risco, além de orientar a procura por atendimento para os casos suspeitos ou de queixas.

Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS

São chamadas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) aquelas causadas por vírus e/ou bactérias que são transmitidas, principalmente, nas relações sexuais. Muita gente chama de doenças venéreas, doenças da rua, etc. São exemplos de doenças sexualmente transmissíveis: gonorreia, sífilis, hepatite B, Aids, entre outras.

Ter relação sexual faz parte da vida das pessoas. Cada pessoa deve poder escolher com quem e como quer ter uma relação sexual. Em qualquer relação sexual é possível transmitir uma DST. Infelizmente muitas pessoas não sabem o que são as DST. Outras sabem, mas não tomam cuidado para se proteger dessas doenças.

- Como saber se uma pessoa está com uma DST?

Existem vários sinais (aquilo que a pessoa vê) e sintomas (aquilo que a pessoa sente e manifesta) que levam as pessoas a suspeitarem que estejam com uma DST. Mas somente o médico pode fazer o diagnóstico e indicar o tratamento, embora você e outros membros da equipe possam participar desse processo.

Alguns sinais de DST:

- Feridas nos órgãos genitais masculinos e femininos;
- Corrimentos na mulher e no homem;
- Verrugas.

Alguns sintomas de DST:

- Ardência ao urinar;
- Coceira nos órgãos genitais;
- Dor ou mal-estar nas relações sexuais.

Quanto mais cedo for iniciado e não houver interrupção do tratamento, maiores serão as chances de cura.

As principais situações que aumentam o risco de se pegar uma DST são:

- Pessoas que têm relações sexuais sem usar camisinha;
- Pessoas cujo companheiro ou companheira tem relação sexual com outras pessoas sem usar camisinha;
- Pessoas que usam drogas injetáveis, compartilhando agulhas e seringas, isto é, duas ou mais pessoas usando as mesmas agulhas e seringas.

AIDS

É uma DST 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, pelo menos por algum tempo, nenhum sinal ou sintoma. 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.

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.

Transmissão: o HIV passa de uma pessoa infectada para outra por meio de quatro líquidos produzidos pelo nosso corpo. Esses líquidos são:

- Sangue;
- Esperma;
- Líquido da vagina;
- Leite do peito da mãe infectada para o bebê.

O vírus do HIV se transmite, principalmente, por meio das relações sexuais, sem proteção, por camisinha, por isso a Aids também é uma doença sexualmente transmissível.

- Como podemos nos proteger das DST e do HIV?

A melhor forma de proteção contra o HIV é a prevenção, que se faz evitando as situações ou comportamentos de risco.

- Orientações para prevenir as DST e 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;
- Procurar um serviço de saúde, o mais rapidamente, em caso de suspeita de DST.

Qual é a orientação que deve ser dada pelo ACS para uma pessoa que está com DST/Aids?

- Pessoas com DST:

- Não se automedicar;
- Não interromper o tratamento prescrito pelo médico;
- Se não for possível evitar as relações sexuais, utilizar a camisinha;
- Procurar conversar com o(a) companheiro(a) ou parceiro(a) sexual sobre a situação e levá-lo(a) até uma UBS.

- 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 sabidamente infectadas pelos motivos já citados;
- Não doar sangue;
- Comparecer regularmente à UBS 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.

- Doença - 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.

Pense e reflita...

As pessoas com Aids precisam de dois tipos de tratamento:

1. O que é feito com remédios para conter a doença;
2. O que é feito de apoio, respeito e ajuda da família, dos profissionais de saúde, entre eles, de você e dos amigos.

O papel do ACS:

- A primeira coisa que você precisa fazer é esclarecer suas dúvidas a respeito da doença para orientar melhor o portador de HIV ou um doente Aids, sua família e as pessoas de sua comunidade sem medo e sem preconceito;
- Prestar informações de forma clara sobre como o serviço de saúde está organizado para atendimento ao usuário;
- Ser um educador em saúde, orientando como as pessoas podem se proteger e que, apesar de a Aids não ter cura, é possível viver com qualidade;
- Lembrar que a solidariedade com quem está doente é a melhor arma na luta contra a doença.

REFERÊNCIA

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

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Acesso à Informação: Câncer. Disponível em: www2.inca.gov.br. Acesso em: 12 set 2012.



ATIVIDADE IX

AS AÇÕES DO ACS NO CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

.....
Tempo estimado: 2 horas e 10 minutos

Objetivos

- Conceituar as doenças transmitida por vetores;
- Identificar os modos de transmissão;
- Identificar as formas de prevenção.

Material

- Texto de Apoio: “A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle das doenças transmitidas por vetores”;
- Papel A 4 (outros).

Desenvolvimento

- Forme grupos;
- Siga as orientações do Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle das doenças transmitidas por vetores”;
- Em grupo, discuta e produza um manual de orientações para a comunidade abordando a doença que o grupo ficar responsável;
- No manual deverá conter:
 1. Descrição da doença;
 2. Modo de transmissão;
 3. Formas de prevenção;
- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

A AÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

Dengue

É uma doença infecciosa febril aguda causada pelo mosquito *Aedes aegypti*. Hoje uma das doenças mais frequentes no Brasil, atingindo a população de todos os Estados, independentemente de classe social.

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

Um ovo de *Aedes aegypti* pode sobreviver por até 450 dias (aproximadamente um ano e dois meses), mesmo que o local onde ele foi depositado fique seco. Se esse recipiente receber água novamente, o ovo volta a ficar ativo (vivo), podendo se transformar em larva e atingir a fase adulta depois de, aproximadamente, dois ou três dias. Quando não encontra

recipientes apropriados (criadouros), a fêmea do *Aedes aegypti*, em casos raros, pode voar a grandes distâncias em busca de outros locais para depositar seus ovos.

Nas casas, o *Aedes aegypti* é encontrado normalmente em paredes, móveis, peças de roupas penduradas e mosquiteiros.

A fêmea do *Aedes aegypti* costuma picar as pessoas durante o dia.

Não se contrai dengue no contato de pessoa a pessoa e nem por meio do consumo de água e de alimentos.

Alguns sintomas: o ACS deve estar atento às pessoas com febre há, no máximo, sete dias acompanhadas de pelo menos dois dos seguintes sintomas: dor de cabeça, dor por trás dos olhos, dores musculares e articulações, prostração ou manchas pequenas e vermelhas pelo corpo com ou sem hemorragia. O ACS deve orientar essas pessoas a procurar a Unidade Básica de Saúde o mais rápido possível.

- Roteiro de orientação preventiva:

OBSERVAR	ORIENTAÇÃO À FAMÍLIA E À COMUNIDADE
Pratos de plantas	Escorrer a água dos pratinhos dos vasos de plantas, lavar com escova e colocar areia grossa até a borda.
Vasos de flores com água	Lavar a parede interna dos vasos e trocar a água uma vez por semana.
Flores tipo bromélias	Regar com solução de água sanitária uma vez por semana (uma colher de sopa de água sanitária para cada litro de água).
Caixa d'água e poço	Manter sempre limpos e vedados.
Calhas de água de chuva	Verificar se não estão entupidas. Remover as folhas que possam impedir o escoamento de água.
Vasilhas de água para animais	Lavar com água corrente pelo menos uma vez por semana.
Tampinhas de garrafa, casca de ovo, sacos plásticos, pedaços de vidro, copos descartáveis e qualquer outro objeto que possa acumular água	Destruir, se possível, e colocar tudo em saco plástico, fechar bem e jogar no lixo.
Vasos sanitários em desuso	Deixar a tampa sempre fechada. Em banheiros poucos usados, dar descarga uma vez por semana.

OBSERVAR	ORIENTAÇÃO À FAMÍLIA E À COMUNIDADE
Ralos de cozinha, banheiro, sauna e ducha	Verificar se há entupimento. Se houver, providenciar o imediato desentupimento e, se não estiver usando, mantê-lo fechado.
Lagos, cascatas e espelhos d'água decorativos	Manter esses locais sempre limpos. Criar peixes, pois eles se alimentam de larvas, manter a água tratada com cloro ou encher de areia.
Pneus velhos abandonados	Entregá-los ao serviço de limpeza urbana. Caso seja realmente necessário mantê-los, guardar em local coberto, protegidos de chuva.
Piscinas em desuso ou não tratadas	Tratar a água com cloro. Limpar uma vez por semana. Devem estar cobertas se não estiverem sendo usadas. Se estiverem vazias, colocar 1 Kg de sal no local mais raso.
Garrafas de plástico e de vidro	Se possível destruir, ou tampar e jogar no lixo todas que não forem usadas. Caso for preciso, guardar em local protegido de chuva, tampadas ou com a boca para baixo.
Lajes	Retirar sempre a água acumulada.
Cascos de vidro no muro	Colocar areia em todos aqueles que possam acumular água.
Baldes e outros materiais em uso que possam acumular água	Guardar de boca para baixo. Secar tudo e guardar em local coberto.
Entulho e lixo	Evitar que se acumulem. Guardar sempre em local limpo.
Outras situações	Avaliá-las. Se o ACS tem conhecimento, orientar conforme a situação encontrada. Se não souber como proceder, levar a situação encontrada à equipe.

- Ações relacionadas ao controle da dengue:

- Vistoriar a casa e o quintal, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de objetos que sejam ou possam se transformar em criadouros de mosquito transmissor da dengue, conforme o roteiro anterior;
- Orientar e acompanhar o morador na retirada, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos;
- Caso seja necessário, retirar os ovos e larvas do mosquito;
- Encaminhar os casos de verificação de criadouros de difícil acesso ou que necessitem do uso de larvicidas/biolarvicidas ao órgão responsável;
- Comunicar à Unidade Básica de Saúde e ao órgão responsável a existência de criadouros de larvas e/ou do mosquito transmissor da dengue que dependam de tratamento químico/biológico, da interferência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;
- Comunicar à Unidade Básica de Saúde e ao órgão responsável os imóveis fechados, a existência de moradores que não autorizaram ações de vigilância ou são resistentes às orientações de prevenção;
- Conhecer sinais e sintomas da dengue, identificar as pessoas que os apresentarem e orientar para que procurem a Unidade Básica de Saúde, e que comecem a tomar muito líquido imediatamente;
- Reunir semanalmente com o agente de controle de endemias e equipe da Unidade Básica de Saúde para planejar ações conjuntas, trocar informações sobre suspeitos de dengue que apresentam febre, evolução dos números de infestação por *Aedes aegypti* da área de abrangência, criadouros preferenciais e medidas que estão sendo ou deverão ser adotadas para melhorar a situação.

Febre Amarela

A febre amarela, é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, mesmo transmissor da dengue.

Os principais sintomas da febre amarela são: febre, dor de cabeça, calafrios, náuseas, vômito, dores no corpo, icterícia (a pele e os olhos ficam amarelos) e hemorragias (sangramento de gengivas, nariz, estômago, intestino e urina). Na forma grave da doença, os sintomas incluem o vômito na forma de “borra de café” (escuro), a falência hepática e renal (falência do fígado e rins), causando risco de vida à pessoa.

O número de casos da forma leve da doença representa 90% de todos os casos da doença. Já as formas graves são responsáveis por quase a totalidade dos casos de hospitalizações e mortes, representando 5 a 10% dos casos de febre amarela.

Não existe tratamento específico para os casos de febre amarela. A pessoa deverá manter repouso e hidratação oral frequente (líquidos). Os casos graves necessitam de hospitalização.

A vacina contra febre amarela é a medida mais importante de prevenção da doença.

- Papel do ACS:

- Reconhecer se seu município e região são considerados áreas endêmicas para a febre amarela;
- Orientar à população sobre os sinais e sintomas da febre amarela;
- Reconhecer os casos suspeitos de febre amarela e comunicar imediatamente a equipe da Unidade Básica de Saúde;
- Orientar à população sobre a importância da vacinação contra a febre amarela.

Esquistossomose

É uma doença de veiculação hídrica (pela água) causada por um verme (*Schistosoma mansoni*). No início, é assintomática (sem sintomas), mas pode evoluir até formas muito graves.

Dependendo da região, é também conhecida como: xistose, xistosa, xistosomose, doença dos caramujos, barriga d’água e doença de Manson-Pirajá da Silva.

Como se contrai: o homem infectado elimina ovos viáveis de *S. Mansoni* (verme) por meio das fezes. Esses ovos, ao entrarem em contato com a água, rompem-se e permitem a saída de larvas ciliadas. Essas larvas penetram no caramujo, multiplicam-se e, entre quatro e seis semanas, começam a ser eliminadas na forma de larvas infectantes chamadas de cercárias. Elas penetram no ser humano pela pele, mais frequentemente pelos pés e pernas, por serem áreas do corpo que ficam em maior contato com águas contaminadas de rios e lagos. As cercárias são vistas em maior quantidade no horário entre 10h e 16h, quando a luz solar e o calor são mais intensos.

Alguns sintomas: após contato com água contaminada, inicia com uma coceira e aparecimento de pontos vermelhos na pele como se fossem picadas de insetos (em um período de 24 a 72 horas, podendo chegar até 15 dias). Cerca de um a dois meses após, aparecem sintomas como febre, dor de cabeça, falta de apetite, náuseas, tosse, diarreia.

Quando encontrar casos com os sinais citados, o ACS deve orientar a família para procurar a UBS.

É importante identificar as condições que favorecem a ocorrência de casos e a presença de focos de transmissão da doença (falta de saneamento domiciliar e saneamento ambiental). O trabalho em conjunto com a equipe de saúde e instituições locais tem maiores resultados na identificação permanente de casos.

Ações relacionadas ao controle da esquistossomose:

- Supervisionar a tomada em dose única da medicação para esquistossomose, quando indicada;
- Agendar o controle de cura, que consiste na realização de três exames de fezes em dias seguidos, após o quarto mês de tratamento;
- Investigar a existência de casos na família e comunidade, a partir do caso confirmado por meio do exame parasitológico de fezes, conforme planejamento e programação da Unidade Básica de Saúde;
- Distribuir recipientes de coleta de material para exame parasitológico de fezes;
- Orientar a população sobre a forma de evitar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros de caramujos;
- Comunicar à Unidade Básica de Saúde a existência de criadouros de caramujos;
- Encaminhar ao órgão responsável os casos em que haja necessidade do uso de equipamentos e produtos específicos, como moluscocidas.

Conceitos importantes

Endemia:

Endemia é qualquer doença que ocorre apenas em um determinado local ou região de forma persistente e permanente, não atingindo nem se espalhando para outras comunidades. Enquanto a epidemia significa o aumento do número de casos e que se espalha por outras localidades, a endemia tem duração contínua, mas somente em determinada área. No Brasil, existem áreas endêmicas. Por exemplo, a febre amarela é comum na Amazônia. No período de infestação da doença, as pessoas que viajam para essa região precisam ser vacinadas.

Epidemia:

É uma doença infecciosa e transmissível que ocorre numa comunidade ou região e pode se espalhar rapidamente entre as pessoas de outras regiões, originando um surto epidêmico.

Pandemia:

A pandemia é uma epidemia que atinge grandes proporções, podendo se espalhar por um ou mais continentes ou por todo o mundo, causando inúmeras mortes ou destruindo cidades e regiões inteiras. Para entender melhor: quando uma doença existe apenas em uma determinada região, é considerada uma endemia (que não acontece em outras localidades). Quando a doença é transmitida para outras populações, atinge mais de uma cidade ou região, é uma epidemia. Porém, quando uma epidemia de forma desequilibrada se espalha pelos continentes ou pelo mundo, ela é considerada uma pandemia.

- Para saber mais: o câncer (responsável por numerosas mortes) não é considerado uma pandemia porque não é uma doença infecciosa, ou seja, não é transmissível.

- Exemplos de pandemia: AIDS, tuberculose, peste, gripe asiática, gripe espanhola, tifo, etc.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Sobre a febre amarela. Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 26 set 2011.

4º DIA



ATIVIDADE X

AS AÇÕES DO ACS NO CONTROLE DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Tempo estimado: 2 horas e 10 minutos

Objetivo

- Refletir sobre a atuação do ACS no controle do uso de álcool e outras drogas.

Material

- Papel A4.

Desenvolvimento

- Forme duplas e registre as respostas das seguintes questões:
 1. Como você define "drogas"?
 2. O que se sabe sobre o uso de drogas? É um problema social? Está restrito a uma classe social? Justifique as respostas;
 3. Quais são os fatores que caracterizam a dependência do álcool?
 4. Quais são os fatores que caracterizam a dependência das outras drogas mencionadas no texto?
 5. Qual o seu papel enquanto ACS nos casos de uso de drogas?
- Faça a leitura do Texto de Apoio: "A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle do uso de álcool e outras drogas";
- Siga as orientações do Docente;
- Socialize suas ideias;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

A AÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As drogas são substâncias químicas, naturais ou sintéticas, que provocam alterações psíquicas e físicas a quem as consome, levando à dependência física e psicológica. Seu uso sistemático traz sérias consequências físicas, psicológicas e sociais, podendo levar à morte em casos extremos, em geral por problemas circulatórios ou respiratórios. É o que se chama overdose. Além das drogas tradicionais (ilícitas), os especialistas também incluem na lista o cigarro e o álcool (drogas lícitas).

Os adolescentes estão entre os principais usuários de drogas. Calcula-se que 13% dos jovens brasileiros entre 16 e 18 anos consomem maconha. Em 2001, cresceu o uso de crack e drogas sintéticas, como o ecstasy. Os consumidores de cocaína são os que mais procuram tratamento para se livrar da dependência, o qual é feito por meio de psicoterapias que promovem a abstinência às drogas e do uso de antidepressivos em 60% dos casos. Atualmente, cerca de 5% dos brasileiros são dependentes químicos de alguma droga. O uso de drogas ilícitas é crime previsto no Código Penal Brasileiro, e os infratores estão sujeitos a penas que variam de seis meses a dois anos.

O consumo de drogas, faz parte da nossa realidade social. Ele é um fato, não mais vinculado a um uso medicinal ou a ritos religiosos, mas a uma procura de prazer e poder que corre o risco de se tornar desenfreada. O seu consumo e abuso faz parte dos processos de marginalização que ocorrem em nosso meio; cabe entender os determinantes históricos e culturais, as suas incidências antropológicas, políticas, religiosas e psicológicas, para compreender o fenômeno. Somente se levados em conta os múltiplos fatores que envolvem o problema, é possível chegar-se a uma compreensão adequada,

onde seja possível uma intervenção, mesmo de eficácia limitada, pois não se consegue eliminar o consumo de drogas nem seus abusos; elas estão aí e se oferecem a quem quiser, e recorrer a elas é uma possibilidade humana pela qual cada um pode, ou não, optar.

O uso de drogas não se restringe mais a uma certa classe social ou a determinada faixa etária, tomando, pelo contrário, um caráter generalizado, apesar de responder a motivações diferentes nas diversas classes sociais. No entanto, vemos jovens e adultos que fazem uso de drogas porque a realidade social não está atendendo às necessidades humanas. O adulto, em geral, o faz para se manter integrado a uma sociedade que não está mais podendo ocultar suas contradições, e o jovem, porque não aceita ou não consegue sintonia com uma sociedade incoerente. Cabe aqui, mais uma vez, enfatizar toda a contradição que a sociedade mantém com relação à questão das drogas: ao mesmo tempo em que vai contra o uso de algumas, permite e incentiva o uso de outras.

O condenar e combater o uso e abuso de drogas, deve, portanto, levar em consideração a evolução histórica de uma determinada região ou sociedade, bem como os fenômenos sociais, políticos e culturais do contexto no qual se inserem, senão este combate será cego, fanático e ineficiente, porque não ataca o problema em si, mas apenas certas consequências, certos sintomas de desarranjo social amplo, fazendo parte a exploração econômica e política das drogas, onde se lança de qualquer meio e argumento para tirar vantagens ou lucro.

A dependência química é um pesadelo na vida não só do usuário de drogas, mas, também da família destes dependentes. Isso porque, o dependente perde o controle sobre suas atitudes, deixando-o alheio socialmente e passível de causar e sofrer danos.

Uso abusivo de álcool e outras drogas

O entendimento que a dependência de álcool e outras drogas é 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 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.

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.

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.

Muito pode ser feito em relação a essa problemática na Estratégia de Saúde da Família.

- Pontos Importantes:

- É necessário enfatizar que as diferenças entre gêneros devem também ser observadas quando tratamos dessa temática: as mulheres, em geral, por sua constituição biológica, têm maior sensibilidade ao uso de álcool que os homens. Por isso, elas precisam de menores quantidades para se alcoolizarem e desenvolverem problemas devido ao uso crônico.

Mulheres com dependência de álcool costumam sofrer maior estigmatização que os homens e seu uso geralmente se dá no ambiente doméstico, assim, o papel dos agentes no diagnóstico pode ser ainda mais importante.

- Outro problema importante a ser enfrentado é o uso de álcool por gestantes, que deve ser evitado ao máximo. Não existem quantidades consideradas seguras para a gestação. O uso de álcool nesse período pode acarretar a síndrome alcoólica fetal, que tem diferentes formas de apresentação, incluindo alterações físicas e mentais, alterações de comportamento e dificuldades de aprendizagem na criança exposta ao álcool durante a gestação.

-Fazer diagnóstico precoce

- 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. Esse diagnóstico precoce pode ser feito por meio de entrevistas, aplicação de questionários pelos membros da ESF.

Álcool:

O alcoolismo, também conhecido como “síndrome da dependência do álcool”, é uma doença caracterizada pelos seguintes elementos:

- Compulsão: uma necessidade forte ou desejo incontrolável de beber;
- Perda de controle: a incapacidade frequente de parar de beber uma vez que a pessoa já começou;
- Dependência física: a ocorrência de sintomas de abstinência, como náuseas, suor, tremores, e ansiedade, quando se para de beber após um período bebendo-se muito. Tais sintomas são aliviados bebendo-se álcool ou tomando-se outra droga sedativa;
- Tolerância: a necessidade de aumentar a quantidade de álcool para sentir-se “alto”.

Nem todos esses problemas precisam ocorrer juntos. É uma doença que traz enormes danos físicos, sociais e pessoais. É necessário um tratamento específico. É muito importante que os membros das equipes de Atenção Primária tenham acesso às informações sobre o alcoolismo, que ainda é tratado com exclusão, estigma e preconceito. Essa imagem de preconceito afasta muitas vezes o doente da equipe de saúde.

Desse modo o vínculo entre profissional e doente não se estabelece, impedindo a concretização de um tratamento que possibilite a recuperação do alcoolista e de sua família, que geralmente se encontra tão adoecida quanto ele próprio.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, a assistência aos usuários de álcool deve ser oferecida nos serviços de Atenção Primária e demais níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad). Você pode estimular o desenvolvimento de ações de prevenção nas escolas, locais de trabalho, sindicatos e outras associações locais. As ações incentivadas devem ter caráter permanente, sem deixar de lado as ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde.

Outras drogas:

A maconha é uma substância perturbadora que leva a pessoa a ter leve estado de euforia, relaxamento, risos sem motivo, olhos avermelhados, boca seca e coração disparado. O uso regular, por períodos muito longos, pode associar-se a pânico, depressão, prejuízo da memória, pressão arterial alta, bronquite, entre outros problemas de saúde. No caso de usuários de altas doses e em períodos prolongados, pode ocorrer síndrome de abstinência.

Já a cocaína e o crack são substâncias excitantes que causam, entre outros sintomas, euforia, agitação, suores, calafrios, alucinações visuais e táteis, convulsões, arritmias cardíacas, prejuízo do julgamento, ideias paranoides, a exemplo da mania de perseguição. Os sintomas mais graves acontecem quando a pessoa faz uso prolongado e em grandes quantidades, o que também provocará síndrome de abstinência caso tente diminuir ou parar de fazer uso. A rapidez e a intensidade de seus efeitos são os fatores que favorecem a dependência a essa droga.

As substâncias inalantes, como a cola de sapateiro, por exemplo, são usadas principalmente por crianças e adolescentes moradores de rua devido por seus efeitos relacionados à redução da sensação de fome, dor e frio e produção de sensações agradáveis.

Pesquisas demonstram que no máximo 10% das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas ilícitas e álcool procuram espontaneamente tratamento e que aproximadamente 20% dos usuários da Atenção Primária têm problemas com drogas e álcool e, na maioria das vezes, não revelam durante uma consulta. Isso nos faz refletir sobre a importância do vínculo dos usuários com o serviço de saúde e principalmente com o ACS.

Você, ACS, tem um papel fundamental na identificação e orientação dos usuários de drogas lícitas e ilícitas, pois mora na comunidade. Porém, é importante lembrar que o processo de abuso e evolução para a dependência não ocorre repentinamente e muitas vezes não é evidente.

Assim, alguns sinais indiretos podem servir de alerta, tais como:

- Redução no desempenho escolar;
- Alterações no comportamento (a pessoa fica mais isolada, ou agressiva, ou displicente, por exemplo);
- Faltas constantes ao trabalho;
- Problemas no relacionamento com as pessoas da família, o que motiva muitas vezes a procura por auxílio.

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.

REFERÊNCIA

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

DROGAS E SEUS EFEITOS E CARACTERÍSTICAS. Disponível em: www.renascebrasil.com.br. Acesso em 30 Jan 2012.

UMA RESPOSTA AO USO DE DROGAS: prevenção. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004. Disponível em: www.ufmg.br. Acesso em 30 jan 2012.



ATIVIDADE XI

O GRANDE DESAFIO - CRACK

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Ampliar as discussões sobre drogas ilícitas, com enfoque no crack;
- Refletir sobre a “eficácia” dos programas de prevenção e tratamento.

Material

- Texto de Apoio: “Crack: O grande desafio”.

Desenvolvimento

- Participe da exposição dialogada promovida pelo Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Crack: O grande desafio” e destaque os pontos mais significativos;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

CRACK: O GRANDE DESAFIO

Danielle Costa Silveira

O setor saúde pública possui no que diz respeito à dependência química, um grave desafio para profissionais e sociedade em relação a sua prevenção, abordagem e manejo (1).

Desde que surgiu no Brasil, no início da década de 1990, o crack tem ocupado lugar de destaque como importante problema social, devido ao crescimento vertiginoso de seu consumo explicado pelo baixo preço e efeitos mais rápidos quando comparado a cocaína (2,3).

O crack é o produto final da mistura da pasta-base de coca ou cocaína refinada, com bicarbonato de sódio e água. Além desses componentes, por se tratar de uma droga ilícita, sem nenhum controle de fiscalização, podem ainda serem misturados na composição elementos como cal, cimento, querosene, ácido sulfúrico, acetona, soda cáustica, entre outras substâncias tóxicas. O nome crack possui um significado: é o barulho tipo “estalo” que a pedra faz quando está sendo queimada (3).

Na comparação entre o crack e a cocaína, a ação do crack é significativamente mais rápida. Seus efeitos no sistema nervoso central iniciam-se de 8 a 15 segundos após o uso, enquanto a cocaína leva cerca de 15 segundos para atingir seus efeitos. A manifestação do crack no cérebro dura cerca de 5 a 10 minutos, período em que ocorre a potencialização de neurotransmissores como dopamina, serotonina e noradrenalina levando a quadros de euforia, agitação, sensação intensa de prazer, irritabilidade, alterações de percepção e do pensamento. Ocorrem ainda alterações cardiovasculares, como taquicardia e motoras, como tremores (3).

A repercussão do crack no organismo é descentralizada. As principais consequências físicas do seu uso prolongado incluem doenças pulmonares (tosse, dor no peito com ou sem falta de ar, escarro com sangue ou enegrecido, piora do quadro de asma quando existir), cardíacas (isquemias, infartos, arritmias), neurológicas (acidente vascular cerebral, dor de cabeça, tonturas, convulsões), sintomas digestivos (náuseas, perda de apetite, dor abdominal e diarreias), alterações nas vias aéreas (queimaduras no tecido da laringe, traqueia e brônquios, causadas pela alta temperatura da fumaça do crack) e alterações na produção e captação de neurotransmissores (3).

Os efeitos neurológicos e psicológicos do uso do crack levam ao prejuízo das habilidades cognitivas e comportamentais, com alteração da capacidade de atenção, solução de problemas e velocidade no processamento de informações. Os danos às funções mentais incluem prejuízos da memória, atenção e concentração. Em determinados casos, quando há predisposição genética, os indivíduos podem desenvolver sintomas psiquiátricos, psicóticos e ansiosos, como depressão, delírios e ataques de pânico (3).

Os usuários de crack mais do que os de outras drogas ilícitas, estão expostos a situações de violência e vulnerabilidade, com consequente aumento de fatores de risco para a saúde desse grupo. O aumento de risco de morte nessa população é também, significativamente maior, com destaque para os homicídios. Um estudo realizado na cidade de São Paulo por um período de 5 anos, mostrou que a taxa de morte de usuários de crack é sete vezes maior que a mortalidade geral na cidade no mesmo período, e que do total de mortes de usuários de crack, 56,6% foram vítimas de homicídio (1,4).

O usuário de crack, nos momentos de fissura pelo uso da droga, aliado, muitas vezes, a escassez de recursos financeiros para sua obtenção, enfrenta situações de fragilidade, submetendo-se a estratégias arriscadas como tráfico, prostituição, assaltos, uso de violência para adquirir a droga, repercutindo prejudicialmente na vida do usuário e no contexto no qual se insere, uma vez que a violência atinge toda a sociedade (5).

Outra questão, tão importante quanto as até aqui apresentadas, diz respeito a perda da identidade social do usuário de crack. Por vezes, esse indivíduo isola-se da família e sociedade, deixando de lado os estudos, o trabalho, projetos pessoais, pais, filhos, cônjuge, resumindo-se ao vício. Ao atingir esse ponto é necessário o resgate dos laços afetivos e de apoio, como base para o tratamento e para a reinserção social (3).

O risco associado ao consumo do crack, devido ao seu alto poder de dependência, devastadora ação no organismo e na vida do usuário, necessita ser abordado como problema de saúde pública e alvo de combate pelos diversos setores da sociedade (5).

Por constituírem um grupo distinto entre os usuários de drogas, com características peculiares, os usuários de crack necessitam de abordagem diferenciada, principalmente pelo rápido processo de deterioração física e psíquica a que estão expostos (2).

Por se tratar de uma doença crônica, a dependência química, com destaque aqui para o uso do crack, é capaz de alterar significativamente a vida de seu usuário, fazendo com que seus pensamentos e atitudes estejam concentrados apenas na obtenção e consumo da droga, diminuindo, conseqüentemente, sua autonomia em relação à interrupção do vício, mesmo quando o dependente percebe que as repercussões negativas em sua vida vão além do prazer proporcionado pelo uso. (6)

Além das repercussões orgânicas, o crack leva o usuário à perda da identidade social. Sono, alimentação, senso de responsabilidade e sobrevivência perdem o significado. Muitas vezes, torna-se inviável continuar os estudos, o trabalho, os projetos de vida. Os laços afetivos ficam comprometidos pelo afastamento do usuário dos seus familiares e amigos, convivendo mais com outros usuários, em relações marcadas apenas pelo consumo de drogas, sem a existência de vínculos de amizade ou afeto. (3,7)

Não raramente, a família torna-se vítima secundária do crack. Sentimentos de tristeza, dor, revolta, desespero e impotência permeiam e fragilizam as relações no ambiente familiar.

As políticas públicas têm abordado a questão do crack de forma repressiva, com a criminalização do uso ou, em um viés higienista, com remoção de grupos de usuários de locais onde a sociedade não os tolera. Por sua vez, as políticas de saúde, abordam o problema como sendo seus profissionais os detentores do saber, reduzindo o usuário a um simples objeto de tratamento, ignorando sua subjetividade e autonomia.

Devemos buscar, portanto, uma ação de enfrentamento interdisciplinar e humanista, com valorização da singularidade e subjetividade do usuário de crack, como forma de promoção da saúde e prevenção da violência relacionada ao seu uso.

As relações humanas precisam fundamentar-se no binômio sujeito-sujeito, quando o profissional reconhece o outro como sujeito capaz, independente, corresponsável por sua saúde. Esse tipo de relação é possível ao respeitar-se o outro, colocar-se no lugar do outro, reconhecendo e respeitando seu sofrimento. O profissional de saúde precisa compreender e respeitar a singularidade e autonomia do usuário, tendo-o como parceiro, proporcionado a criação de vínculo. É importante que o profissional de saúde assuma seu papel de coadjuvante, conforme Mattos (citado por SCHIMITH et al, 2011): "deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer". (8)

REFERÊNCIAS

1. GUIMARÃES, Cristian Fabiano et. al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul v.30 n.2 Porto Alegre, maio/ago. 2008. Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em: 15 maio, 2012.
2. VARGENS, Renata Werneck; CRUZ, Marcelo Santos; SANTOS, Manoel Antônio dos. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, jun. 2011. Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em: 15 maio, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Crack, é possível vencer. Portal da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br Acesso em: 16 maio, 2012.
4. RIBEIRO, Luciana Abeid; SANCHEZ, Zila M.; NAPPO, Solange Aparecida. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2010. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 16 maio 2012.
5. CHAVES, Tharcila V et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 6, dezembro 2011. Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em 17 maio 2012.
6. LARANJEIRA, Ronaldo. Bases do tratamento da dependência de crack. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). O tratamento do usuário de crack. 2 ed, Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 23.
7. OLIVEIRA, Lúcio Garcia; NAPPO, Solange Aparecida. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Rev. Saúde Pública, 2008; 42 (4): 664-71. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/2008nahead/6645.pdf>> Acesso em: 18 maio 2012.

8. SCHIMITH, Maria Denise et al . Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab. educ. saúde (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, nov. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio 2012.



ATIVIDADE XII

AS AÇÕES DO ACS NO CONTROLE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

.....
Tempo estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivos

- Refletir sobre a ação do ACS no controle e prevenção da violência;
- Reconhecer os diversos tipos de violência existentes na sociedade.

Material

- Texto de Apoio: “A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle e prevenção da violência”;
- Estudo de Caso.

Desenvolvimento

- Forme duplas e faça a leitura do Texto de Apoio: : “A ação do Agente Comunitário de Saúde no Controle e Prevenção da Violência”;
- Siga as orientações do Docente;
- Socialize duas ideias sobre o Texto e Estudo de Caso;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.

Estudo de Caso

Um ACS chegou em uma residência na Vila Santa Terezinha para visita programada. A família era composta por três pessoas; uma idosa, Dona Adelaide de 76 anos, sua filha de 46 anos que trabalhava como doméstica para uma família de classe média e era casada com José de 35 anos, alcoólatra e desempregado.

Ao adentrar a casa, foi recebido por Dona Adelaide, que queixou dores no corpo e sentou-se no sofá logo que pôde. Na conversa costumeira, o ACS percebeu que a senhora apresentava o olho esquerdo inchado e rocheado, além de tocar as costas frequentemente com expressões faciais de dor. Ao perguntar como ela estava, Dona Adelaide relatou que tinha passado momentos muito difíceis e que não poderia falar em voz alta porque o genro dormia no quarto ao lado. No momento da conversa, o Sr. José acordou e saiu do quarto aos gritos dizendo que estava com fome e exigiu que senhora Adelaide lhe servisse um prato de comida. Diante da situação, o ACS encerra a visita e retira-se prometendo retornar em outro momento.



TEXTO DE APOIO

A AÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

A violência é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo crianças, adolescentes, homens e mulheres, durante diferentes períodos de vida ou por toda a vida dessas pessoas. É responsável no mundo inteiro por adoecimento, perdas e mortes e se manifesta através de ações realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações, provocam danos físicos, emocionais e/ou espirituais a si próprios ou a outros.

Violência familiar: é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um dos membros da família. Pode acontecer dentro e fora de casa por algum membro da família. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue.

-Os atos violentos

A natureza das agressões pode ser:

- Física;
- Sexual;
- Psicológica;
- Negligência ou privação.

Violência Física

Quando uma pessoa que está em relação de poder a outra causa ou tenta causar dano não acidental por meio da força física ou algum tipo de arma, podendo provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. As agressões podem ser socos, pontapés, bofetões, tapas ou qualquer outro gesto.

Violência Sexual

É todo o ato no qual uma pessoa em relação de poder e por meio da força física ou intimidação psicológica obriga a outra a executar ato sexual contra a sua vontade. A violência sexual ocorre contra as crianças e adolescentes, as mulheres, as pessoas com deficiência ou idosos. É sempre considerado crime, seja praticada por desconhecido ou por familiares: pai, padrasto, avô, tio, companheiro, ou até mesmo marido. A violência sexual pode ocorrer em uma variedade de situações como:

-Abuso incestuoso / Incesto

São atividades de cunho sexual envolvendo pais, irmãos ou outro parente próximo, os quais se encontram em uma relação desigual de poder. Costuma ser mantido em sigilo pela família pelo alto grau de reprovação social. Pode ocorrer em situações de crianças e adolescentes com deficiência física ou mental, que apresentam mais fragilidade e menos condições de defesa.

-Atentado violento ao pudor

As relações sexuais (carícias íntimas, masturbação, sexo oral e anal) neste caso são diferentes da conjunção carnal e, portanto, podem ter como sujeito ativo ou passivo homens ou mulheres que forem submetidos a essas práticas sem consentimento, mediante violência ou grave ameaça.

-Estupro

De acordo com a legislação vigente, a relação sexual vaginal, quando ocorre sem o consentimento da mulher, devido à utilização de violência ou grave ameaça praticada por desconhecido ou pelo parceiro.

-Assédio sexual

Constranger alguém com objetivo de obter vantagem ou favorecimento sexual, utilizando-se de sua condição de superioridade hierárquica no trabalho ou função. A ação do agressor inclui ameaças veladas, sussurros, olhares maliciosos a portas fechadas.

-Exploração sexual

É o uso de pessoas de qualquer idade ou sexo, com fins comerciais ou lucro, para manter relações sexuais, produzir materiais pornográficos (fotos, filmes, vídeos etc.).

-Pornografia infantil

Apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e publicação, por qualquer meio de comunicação, inclusive a rede mundial de computadores (internet), de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo crianças e adolescentes.

-Pedofilia

É o ato de um adulto ao manter atividades sexuais com uma menina ou menino, o que constitui um crime.

-Voyeurismo

Transtorno de personalidade da preferência sexual, com tendência de observar pessoas em atividades sexuais ou íntimas (tirar a roupa, por exemplo), com o propósito de excitar-se, sem que a pessoa observada saiba ou com sua aprovação.

Violência Psicológica

É toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento dos indivíduos por agressões verbais ou humilhações constantes, como: ameaças de agressão física, impedimento de trabalhar fora, de sair de casa, de ter amigos, de telefonar, de conversar com outras pessoas.

Assédio Moral

É a exposição de um trabalhador a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas, em que prevalecem atitudes e condutas negativas dos chefes em relação a seus subordinados. A vítima escolhida é isolada do grupo sem explicações, passando a ser hostilizada, ridicularizada, inferiorizada, culpabilizada e desacreditada diante dos colegas. As vítimas podem apresentar sintomas como depressão, palpitações, tremores, distúrbios do sono, hipertensão, distúrbios digestivos, dores generalizadas, alteração da libido e pensamentos ou tentativas de suicídios.

Privação ou Negligência

É a ausência de atendimento às necessidades básicas, físicas e emocionais das crianças, adolescentes, adultos, idosos ou pessoas com deficiência (física, intelectual ou mental, visual, auditiva).

Violência Institucional

É aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos ou privados, por ação ou omissão. Pode incluir tanto a dimensão mais ampla da falta de acesso ou da má qualidade dos serviços, estendendo-se às próprias relações de poder entre os usuários e os profissionais dentro das instituições, até uma noção mais restrita de dano físico intencional.

Violência Econômica ou Patrimonial

São todos os atos destrutivos, como: rasgar ou reter os documentos, destruir roupas, danificar utensílios pessoais e domésticos ou omissões do agressor que afetam a saúde emocional e a sobrevivência da família.

Violência Intrafamiliar

Toda ação ou omissão cometida por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, em relação de poder, sem importar o espaço físico onde ocorra e que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Muitas vezes, as pessoas com deficiência são isoladas dentro de casa, são impedidas de convivência na comunidade, não frequentam a escola, em claro desrespeito aos seus direitos.

Violência contra a mulher

A metade das queixas de violência familiar apresentadas pelas mulheres é de agressão física, seguidas de agressões verbais, violência sexual. Há ainda situações em que a mulher sofre vários tipos de agressão ao mesmo tempo.

A maior parte das agressões acontece dentro de casa e, na grande maioria das vezes, o agressor é uma pessoa que convive com a vítima.

Não há nada que justifique a violência.

É preciso então ser cuidadoso quando se fala em causa de violência, pois na verdade o que existe são situações de risco para violência, por exemplo, o homem que acha que a mulher lhe pertence e que a violência é natural e aceitável (machismo); o alcoolismo e outras drogas; problemas mentais; a falta de trabalho e de dinheiro; reprodução da violência, ou seja, o agressor quando criança vivenciou a violência e age da mesma maneira quando adulto.

Hoje, as mulheres têm o amparo da Lei Federal no 11.340, de 7 de agosto de 2006, também conhecida como Lei Maria da Penha. Ela caracteriza a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos e isso representa um avanço muito grande na legislação brasileira. Essa lei possibilita que agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher. Prevê ainda medidas de proteção à mulher que corre risco de vida, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física da mulher agredida e dos filhos. Cria mecanismos para defender os direitos e também prevenir a violência familiar contra ela.

A mulher vítima de violência não costuma contar sobre os episódios de maus-tratos sofridos, pois temem tanto a represália/vingança do agressor quanto o preconceito dos profissionais de saúde, que as julgam como corresponsáveis pelas agressões sofridas cobrando atitudes que muitas vezes não são possíveis de serem tomadas.

Alguns indicativos que podem ser uma suspeita de violência em mulheres (nenhum sinal pode ser analisado isoladamente):

Manchas ou marcas no corpo;
Fraturas e feridas em diferentes momentos de cicatrização;
Queixas de hemorragias vaginal ou retal, dor ao urinar, corrimentos;
Doenças sexualmente transmissíveis;
Uso de roupas inadequadas para o clima, para esconder as marcas;
Problemas alimentares: comer demais ou de menos;
Tristeza constante, choro frequente, pensamentos suicidas;
Dores crônicas;
Falta de ânimo para os cuidados com a casa, com os filhos e com ela própria.

Violência contra o homem

A violência urbana, as agressões físicas, acidentes com armas de fogo e acidentes de trânsito são os principais tipos de violência, principalmente entre adultos jovens. Menos frequentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à auto-agressão, como suicídio e as tentativas não consumadas. A população masculina jovem (de 20 a 24 anos) é o grupo que se encontra em maior risco para tal violência.

Diferente das mulheres, os espaços públicos e a via pública são os locais onde mais ocorrem as situações de violência contra os homens.

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.

Os processos de socialização têm o potencial de envolver os homens em episódios de violência. A agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de drogas ilícitas e ao acesso às armas de fogo, que tendem a inibir a censura, e a pessoa passa a assumir condutas socialmente reprováveis.

Violência contra a criança e o adolescente

A violência contra a criança e o adolescente é um fenômeno cada vez mais frequente. É uma realidade dolorosa, sendo responsável por muitas doenças e mortes nessa faixa etária. Nessa idade as crianças e adolescentes são incapazes ou têm dificuldade em se defender, principalmente quando o agressor é alguém que deveria zelar pela sua saúde.

Alguns indicativos que podem ser uma suspeita de violência contra crianças e adolescentes:

- Manchas roxas pelo corpo, antigas ou recentes, e em lugares variados;
- Queimaduras de cigarro, água ou óleo quente;
- Fraturas muito frequentes;
- Feridas na boca, lábios, olhos;
- Arranhões pelo corpo;
- Criança que falta muito às consultas de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde;
- Criança que não ganha peso e está com as vacinas atrasadas;
- Criança medrosa, que se agride sozinha, que tem dificuldades na escola, que vive assustada e faz muito xixi na cama;
- Criança com medo de ficar só ou em companhia de determinada pessoa;
- Fugas de casa;
- Uso e abuso de drogas;
- Prática de pequenos roubos;
- Sangramentos e corrimentos;
- Tentativa de suicídio;
- Baixa autoestima;
- Gravidez precoce pode ser indicativa.

Dica importante:

Compare a data do comparecimento na UBS com a data informada do fato/acidente. Fique atento quando os pais ou responsáveis demoram a procurar atendimento ou deixam de vacinar as crianças.

Trabalho infantil

É aquele realizado por crianças e adolescentes. Há situações em que eles são obrigados a trabalhar, tendo como principal motivo ajudar na renda da família. Realizam atividades que põem em risco sua saúde física e mental, são explorados pelos pais e patrões e muitas vezes são maltratados quando deixam de levar dinheiro para casa.

Todos os tipos de trabalho infantil trazem risco, pois as crianças e adolescentes ficam expostos aos mais diversos tipos de agressão: descascar mandioca, quebrar coco, trabalhar em madeiras, em canaviais, lavoura de fumo, com produtos explosivos ou tóxicos, pedir esmolas nas ruas, entre outros.

-O que diz a lei

O trabalho infantil é uma forma de violência contra a criança e precisa ser combatido.

“É proibido o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 anos e qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos” (emenda constitucional de 15/12/98, item 33).

Os sinais de alerta em relação ao agressor:

- Pouca atenção em relação à vítima;
- Afirma que a vítima é má, culpada por problemas que ocorrem na família;
- Deixa crianças pequenas sozinhas ou fora de casa;
- Não leva os filhos à escola;
- Não acompanha as atividades escolares dos filhos;
- Defende comportamento severo ou não coloca limites;
- Extremamente protetor ou extremamente distante;
- Como forma de obrigar a vítima a não falar sobre a violência, trata com privilégios e presentes;
- Faz ameaças, chantagens, impede que a vítima saia de casa ou tenha amigos;
- Dá explicações não convincentes sobre as marcas e machucados que a vítima apresenta;
- Abusa de álcool e outras drogas;
- Pode possuir antecedentes de maus-tratos, violência física ou sexual na infância.

Violência contra o idoso

Os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência. Variam de insultos a agressões físicas realizadas por familiares e cuidadores (violência doméstica), maus-tratos em transportes ou instituições públicas e privadas e as decorrentes de políticas socioeconômicas, que reforçam as desigualdades presentes na sociedade (violência social).

O uso abusivo do dinheiro da aposentadoria ou da pensão dos idosos pela família revela a violência social a que está submetida grande parcela dessa população brasileira, relacionada ao quadro de pobreza e exclusão social.

Com a criação do Estatuto do Idoso, a questão dos maus-tratos passou a contar com um instrumento legal que “regula os direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos”, com previsão de pena pelo seu descumprimento. De acordo com o Estatuto, prevenir a ameaça ou violação dos direitos dos idosos passa a ser um dever de toda a sociedade brasileira, bem como torna obrigatória a sua denúncia aos órgãos competentes (autoridades policiais, ministérios públicos, Conselhos do Idoso etc.).

Com frequência, os idosos nem se dão conta da violência que estão vivendo ou, então, ficam calados para proteger a família.

Alguns indicativos que podem ser uma suspeita de violência contra o idoso:

- São isolados por parentes, impedidos de sair de casa, de ter acesso ao dinheiro da aposentadoria ou pensão, quando os filhos ou parentes utilizam seus bens, patrimônio pessoal;
- São impedidos de procurar os serviços de saúde;
- Marcas, fraturas, feridas pelo corpo, sem uma explicação correta do acidente;
- Humilhações;
- Tristeza e depressão;
- Isolamento;
- Não quer conversar;

- Higiene bucal e corporal precárias;
- Magreza excessiva.

Violência contra pessoas portadoras de deficiência física e mental

No caso de pessoas portadoras de deficiência, a violência se manifesta de várias formas, como discriminação dentro da família, isolamento do convívio familiar e social, a família deixa de buscar os seus direitos à educação, saúde e assistência social, impedindo-os de viver com dignidade por considerá-los diferentes.

Alguns indicativos que podem ser uma suspeita de violência contra os portadores de deficiência física e mental:

- Não permitir que a pessoa saia de casa;
- Marcas de cordas, fio de luz ou outro material nos braços, pulsos, pés, tornozelos que sugiram que a pessoa estava amarrada;
- Higiene bucal e corporal precárias;
- Magreza excessiva;
- Agressividade;
- Falta de assistência de saúde, psicológica e assistência social;
- Fraturas.

Prevenção da violência familiar

A prevenção da violência também se faz estimulando a comunidade a pleitear junto ao prefeito que:

- Melhore a rede de apoio social das pessoas, principalmente as mais carentes;
- Invista em programas sociais que busquem a inclusão social, a melhoria da qualidade de vida, maior e melhor acesso à alimentação, à escola, à moradia e ao lazer;
- Garanta atendimento às pessoas vítimas do alcoolismo, usuários de drogas, pessoas portadoras de transtorno mental;
- Garanta um pré-natal adequado, ajudando principalmente as futuras mães mais carentes e as mais jovens;
- Garanta o acesso pleno e informado aos métodos anticoncepcionais;
- Oportunize o acesso ao trabalho e renda às famílias.

O papel do ACS na prevenção da violência:

- Estimular o diálogo na família;
- Estimular a prática de esportes, dança, teatro, trabalhos manuais;
- Discutir a importância de ter uma profissão para conseguir trabalho e renda;
- Discutir a importância de ter amigos, fazer parte de grupos ou associações que promovam a melhoria da qualidade de vida;
- Informar que o silêncio só protege os agressores, e não as vítimas.

Portanto, deve-se romper com o silêncio da violência.

Atribuições frente à violência familiar

Estar atento aos sinais de violência, durante a realização das visitas domiciliares de rotina, não se esquecendo de que a família é um espaço íntimo e que é preciso ter cuidado na forma de fazer as perguntas, de abordar as pessoas e de fazer as anotações;

Procurar verificar se há situações que podem levar a casos de violência;

- Orientar que os pais ou responsáveis devem manter a calma, não ser agressivos e entender que o choro do bebê é a forma dele se comunicar;
- Ouvir com atenção o que as pessoas comentam sobre seus problemas;
- Dar apoio para aquelas que querem falar, mas não têm coragem;
- Observar mudanças de hábitos, se alguém está agindo de forma diferente, aproximar-se para entender suas reações;
- Evitar censurar comportamentos que lhe pareçam estranhos ou comentar com terceiros o que você está percebendo;

- Evitar conclusões precipitadas ou distorcidas. É necessário considerar um conjunto de sinais, e não sinais isolados;
- Realizar o mapeamento de famílias de risco com relação à violência, na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde à qual está vinculado;
- Apoiar, quando necessário, o Conselho Tutelar, as escolas e as creches, na avaliação de situações que indiquem violência a partir da pactuação com a equipe;
- Registrar o acompanhamento familiar de casos notificados pela UBS, observando se a violência continua, prestando orientações às famílias ou responsáveis;
- Encaminhar os casos com fortes suspeitas de violência à Unidade Básica de Saúde para, em conjunto com o supervisor e a equipe de saúde, definir qual a conduta mais adequada à situação. O que pode envolver a participação de outros profissionais e instituições;
- Planejar e organizar com a ajuda da equipe de saúde atividades que permitam à comunidade refletir e debater sobre comportamentos violentos: reuniões com homens e mulheres, com crianças e adolescentes, com professores, oficinas, teatro, palestras com especialistas, entre outras ações;
- Envolver um maior número possível de grupos e instituições da comunidade: escolas, igrejas, associação de moradores, de futebol, grupos de defesa dos direitos humanos. Discutindo que todas as pessoas têm direito a viver como cidadãos e que é possível lidar com os conflitos de maneira equilibrada.

-É importante conhecer algumas instituições públicas essenciais para garantir os direitos fundamentais da população

1. Ministério Público:

Instituição destinada à preservação dos direitos fundamentais da população. É a defesa da ordem jurídica.

2. Defensoria Pública:

Órgão responsável pela assistência jurídica gratuita aos que necessitarem.

3. Varas e Juizados Especializados:

Responsáveis pelo acompanhamento e julgamento de casos de violência.

As mais importantes para tratar da violência familiar são as Varas de Família, as Varas da Infância e Juventude e as Varas Criminais.

O Juizado ou autoridade semelhante pode colocar a vítima em abrigos ou famílias substitutas. No caso de violência contra a criança ou adolescente, o afastamento da vítima do lar pode ser traumático e considerado como uma segunda violência, por inúmeras razões: a dificuldade de readaptação da vítima à família, a má recepção da vítima pelas famílias, o medo da vítima de que uma nova violência ocorra.

4. Delegacias:

Executam atividades de proteção, prevenção e vigilância às vítimas de qualquer tipo de violência e responsabilização dos agressores. A investigação dos casos de violência familiar é função das delegacias.

Existem delegacias especializadas na proteção à criança e ao adolescente, e as de proteção à mulher. No entanto, elas ainda não foram criadas em todos os municípios.

Conselhos

-Conselhos dos Direitos da Mulher:

Elaboram propostas e promovem políticas para eliminar discriminações, constrangimentos à mulher e superar as desigualdades entre homens e mulheres.

-Casas de Apoio para Mulheres em Situações de Risco:

São locais onde mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, com seus filhos menores, são acolhidas. O local é sigiloso e as vítimas recebem assistência médica, psicológica e capacitação profissional, por um determinado período.

-Conselhos de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente:

São responsáveis em acompanhar e interferir na política de enfrentamento da violência praticada contra crianças e adolescentes.

-**Conselhos Tutelares:**

Recebem denúncias, verificam, encaminham e orientam os casos de violação dos direitos da criança e do adolescente. Age diante da ameaça, risco ou quando a violência já aconteceu.

Números para fazer denúncias e buscar ajuda:

Disque 100 – Disque Denúncia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes. Serviço gratuito. Funciona todos os dias da semana, mesmo feriados, das 08:00h às 22:00h.

Disque 180 – Central de Atendimento à Mulher, recebe denúncias, orienta e encaminha casos de violência. Serviço gratuito. Funciona de segunda a sexta-feira, das 07:00h às 18:40h.

Disque Saúde: 0800 61 1997192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU)

(61) 3429-3116: Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos

Procure informar-se, no seu estado ou município, sobre o número de telefone ou local onde denunciar situações de violência, mantendo o anonimato, se necessário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. 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, 2009. 44 p.

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

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



ATIVIDADE XIII

DINÂMICA⁶

.....
Tempo estimado: 1 hora e 10 minutos

Objetivo

- Promover momentos de descontração;
- Refletir sobre a necessidade de denunciar atos de violência..

Material

- Papel A4.

Desenvolvimento

- Participe da dinâmica promovida pelo Docente;
- Socialize suas ideias;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.

⁶Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/6093346/Dinâmicas-de-Grupo-Para-Jovens-e-Adultos>>.Dinâmica. Acesso em set, 2012

5º DIA



ATIVIDADE XIV REFLEXÃO COM FÁBULA

.....
Tempo estimado: 40 minutos

Objetivo

- Reconhecer a importância de buscar o próprio desenvolvimento.

Material

- Texto de Apoio: Fábula “Os Operários que Quebravam Pedras”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura da fábula;
- Participe da roda de conversa com a turma;
- Reflita e discuta sobre as seguintes questões:
 1. Com qual dos três operários você tem se identificado ao longo de sua atuação como Agente Comunitário de Saúde?
 2. Qual a contribuição do seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde na identificação e acompanhamento à gestantes, recém-nascidos, portadores de diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose, etc para a melhoria da qualidade de vida da sua comunidade?
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO OS OPERÁRIOS QUE QUEBRAVAM PEDRAS

Alguns operários estavam quebrando pedras diante de um enorme edifício em construção. Um visitante aproximou-se de um dos operários e lhe perguntou: “O que vocês estão fazendo aqui?” O operário olhou-o com dureza e lhe respondeu: “será que você está cego para não ver o que estamos fazendo? Estamos aqui quebrando pedras como escravos por um salário miserável e sem o menor reconhecimento. Veja você mesmo aquele cartaz. Põem ali os nomes do Governador e do Arquiteto, mas não põem nossos nomes, nós trabalhamos duro e deixamos nossa pele na obra”.

O visitante aproximou-se de outro operário e lhe fez a mesma pergunta. “Estamos aqui, como você bem pode ver, quebrando pedras para levantar este enorme edifício. O trabalho é duro e o pagamento é muito ruim, mas os tempos estão difíceis, não há muito trabalho por aí, e é preciso fazer algo para alimentar os filhos”.

O visitante aproximou-se de um terceiro operário e, uma vez mais, lhe perguntou o que estavam fazendo. O homem lhe respondeu com grande entusiasmo e um brilho de plenitude nos olhos: “Estamos levantando a catedral mais bela do mundo. As gerações futuras a admirarão impressionadas e escutarão o trabalho de Deus no grito das pontas de suas torres erguidas para o céu. Eu não a verei concluída, mas quero ser parte desta extraordinária aventura”.

Pense que o mundo é um inferno e ele o será. Pense que este mundo é parte do paraíso e o será. A vida pode ser um funeral ou uma festa. Depende de você.

Depende de nós vivê-la como escravos, como trabalhadores resignados ou como apaixonados construtores de genuínas obras de arte.

⁷ESCLARÍN, A.P. Educar Valores e o Valor de Educar. Editora Paulus, 2002.



ATIVIDADE XV

PARÓDIA DO ACS

Tempo estimado: 2 horas e 40 minutos

Objetivos

- Valorizar a categoria do Agente Comunitário de Saúde
- Reconhecer a importância do trabalho do ACS para a saúde da comunidade.

Material

- Textos de Apoio: “Paródia”⁸.
- Poema⁹.

Desenvolvimento

- Siga as orientações do Docente;
- Faça a leitura dos Textos de Apoio: Paródia e o Poema;
- Participe da discussão promovida pelo Docente;
- Forme grupos por ESF e construa, também um poema ou paródia retratando o trabalho do ACS;
- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



Observação:

Deverá ser enviado uma cópia da paródia/poema para a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

⁸Paródia Construída pelos ACSs do Município de Sete Lagoas - Minas Gerais, 2007.

⁹Poema Construído pelos ACSs do Município de Leopoldina - Minas Gerais, 2007



TEXTO DE APOIO

BOLA DE SABÃO¹⁰

(Cláudia Leite)

Amigo...queria tanto te dizer,
Que no curso aprendi, só pra te ajudar.
Talvez quem sabe, não seja assim tão tarde,
Prevenir é uma arte, fundamental é conhecer.
No curso...vimos que a mudança não vem de um
só, trabalho em equipe é mais bonito, nós estamos em suas casas.

Amigo venha mudar o seu viver, me acompanhe nesta
mudança que o conhecimento está do nosso lado...ieeee.
Mudou minha cabeça e o coração, com o plano de ação,
nos importamos com você...ieeee.
Mudou minha cabeça e o coração, com o plano de ação,
nos importamos com você...ieeee.
No curso vimos que a mudança não vem de um só,
trabalho em equipe é mais bonito, nós estamos em suas casas.

Amigo, venha mudar o seu viver, me acompanhe nesta
mudança que o conhecimento está do nosso lado...
Mudou minha cabeça e o coração, com o plano de ação,
nos importamos com você...iee.



TEXTO DE APOIO

POEMA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O curso do ACS veio
Nos capacitar
E o nosso trabalho
A cada dia melhorar.

Achamos que o curso
Está sendo importante
Porque aprender novas coisas
É muito gratificante.

O que nós já sabemos
Não podemos ignorar
E através do curso
Vamos nos aperfeiçoar.

Como por exemplo
O jeito de se apresentar
É dele que vai depender
A família nos aceitar.

Os agentes comunitários de saúde
São profissionais capacitados
Na promoção da saúde
E no bem estar dos comandos

O nosso objetivo
É a saúde promover
Fazer caminhadas
E a obesidade combater

Ao diabético e hipertenso
Uma alimentação
Uma vida saudável
Tomando sempre a medicação

Mapear a nossa área
Se nossa área
Se torna necessário
Para traçar o plano de ação
E facilitar nosso trabalho

¹⁰Paródia criada com a melodia: CRUZ, Ramon, LEITE, Cláudia. Bola de sabão. Intérprete: Babado Novo. In: O diário da Claudinha. Universal Music Brasil, 2006. 1 CD. Faixa 01.

No nosso trabalho
A saúde é uma missão
Atendemos a comunidade
Com a maior educação.

Cadastramos as crianças
E as gestantes também
Cuidar da essência da vida
Nos fascina e nos faz bem.

Todo mês vamos às casas
As famílias visitar
Convidamos as mães
Para seus filhos pesar.

A toda família
Damos orientação
E para as crianças
O cuidado com a vacinação.

Aos líderes comunitários
Devemos nos unir
Para juntos resolvermos
Algum problema que surgir

Para os cuidados com a saúde
Procuramos orientar
Mas as crenças e os costumes
Devemos respeitar

Em nossa equipe
trabalhamos com união
Pois achamos importante
O sentido da participação

De público agradecemos
A todos que acreditarem
Na seriedade do curso
E na importância do nosso trabalho



ATIVIDADE XVI

E AGORA?

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Sistematizar o conceito de Agente Comunitário de Saúde;
- Analisar e avaliar os conceitos adquiridos ao longo do curso.

Material

- Guias didáticos.

Desenvolvimento

- Siga as orientações do Docente;
- Socialize suas ideias a respeito do que é ser ACS com Docentes e colegas;
- Participe da sistematização das Atividades promovida pelo Docente.



ATIVIDADE XVII

ORIENTAÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DA DISPERSÃO/PRÁTICA SUPERVISIONADA

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender as Atividades teórico-práticas a serem desenvolvidas no local de trabalho do ACS.

Material

- Roteiro das Atividades teórico-práticas a serem desenvolvidas no local de trabalho do ACS.

Desenvolvimento

- Faça a leitura das Atividades de Atividades de Dispersão/Prática Supervisionada;
- Fique atento as explicações do Docente;
- Esclareça as suas dúvidas.



ATIVIDADE XVIII

AVALIAÇÃO E ENCERRAMENTO

.....
Tempo estimado: 2 horas e 40 minutos

Objetivos

- Avaliar o processo de ensino e aprendizagem e as dificuldades apresentadas no curso;
- Promover o encerramento das Atividades de Concentração da Unidade 4 (parte 2).

Material

- Formulário de avaliação;
- Música: “Novo tempo”.

Desenvolvimento

- Responda o formulário de Avaliação;
- Siga as orientações do Docente;
- Faça a leitura ou cante a música: “Novo Tempo” e relacione-a com seu processo de formação de cada um;
- Participe do encerramento da Concentração da unidade 4
- Participe da sistematização da Atividade promovida pelo Docente.



TEXTO DE APOIO

MÚSICA NOVO TEMPO¹¹

No novo tempo, apesar dos castigos
Estamos crescidos, estamos atentos, estamos mais vivos
Pra nos socorrer, pra nos socorrer, pra nos socorrer

No novo tempo, apesar dos perigos
Da força mais bruta, da noite que assusta, estamos na luta
Pra sobreviver, pra sobreviver, pra sobreviver

Pra que nossa esperança seja mais que a vingança
Seja sempre um caminho que se deixa de herança
No novo tempo, apesar dos castigos

De toda fadiga, de toda injustiça, estamos na briga
Pra nos socorrer, pra nos socorrer, pra nos socorrer
No novo tempo, apesar dos perigos
De todos os pecados, de todos enganos, estamos marcados
Pra sobreviver, pra sobreviver, pra sobreviver

No novo tempo, apesar dos castigos
Estamos em cena, estamos nas ruas, quebrando as algemas
Pra nos socorrer, pra nos socorrer, pra nos socorrer

No novo tempo, apesar dos perigos
A gente se encontra cantando na praça, fazendo pirraça

¹¹Disponível em:<<http://www.vagalume.com.br/ivan-lins/novo-tempo.html>>. Acesso em set, 2012.

Roteiro de Avaliação Final

Nome (opcional): _____

Município: _____

Data: _____

1- Como você avalia períodos de Dispersão do curso? Justifique.

2- Na sua opinião, como foi o desempenho do docente de dispersão? Justifique.

3- Fale de seu trabalho como ACS antes e depois o Curso.

4- Como você avalia sua participação no curso?

5- Existe algum tema/assunto que você considera importante para a prática profissional do ACS e que não foi contemplado nos guias didáticos? Justifique.

Espaço para comentários e/ou sugestões.

ATIVIDADES DE DISPERSÃO

ATIVIDADES SUPERVISIONADAS PELO DOCENTE DA DISPERSÃO/PRÁTICA SUPERVISIONADA

No Curso de Qualificação para o Agente Comunitário de Saúde estão previstas várias Atividades que deverão ser realizadas no espaço de atuação do ACS, acompanhadas pelo Docente da Dispersão (Enfermeiro da ESF).

O Docente da Dispersão/Prática Supervisionada é um mediador do processo de ensino-aprendizagem, assim deverá propiciar momentos de construções coletivas e individuais, pautadas na articulação teórica e prática, na troca de experiências e na interação com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde.

É importante que o Docente da Dispersão/Prática Supervisionada salientar aos alunos quanto ao hábito de registrar suas dúvidas, respostas e observações referente as Atividades, uma vez que tais elementos servirão como base do Consolidado / relatório final.



ATIVIDADE I

SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO

.....

Objetivo

- Conhecer o fluxo de atendimento de saúde mental no município.

Desenvolvimento

- Faça uma pesquisa, levantando como está organizada a saúde mental em seu município, incluindo as seguintes questões:
 1. Quais são os serviços existentes?
 2. Quais são os profissionais que atuam na saúde mental?
 3. Como se dá o fluxo de atendimento (consulta referenciada, demanda espontânea)?

Roteiro da visita:

1. Nome do estabelecimento;
 2. Horário de funcionamento;
 3. Profissionais do serviço;
 4. Público-alvo de atendimento;
 5. Como se dá o fluxo de atendimento (consulta referenciada, demanda espontânea)?
 6. Atividades desenvolvidas com os usuários do serviço.
- A partir das questões acima e do que foi observado na visita, elabore um relatório descrevendo como se dá a atenção em saúde mental em seu Município.



ATIVIDADE II

CONHECENDO O AA

.....

Objetivo

- Conhecer o trabalho e os objetivos do Grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) do Município.

Desenvolvimento

- Realize uma visita no Grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) do Município.
- Faça uma breve entrevista com o coordenador do AA, incluindo:
 1. Qual a função do Grupo dos Alcoólicos Anônimos?
 2. Como as pessoas ficam sabendo da existência do Grupo dos Alcoólicos Anônimos?
 3. Quem pode participar?
 4. Quais são os objetivos das reuniões?
 5. Qual o papel do AA na sociedade?
- A partir das questões acima e do que foi observado na visita, elabore um relatório.



ATIVIDADE III

A REDE DE ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO

.....

Objetivo

- Levantar a existência no município de outros serviços (além do AA) de apoio e tratamento do uso de álcool e outras drogas.

Desenvolvimento

- Sob orientações do Docente, levante, junto a Secretaria Municipal de Saúde, a existência de outros serviços, além do Grupo de Alcoólatras Anônimos, no apoio e tratamento de uso de álcool e outras drogas;
- Caso seja levantado algum outro serviço, proceder a uma visita no local, abordando as seguintes questões:
 1. Qual a função do serviço?
 2. Como as pessoas ficam sabendo deste serviço?
 3. Quem pode participar?
 4. Quais os tipos de tratamento disponíveis no serviço?
 5. Quais os profissionais disponíveis no serviço?
 6. Como o atendimento é realizado (busca ativa, demanda espontânea)?
 7. O serviço desenvolve ações educativas no controle do uso do álcool e outras drogas?
- A partir das questões acima e do que foi observado na visita, elabore um relatório.



ATIVIDADE IV

SER ACS

.....

Objetivos

- Demonstrar para a comunidade a importância da função do ACS.
- Levantar as atividades prioritárias realizadas pelo ACS.

Desenvolvimento

- Sob orientações do Docente realize uma síntese contendo:
 1. Como surgiu o Agente Comunitário de Saúde?
 2. Qual a função do ACS na comunidade?
 3. Qual a função do ACS na ESF?
 4. Quais as principais atividades executadas pelo ACS?
 5. Quais as maiores barreiras encontradas pelo ACS na execução de suas atividades?
 6. Por que “ser ACS”?



ATIVIDADE V

REUNIÃO COM A ESF

.....

Objetivo

- Elaboração de um consolidado/síntese com as Atividades desenvolvidas durante o período de Dispersão.

Desenvolvimento

- Elabore um consolidado/relatório sobre todas Atividades desenvolvidas durante o período de Dispersão;
- Reúna com o Docente e demais ACSs e prepare uma apresentação desse consolidado para os integrantes da Unidade Básica de Saúde, destacando o significado dessa Qualificação para a sua prática profissional.

