



Estratégia da saúde da família

Estratégia da saúde da família

Simone Nunes Pinto

© 2016 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Alberto S. Santana
Ana Lucia Jankovic Barduchi
Camila Cardoso Rotella
Cristiane Lisandra Danna
Danielly Nunes Andrade Noé
Emanuel Santana
Grasiele Aparecida Lourenço
Lidiane Cristina Vivaldini Olo
Paulo Heraldo Costa do Valle
Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica

Carolina Belei Saldanha
Jairo Fernando Pereira Linhares

Editorial

AAdilson Braga Fontes
André Augusto de Andrade Ramos
Cristiane Lisandra Danna
Diogo Ribeiro Garcia
Emanuel Santana
Erick Silva Griep
Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Pinto, Simone Nunes
P659e Estratégia da saúde da família / Simone Nunes Pinto.
– Londrina : Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2016.
200 p.
ISBN 978-85-8482-555-4

1. Saúde da família. 2. Política de saúde. I. Título.

CDD 362.820981

2016
Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 – Londrina – PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: <http://www.kroton.com.br/>

Sumário

Unidade 1 Políticas de atenção básica da ESF	7
Seção 1.1 - Trajetória da saúde da família no mundo	9
Seção 1.2 - Política de atenção básica	19
Seção 1.3 - Transições	29
Seção 1.4 - Campo de atuação	39
Unidade 2 Cuidado em saúde na ESF	51
Seção 2.1 - Ciclos de vida	53
Seção 2.2 - Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	63
Seção 2.3 - Hipertensão e diabetes	73
Seção 2.4 - Tuberculose e hanseníase	85
Unidade 3 Estrutura organizacional da ESF	99
Seção 3.1 - Saúde da família e UBS	101
Seção 3.2 - Equipe de saúde da família	113
Seção 3.3 - Núcleo de apoio à saúde da família	125
Seção 3.4 - Introdução dos processos de trabalho em saúde da família	137
Unidade 4 Processo de trabalho e sistemas de informações na ESF	151
Seção 4.1 - Planejamento estratégico	153
Seção 4.2 - Acolhimento	165
Seção 4.3 - Visita domiciliar	175
Seção 4.4 - Coleta e registros de dados	187

Palavras do autor

Prezado aluno! Para que possamos dar continuidade aos conceitos já vistos relacionados à saúde coletiva, renovamos o convite para que, a partir de agora, possamos adentrar em uma das estratégias que vêm sendo implementadas com mais ênfase nos últimos anos pelo Ministério da Saúde brasileiro como forma de prover e promover o cuidado a partir da atenção primária em saúde, ou seja, a Estratégia da saúde da família. Estaremos abordando nesta disciplina o aprofundamento de conhecimentos relacionados às políticas de saúde no Brasil e no mundo, as principais justificativas para a aposta nesta estratégia, os grupos prioritários para a garantia do cuidado em saúde, a organização estrutural e do processo de trabalho neste nível de atenção.

Você já observou profissionais de uniforme da prefeitura na porta das pessoas ou até mesmo entrando nas casas? Algumas vezes se deparou com algum profissional da área da saúde também fazendo isso? Tudo bem, você pode receber o agente comunitário de saúde com frequência em sua casa para falar sobre dengue ou pedir para ver a carteira de vacina dos seus irmãos pequenos, ou até saber que um médico do posto de saúde costuma ir na casa daquela senhora acamada que mora na rua de cima para consultá-la de vez em quando, pois ela não consegue andar. Pois então, estas e muitas outras ações serão apresentadas e debatidas nesta disciplina, iremos conhecer e compreender com mais detalhes o porque de cada uma dessas ações e muitas outras que os profissionais que trabalham em uma Unidade Básica de Saúde desenvolvem no seu dia a dia.

Na Unidade 1, iremos estudar as Políticas públicas de saúde que regem o trabalho da Estratégia saúde da família no Brasil e o contexto mundial da atenção primária. Na Unidade 2, conheceremos melhor como se dá o cuidado em saúde na ESF e suas atuações. Na Unidade 3, abordaremos o que é uma Unidade Básica de Saúde, sua estrutura organizacional, os conceitos do trabalho em equipe, bem como sua composição e o que são e como trabalham os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Na Unidade 4, aprenderemos com mais detalhes conteúdos fundamentais e próprios dos recursos e instrumentos que norteiam o trabalho em saúde da família.

Ao final desta apresentação, reforçamos o convite para que explore ao máximo este conteúdo para que você possa aplicar estes conceitos na sua vida profissional e se motivar em fazer um bom trabalho para a saúde da nossa população. Vamos começar?

Políticas de atenção básica da ESF

Convite ao estudo

Nesta unidade, abordaremos os principais conceitos de saúde, o que é um sistema de saúde e como se organiza. Na sequência, iremos estudar sobre a trajetória da saúde pública no mundo na perspectiva de compreender e relacionar ao contexto histórico-contemporâneo da saúde no Brasil e a origem do desenvolvimento da Atenção primária à saúde por meio de conferências globais que buscam orientar a saúde das populações.

Para facilitar a compreensão, nortearemos nosso estudo com o material oficial do Ministério da Saúde que baliza a Atenção básica no Brasil, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Na busca da relação às ações e propostas de cuidado na atenção básica no Brasil, aprenderemos os principais fatores que justificam o crescente aumento dos investimentos de recursos financeiros no primeiro nível de atenção, como as transições demográfica, epidemiológica e nutricional que vêm ocorrendo em nosso país nas últimas décadas.

Para finalizar esta unidade, apresentaremos os conceitos relacionados ao campo de atuação em saúde da família, com conceitos de território e territorialização, área adscrita, conceito de vulnerabilidades para o modelo de trabalho a ser realizado, bem como questões de violência e seus tipos, prevenção de violência e promoção da cultura de paz na comunidade.

Agora que você já está começando a se familiarizar com o assunto e conhecendo algumas terminologias utilizadas frequentemente no cotidiano dos profissionais que trabalham na Estratégia da saúde da família em uma Unidade Básica de Saúde, vamos pensar na seguinte situação hipotética: Dona Clara é

uma senhora que dedicou a vida inteira aos afazeres domésticos e à educação dos filhos, enquanto seu marido, Sr. Cláudio, trabalhava em uma empresa para prover o sustento da família. Cláudio perdeu o emprego há 7 meses, o que fez a renda da família cair drasticamente, além de perderem o convênio de saúde da empresa. Resolveram então se mudar para uma cidade pequena do interior, onde os custos de vida seriam mais baixos.

Nesta unidade, você acompanhará a rotina do Dr. Francisco, médico veterinário e proprietário da clínica Quatro Patas, em cada seção, Dr. Francisco enfrentará uma nova situação-problema que deverá ser solucionada. O material disponível contribuirá para que você seja capaz de se colocar nessas situações e refletir sobre como conduzi-las e assim se preparar para a realidade do médico veterinário.

Bons estudos!

Seção 1.1

Trajatória da saúde da família no mundo

Diálogo aberto

Nesta seção, daremos início ao conteúdo que nos dará suporte para compreender o contexto histórico da saúde da família, relacionando assim ao cenário mundial da atenção primária e saúde da família no mundo.

Como proposto na Situação de Realidade, em que D. Clara se questiona se UBS é a mesma coisa que ela conhecia como Posto de Saúde há algumas décadas e vai para casa pensando sobre isso, em nossa reflexão para o estudo, rapidamente podemos, assim como D. Clara, também nos questionar: Porque se chama Estratégia saúde da família? É a mesma coisa que Programa Saúde da Família (PSF)?

Vamos compreender ainda nesta seção sobre essas terminologias utilizadas, seus significados e diferenças, assim como a origem da saúde da família. Por que o Ministério da Saúde brasileiro aposta e investe nesta estratégia?

Depois de tantas perguntas, podemos nos confundir e imaginar que enquanto estudante da área da saúde podemos não saber as respostas para estes questionamentos e imagine para a população de uma forma geral que, assim como D. Clara, pode não ter a mínima ideia do que tudo isso significa.

Por tudo isso, é muito importante termos estes conceitos muito bem claros, para podermos difundir-los para nossos amigos, vizinhos, parentes e familiares, a fim de que todos saibam seus direitos e deveres enquanto cidadãos, mas também saibam o que cada serviço dispõe e qual procurar quando estiver numa situação ou outra.

Não pode faltar

Ao longo dos tempos, muitos estudiosos, cientistas, intelectuais, políticos, profissionais da saúde e tantos outros tentaram e ainda tentam definir o termo "saúde". Historicamente, seu conceito sempre foi associado à "doença", ou simplesmente a relação da saúde como ausência de doença.

Embora possamos encontrar diversas definições ao longo da história e na literatura científica, neste conteúdo iremos trabalhar com o conceito que nos baliza enquanto cidadãos brasileiros, segundo o artigo 196 da Constituição Federal da República de 1988, que diz: "Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante medidas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".



Pesquise mais

Podemos aprofundar mais os estudos em: BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 15 fev. 2015.

De uma forma simplificada de entender o propósito das profissões da saúde, em todas o objeto de estudo e intervenção dos profissionais é o homem, esteja este são ou doente, em seus aspectos biológicos, mentais e sociais.

Durante a maior parte da história, a atuação dos profissionais da saúde possuiu um caráter majoritariamente curativo, ou seja, a intervenção para o homem só se dava no momento em que havia algum mal instalado e não na perspectiva de prevenir o surgimento de uma enfermidade. Desta forma, cada vez mais os sistemas públicos de saúde no mundo gastavam recursos financeiros de saúde em procedimentos muitas vezes caros que em algumas situações poderiam ter sido evitados através de orientação ou intervenção prévia do mal instalado.

Embora desde a antiguidade é conhecido que algumas civilizações já faziam uso de conceitos relacionados à prevenção de doenças, como, por exemplo, a fervura da água antes de beber. No entanto, no período contemporâneo, somente no século XX, este movimento de pensar antecipadamente, ou seja, prevenir uma ação antes de seu desenvolvimento começou a ser mais bem abordada nos sistemas de saúde em nível mundial.

Nesta perspectiva, os sistemas de saúde no mundo demonstravam sinais de dificuldade. No Canadá, o então ministro da saúde, apresentou um relatório, denominado "Relatório Lalonde" em 1974, que resumidamente declara que não basta intervir na doença, é necessária a intervenção nos determinantes de adoecimento. Neste documento, o ministro defende um movimento pela promoção da saúde.

Três anos após o Relatório Lalonde no Canadá ter grande repercussão, em 1977, foi realizada a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, na Suíça, em evento realizado periodicamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que lançou o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000”.

Como marco inicial dessa programação, em setembro de 1978 foi organizada pela OMS e UNICEF a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão. Nesta conferência, os gestores, representantes de 134 países do mundo, propuseram diversas ações a serem adotadas com o objetivo de desenvolver os cuidados de saúde primários, em especial nos países subdesenvolvidos. As ações englobavam educação sanitária, prevenção de endemias locais, vacinação contra graves doenças infecciosas, fornecimento de medicamentos essenciais, tratamento de doenças e lesões corriqueiras, proteção materno-infantil e planejamento familiar, provisionamento de água potável e promoção de boas práticas alimentares e nutricionais.

Um importante documento foi elaborado, a Declaração de Alma-Ata, que determinava a saúde como direito humano fundamental e reiterava a meta a ser alcançada globalmente: Saúde para Todos no ano 2000. Nesta necessária conferência de saúde, e marco fundamental para a evolução dos sistemas de saúde do mundo todo, ainda foram enaltecidas questões relacionadas aos determinantes sociais.

Nesta conferência, também foi definido o conceito de Atenção Primária à Saúde como modelo technoassistencial, como podemos entender melhor a seguir:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do Sistema de Saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002, p. 31).



Alguns anos mais tarde, em 1986, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade canadense de Ottawa. Como produto final desta conferência, foi elaborado um documento, denominado "Carta de Ottawa", que defende a promoção da saúde como fator primordial para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, e defende também a capacitação da comunidade neste processo. É importante ressaltar que promoção da saúde não é responsabilidade única e exclusiva do setor da saúde, mas de todos. Desta forma, são requisitos para a saúde: paz, moradia, educação, renda, alimentação, ecossistema estável, justiça social e equidade.

A contextualização destes eventos que ocorreram no mundo no final da década de 70 e 80 do século XX foi decisiva para reorientar os principais sistemas de saúde no mundo. O foco das políticas públicas deveria ser em ações básicas, de caráter preventivo, ou seja, o investimento prioritário deveria ser em um modelo que desse ênfase aos cuidados em atenção primária à saúde.



Assimile

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é o nível de contato prioritário dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Único de Saúde. Suas ações são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde.

O recente investimento de vários países do mundo em crescentes ações de atenção primária, possibilitou o desenvolvimento de programas e estratégias que procuram estabelecer critérios a serem analisados, a fim de modificar uma realidade local, como, o alto índice de mortalidade infantil em Serra Leoa, país do continente africano ou a alta incidência de dengue no Brasil nos últimos anos. A estes índices denominamos o termo, indicadores, e estes indicadores, após analisados, deverão servir para a implantação e implementação de estratégias e ações que possam ser realizadas com o objetivo de mudar uma realidade local.

Alguns países como Austrália, Canadá, Inglaterra, Cuba, Costa Rica, Espanha, Suécia e o próprio Brasil, vêm investindo seus recursos com ênfase na atenção primária à saúde em um modelo pautado em saúde da família. Há variáveis em cada sistema, e isto é perfeitamente compreensível, uma vez que cada um desses países tem necessidades de saúde diferentes, com realidades distintas entre cada população, o que faz com que um país possa precisar dar mais ênfase a um determinado tipo de ação do que outro daria naquela mesma situação.

No Brasil, é necessário ressaltar que temos um Sistema de Saúde, o SUS, que é universal, integral e equânime a partir de 1988, portanto é um sistema jovem em constante crescimento. No entanto, já nos primeiros anos de SUS foi dado um

grande passo para atenção primária à saúde no país, com a criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde. Este programa foi proposto a partir de pequenas experiências em diversos locais do Brasil, principalmente a experiência do estado do Ceará.

A partir do PACS, foi pautado a iminente possibilidade de ampliação deste programa com a inclusão de outros profissionais da saúde, em um trabalho que pudesse ser mais organizado e resolutivo. Foi então criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Havia experiências muito bem-sucedidas em alguns municípios que tentavam aos poucos melhorar o acesso à saúde de sua população, como Campinas - SP, Niterói - RJ, Bauru - SP, Londrina - PR e Montes Claros - MG e o Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre - GHC. Estes modelos possibilitaram a sua população maior acesso à saúde a partir da atenção básica como modelo substitutivo ao modelo hospitalocêntrico.



Refleta

O que é um modelo médico centrado? E hospitalocêntrico? A atenção básica difere desses modelos de que forma?

Embora o PSF seja denominado como um programa, ele sempre foi considerado pelo Ministério da Saúde uma importante estratégia, que tem a proposta de reorganização da atenção primária no país, trabalhar com territórios delimitados e enfrentar e resolver problemas identificados.

Para tanto, no final de 2000, o Ministério da Saúde amplia o escopo de ações a serem desenvolvidas no programa e a denominação passa a ser Estratégia Saúde da Família (ESF).



Pesquise mais

Podemos aprofundar mais os estudos em: STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 146 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.



Exemplificando

A atenção básica, especificamente a ESF, vem numa lógica de atuação em que o médico não é o único profissional do serviço de saúde que está capacitado a atender ao paciente. O profissional de enfermagem, por exemplo, está capacitado a fazer consultas específicas da enfermagem, como a primeira consulta de pré-natal, sem que o paciente necessariamente passe em consulta médica naquele mesmo dia.



Faça você mesmo

Busque no site da prefeitura do seu município a Unidade Básica mais próxima de sua casa e procure descobrir se lá o modelo de trabalho do serviço é regido pela Estratégia Saúde da Família. Se você já souber a resposta, compartilhe seu conhecimento com seus colegas.

Sem medo de errar

Vamos retornar no caso da dúvida da D. Clara?

No início da sessão, quando D. Clara passou em frente ao serviço de saúde e ficou em dúvida, se questionando se o Posto de Saúde que ela conhecia há décadas é o mesmo serviço que ela viu escrito na placa como Unidade Básica de Saúde, sabemos agora que se trata do mesmo serviço, mas que a terminologia padronizada atualmente pelo Ministério da Saúde brasileiro é Unidade Básica de Saúde.

Pelo que estava escrito na placa da UBS, também já podemos concluir que a Unidade Básica de Saúde Laranjeiras I da cidade que D. Clara reside funciona no modelo que apresentamos logo acima, denominado Estratégia Saúde da Família, ou seja, é uma unidade que trabalha no nível de atenção primária, realizando ações consideradas básicas.



Atenção

É importante enfatizar que uma UBS nos dias atuais possui um amplo “cardápio de ofertas” que o posto de saúde de outrora não possuía. Complementar a isso, reforçamos que uma Unidade Básica de Saúde pode trabalhar de duas formas distintas, ou seja, em um modelo de atenção básica tradicional, que trabalha a livre demanda, ou no modelo da Estratégia Saúde da Família com várias peculiaridades próprias e processos de trabalho distintos entre si.

Avançando na prática

Descrição da situação-problema

“Mais médicos para o Brasil”

No ano de 2013, O Ministério da Saúde lançou o programa “Mais Médicos Para o Brasil”, com objetivo de ampliar o acesso à saúde para a população brasileira.

Como aprendemos, existem outros países no mundo que também investem suas ações em atenção primária à saúde para sua população em modelos similares à Estratégia Saúde da Família do Brasil.

Você já ouviu falar do programa “Mais Médicos Para o Brasil”? Você sabia que este tipo de programa existe, também, em outros países e que no Brasil ele está relacionado diretamente com a Estratégia Saúde da Família?

Afinal, para que serve este programa?

Resolução da situação-problema

Na carreira de medicina no Brasil, ainda é escassa a quantidade de profissionais que se interessam em trabalhar na Estratégia Saúde da Família.

O médico de família e comunidade é um profissional capaz de atender, de maneira qualificada, às necessidades de todos os membros que compõe uma família, desde o bebê, a criança, a gestante, o adulto e o idoso, assim como da comunidade a que atende, seja no consultório dentro da UBS ou nas adjacências, ou seja, no território em que a unidade está localizada. O médico e todos os profissionais que atuam em saúde da família precisam ter uma atuação generalista.

Embora o programa “Mais Médicos para o Brasil” tenha em uma de suas ações, trazer médicos formados em outros países, brasileiros ou não, para trabalhar por tempo determinado na atenção primária, em especial em regiões com dificuldade de vincular profissionais médicos e assim aumentar o acesso da população aos cuidados destes profissionais, ele também tem outros objetivos, como, por exemplo: ampliar o número de vagas em curso de Medicina e de criação de novas Escolas Médicas Públicas e Privadas, assim como garantir que os novos médicos se formem para atuar nesse modelo.



Lembre-se

É importante lembrar que todos os profissionais da saúde que forem trabalhar na Estratégia Saúde da Família deverão atuar em todos os ciclos de vida.



Faça você mesmo

Pesquise no site disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/>>. Acesso em: 14 nov. 2016 e descubra se na sua cidade existem profissionais integrantes do Mais Médicos e quais são. Você também pode conversar com o gerente da UBS mais próxima da sua casa e saber se lá tem um Médico do programa e perguntar a sua opinião sobre o trabalho deste profissional. Vamos lá!

Faça valer a pena

1. O estabelecimento de saúde preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil para atender às demandas de saúde relacionadas à atenção primária à saúde oferta suas ações em:

- a) Um hospital.
- b) Uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
- c) Uma Unidade Básica de Saúde (UBS).
- d) Clínica médica.
- e) Centro de especialidades.

2. A forma de trabalho a ser desenvolvida por um profissional que atuará na Estratégia Saúde da Família deverá ser com caráter prioritário relacionado à/aos:

- a) Promoção da saúde e prevenção de doenças, reabilitação física e tratamento especializado, primeiros socorros.
- b) Promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde.
- c) Prevenção de doenças e tratamento especializado e primeiros socorros.
- d) Promoção da saúde e tratamento especializado e educação em saúde.
- e) Primeiros socorros e reabilitação física.

3. A, que defende a promoção da saúde como fator primordial para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, e defende também a capacitação da comunidade neste processo, foi um documento resultado da, no ano de realizada

- a) Carta de Otawa; Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde; 1986; no Canadá.

- b) Declaração de Alma-Ata; Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde; 1978; no Cazaquistão.
- d) Carta de Ottawa; Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde; 1986; no Canadá.
- e) Declaração de Alma-Ata; Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde; 1978; na Suíça.

Seção 1.2

Política de atenção básica

Diálogo aberto

Nesta sessão, vamos entender os princípios e diretrizes que fundamentam a Política de Atenção Básica, as mudanças que ocorreram na Política Nacional de Atenção Básica, conhecida como PNAB, para expandir e reorganizar os cuidados e assistência à saúde pelos profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família.

Como proposto na Situação da Realidade, Dona Clara, moradora nova no território, recebeu a visita em sua casa de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) para cadastramento de sua família, e ficou com dúvidas: faz parte do trabalho das ACS ir nas casas para fazer este tal cadastramento? Ele é realizado com toda vizinhança? Para que servem todas estas informações?

Refleta sobre os questionamentos de Dona Clara, para responder sobre o objetivo do cadastramento, como este é realizado e outras dúvidas. Vamos, também, estudar como ela está organizada, qual a infraestrutura disponível e o funcionamento da atenção básica, quais as atribuições comuns dos profissionais que compõem a atenção básica e as suas peculiaridades do trabalho.

Assim como Dona Clara, poderemos esclarecer outras dúvidas a respeito de como está estruturada a atenção básica e como cidadãos e ainda, futuros profissionais de saúde, podem participar e utilizar a rede de serviços disponíveis para uma melhor assistência em saúde.

Não pode faltar

Para iniciarmos a apresentação sobre a Política de Atenção Básica, vamos primeiramente entender o conceito de **atenção básica**.

A atenção básica é conceituada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como um conjunto de ações individuais e coletivas que vão desde a **promoção e**

proteção à saúde, a prevenção e redução de danos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, por meio de práticas e cuidados em saúde que ofereçam atenção integral e que reflitam em melhores condições de saúde e de vida da coletividade.

Entendendo a saúde como dependente dos condicionantes sociais, as práticas em saúde são planejadas e oferecidas partindo das necessidades locais, com a participação e apoio da população na resolução dos problemas identificados nos territórios. Portanto, as ações e práticas devem estar mais próximas da vida das pessoas, e ainda, a atenção básica deve ser, preferencialmente, o primeiro contato das famílias aos serviços de saúde.

Princípios da atenção básica

Está orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), **universalidade, equidade, integralidade, controle social e hierarquização**. Desta forma, deve assegurar o direito à saúde de todos os cidadãos, sem distinção, segundo suas necessidades em todos os níveis de atenção, com a participação da comunidade e o mais próximo possível do local onde as famílias vivem.

Está estruturada segundo **princípios próprios**, como: **a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade, a integralidade do cuidado, a coordenação e responsabilização** pelo território e famílias adscritas e **humanização** dos cuidados.

A atenção básica deve planejar, orientar suas ações segundo necessidades locais, as particularidades individuais, considerando o contexto sociocultural em que vivem os sujeitos e suas famílias, de maneira a proporcionar uma atenção integral e melhora nas condições de vida da coletividade, respeitando a autonomia dos indivíduos e estimulando a participação social.



Refleta

Como assegurar a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, e a proximidade da atenção junto às famílias e à comunidade, tendo o modelo tradicional da atenção básica, com assistência restrita na unidade, atendendo apenas à demanda espontânea?

Para possibilitar que estes princípios sejam alcançados, a Política Nacional de Atenção Básica tem a **saúde da família** como **estratégia** para possibilitar práticas e cuidados desenvolvidos em equipe multiprofissional, vinculados aos territórios e famílias que lá residem.

Fundamentos e diretrizes

1. A elaboração e desenvolvimento de ações deverão levar em consideração as condições e determinantes de saúde presentes na coletividade que compõem o território adscrito.

2. Proporcionar o **acesso a serviços de saúde** de qualidade e resolutivos, tendo a atenção básica como a **porta de entrada preferencial** aos serviços de saúde, **acolhendo os usuários, promovendo a vinculação, cuidados contínuos e a responsabilização compartilhada** pela atenção às suas necessidades de saúde. Desta forma, os serviços devem se organizar para acolher e resolver a maioria dos problemas de saúde e, quando não for possível, encaminhar e acompanhar para outros níveis de atenção.

3. Possibilitar o **desenvolvimento do vínculo** e responsabilização entre as equipes e famílias adscritas, de maneira a assegurar a continuidade das ações e cuidados em saúde.

4. **Estimular a participação dos usuários**, de maneira a aumentar a autonomia e desenvolver a capacidade de cuidar de sua saúde, bem como da saúde da coletividade do território, através do enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde, tendo como foco os cuidados ao usuário e a participação social.

5. **Coordenar a integralidade**, integrando livre demanda e ações programáticas, ou seja, tendo horários livres para atendimentos da população sem agendamento prévio, com consultas agendadas, visitas domiciliares e outras ações, articulando ações de educação, promoção e prevenção a agravos, de vigilância em saúde, de diagnóstico, tratamento e reabilitação, fazendo uso de diversas tecnologias de cuidado e gestão, por meio de um trabalho em equipe **multiprofissional e interdisciplinar**; realizando a **gestão do cuidado integral** do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.



Assimile

A Atenção Básica tem na **saúde da família** sua **estratégia prioritária** para expansão do acesso à saúde, com atenção centrada na saúde da família, próxima do contexto social onde vive, desenvolvendo atenção integral e vínculo com as famílias, acompanhando a saúde e se responsabilizando pelos cuidados e assistência às famílias e ao território.

Para assegurar a atenção integral, os serviços estão organizados em **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**, de maneira a promover a atenção e cuidados de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, assegurando os princípios e diretrizes do SUS. As **RAS** constituem-se de serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e estão articuladas de forma complementar e com base territorial.

A atenção básica deve ser a **principal porta de entrada do usuário no SUS**, deve coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos da rede de atenção, quando suas necessidades não puderem ser atendidas.



Exemplificando

Quando o usuário necessitar de serviços que não estão disponíveis na Unidade Básica de Saúde, como um exame diagnóstico realizado apenas em unidades especializadas, ou ainda, de tratamentos realizados em hospitais, deve ser realizada a referência, ou seja, os profissionais da Estratégia Saúde da Família deverão encaminhar os usuários a outros pontos da rede de atenção e fazer a contrarreferência, que é o recebimento das orientações de maneira a permitir a continuidade na atenção e a manutenção do vínculo.

Função da atenção básica na rede de atenção à saúde

1. **Deve servir como base**, ser o serviço de saúde mais próximo da população para assegurar a descentralização e o atendimento das necessidades das famílias e do território.
2. **Ser resolutive**, uma vez identificadas as necessidades e problemas de saúde na coletividade, articula-se diferentes tecnologias e cuidados aos indivíduos com intervenções clínicas e sanitárias efetivas.
3. **Coordenar o cuidado**, através da elaboração, acompanhamento e gerenciamento de projetos terapêuticos. E ainda, acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.
4. **Ordenar as redes**, segundo as necessidades da população em relação aos outros pontos da rede, de forma que a programação dos serviços de saúde esteja centrada nas necessidades de saúde dos usuários.

Infraestrutura e funcionamento da atenção básica

Para seu funcionamento, a Atenção Básica conta com **Unidades Básicas de Saúde (UBS)**, as quais devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional, possuir infraestrutura, equipamentos e estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento e, ainda, recomenda-se que possuam conselhos/colegiados, compostos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social em sua gestão.

As **equipes multiprofissionais devem ser compostas** por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar ou técnico em saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica e das necessidades de saúde da população.

Atribuições e processo de trabalho das equipes da atenção básica

- Participar do mapeamento e territorialização da área vinculada à equipe, identificando riscos, famílias e grupos vulneráveis.
- Realizar o cadastro das famílias, mantendo atualizado o sistema de informação e utilizar, sistematicamente, as informações para o diagnóstico da situação de saúde, levando em consideração características socioeconômicas, culturais e epidemiológicas do território, elegendo situações que devam ser monitoradas no planejamento local.
- Realizar os cuidados e assistência na UBS, no domicílio e em ações desenvolvidas em outros espaços da comunidade (escolas, creches, instituições).
- Garantir a integralidade na atenção, acolhendo e realizando atendimento da livre demanda, ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.
- Oferecer acolhimento dos usuários através de escuta qualificada, identificando na avaliação as necessidades de intervenções, por meio de atendimento humanizado, desenvolvendo o vínculo e a responsabilidade pela continuidade da atenção.
- Realizar busca ativa de casos de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
- Responsabilizar-se pela coordenação do cuidado da população adscrita, mesmo em outros pontos de atenção do sistema de saúde.
- Realizar discussões de casos em equipe para o planejamento e avaliação conjunta das ações, promovendo trabalho interdisciplinar e em equipe.
- Acompanhar e avaliar a efetividade das ações implantadas, readequando o processo de trabalho.

- Assegurar a qualidade de registro das atividades, dados no Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB).
- Promover ações de educação em saúde junto à população adscrita.
- As equipes devem participar de atividades de educação permanente.
- Promover a mobilização e a participação da população afim de efetivar o controle social.
- Identificar recursos e instituições presentes no território, realizar parcerias para organizar ações intersetoriais, conforme as prioridades locais.



Pesquise mais

Podemos aprofundar mais os estudos em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília:** Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

Sem medo de errar

Vamos retomar a dúvida de Dona Clara?

Vimos, no início da seção, que Dona Clara, ao receber a visita de uma Agente Comunitária de Saúde em seu domicílio para cadastramento de sua família, ficou com dúvidas quanto ao objetivo do cadastramento, como este era realizado e se era realizado com toda a vizinhança.

Pudemos entender que a atenção básica está fundamentada no trabalho em territórios e famílias adscritas e, portanto, o cadastramento dos indivíduos e famílias que residem no território é de fundamental importância para o conhecimento das condições sociais, econômicas, culturais, identificação de risco e vulnerabilidade das mesmas, auxiliando no planejamento de práticas e cuidados não apenas com as famílias, mas com a coletividade. Para isto, são realizadas visitas para o

cadastramento de todos os familiares residentes no domicílio, com coleta de informações sobre a moradia, ocupação e outras que permitam conhecer as condições de vida, vulnerabilidades e necessidades que possam impactar na situação de saúde da família.

Todas as famílias residentes no território devem estar cadastradas na UBS.



Atenção

O cadastro das famílias é realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, os dados coletados são preenchidos e posteriormente lançados no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e são de fundamental importância para o diagnóstico da situação de saúde, planejamento e gerenciamento de ações.

Avançando na prática

“Atuação das equipes de saúde da família”

Descrição da situação-problema

A Política Nacional da Atenção Básica, publicada em 2006, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização e ampliação da Atenção Básica. Em função disto, têm sido implantadas equipes de Saúde da Família nas UBS.

Uma Unidade Básica de Saúde está implantando a Estratégia de Saúde da Família, considerando a atuação, a extensão e o número de famílias residentes no território. Vamos pesquisar e discutir, qual a atuação da Estratégia de Saúde da Família e quantas pessoas cada equipe de Saúde da Família tem sob sua responsabilidade?



Lembre-se

A Equipe de Saúde da Família é multiprofissional e o trabalho é desenvolvido em determinado território junto às famílias adscritas.

Resolução da situação-problema

Segundo a PNAB, a Estratégia Saúde da Família deve substituir o modelo tradicional da atenção básica, atuando no território a ela vinculado, realizando o cadastro das famílias, o diagnóstico situacional, planejando e executando ações

que reduzam ou eliminem os problemas de saúde presentes no território, cuidando dos indivíduos e suas famílias ao longo do tempo com uma atitude proativa frente aos problemas de saúde da população.

As atividades devem ser planejadas e programadas, partindo das necessidades da família e comunidade observadas no diagnóstico situacional. Deve buscar apoio intersetorial, estabelecendo parcerias com instituições e organizações sociais existentes em sua área de abrangência. E suas ações devem, ainda, estimular o desenvolvimento da cidadania.

Para realizar a distribuição das famílias por equipe, o território é dividido em microáreas e cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, porém considerando as atribuições e o grau de vulnerabilidade das famílias do território, recomenda-se uma média de 3.000 pessoas, pois quanto maior a vulnerabilidade, menor deve ser a quantidade de pessoas por equipe.



Faça você mesmo

Discuta como é a atuação da Estratégia de Saúde da Família para populações ribeirinha, fluviais e consultório de rua. Para isto, você deverá pesquisar no site disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php> e na PNAB <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. p. 62. Acesso em: 14 nov. 2016.

Agora é sua vez!

Faça valer a pena

1. Quais os princípios próprios da Atenção Básica?

- a) () Integralidade, universalidade e equidade.
- b) () Controle social, integralidade e hierarquização.
- c) () Coordenação, responsabilização e humanização.
- d) () Controle social, humanização e acessibilidade.
- e) () Vínculo, universalidade e equidade.

2. Qual a função da atenção básica nas redes de atenção à saúde? Leia as afirmativas e assinale a alternativa correta:

- 1. Coordenar o cuidado, através da elaboração, acompanhamento e gerenciamento de projetos terapêuticos.

2. Realizar encaminhamentos quando as necessidades do usuário não puderem ser atendidas na atenção básica.

3. Deve ser a porta de entrada preferencial à rede de atenção à saúde.

- a) () Somente a 1 está correta.
- b) () Somente a 2 está correta
- c) () Somente a 3 está correta.
- d) () Somente 1 e a 2 estão corretas.
- e) () Todas estão corretas.

3. Como está organizada a atenção básica para assegurar a integralidade e continuidade no cuidado? Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:

() Ter território adscrito.

() Possuir equipes de saúde da família responsáveis pelos cuidados de saúde do território e de famílias adscritas.

() Organizada para atender apenas à demanda espontânea.

- a) () F, V, F.
- b) () V, V, F.
- c) () F, F, F.
- d) () V, V, V.
- e) () F,F,V.

Seção 1.3

Transições

Diálogo aberto

Olá, aluno! Nesta seção, iremos compreender as modificações demográficas, epidemiológicas e nutricionais pelas quais a população brasileira passou e de que forma estas transições interferem na assistência e cuidados ofertados pela Estratégia de Saúde da Família.

Como vimos na Situação da Realidade apresentada, Dona Clara é uma senhora que dedicou a vida inteira aos afazeres domésticos e à educação dos filhos. Seu marido ficou desempregado há sete meses e, por isso, acabaram se mudando para uma cidade pequena onde o custo de vida é mais baixo.

Nesta seção, veremos que, ao se mudar, Dona Clara fez amizade com Dona Julia, sua vizinha. Certo dia, foram até a UBS onde são cadastradas para que Dona Julia retirasse sua medicação para o controle do colesterol e foram convidadas a participar de uma oficina que será realizada sobre **Alimentação saudável**. A respeito das mudanças nos padrões alimentares e no modo de vida da sociedade, como futuros profissionais da saúde, de que maneira podemos atuar para minimizar os agravos e promover melhor qualidade de vida à população?

Vamos estudar o conceito e o impacto das transições na saúde e nos cuidados adotados pela Estratégia de Saúde da Família. Compreenderemos, ainda, nesta seção, o conceito das transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais, seus impactos na saúde da população e ainda de que forma a atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família atua para minimizar os riscos decorrentes destas mudanças.

Não pode faltar

Inicialmente vamos entender o conceito de transição demográfica, que é a mudança de um contexto populacional com elevada frequência de óbitos e nascimentos na população, para uma redução na frequência, tanto de mortes quanto de nascimentos.

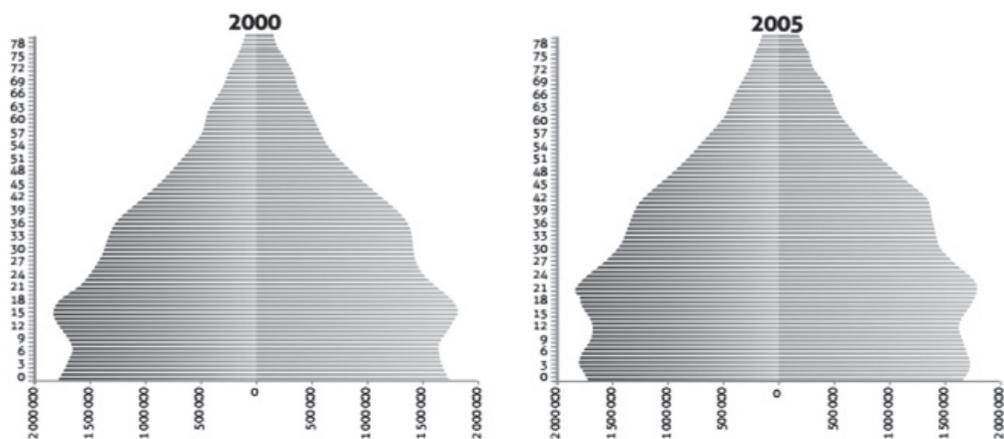
No Brasil, o processo de transição demográfica teve início na década de 40, quando se observou redução na mortalidade causada por doenças infecciosas e parasitárias, em função das medidas de prevenção adotadas. Esta redução proporcionou um aumento na longevidade e expectativa de vida da população.

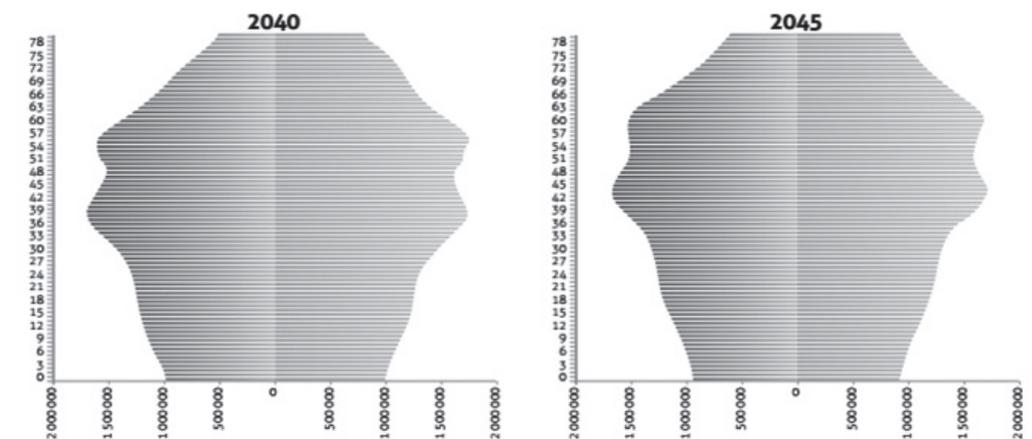
Observamos ainda uma queda na fecundidade, reduzindo em 30 anos, cerca de 50%, a taxa de fecundidade, uma vez que em 1960 a média de filhos era de 6,3 por mulher, enquanto em 1990 a média foi de menos de três filhos por mulher. Esta redução na fecundidade tem relação com a efetividade de métodos de planejamento familiar, o que reduziu a população de jovens e crianças, modificando a estrutura etária da população.

O fato de termos tido uma redução na mortalidade, fez com que as pessoas vivessem mais, aumentando a população de idosos e sua expectativa de vida. Este aumento na população idosa favorece o adoecimento e a mortalidade por doenças crônicas e degenerativas.

Ao analisar as pirâmides populacionais, podemos observar que o efeito da redução da natalidade e da mortalidade modificou a estrutura da população em relação à idade e ao sexo, o formato triangular, com base alargada, que prevalecia entre 1900 e 1950, foi sendo substituído por pirâmides populacionais características de uma população em processo de envelhecimento. Podemos observar isso na figura a seguir:

Figura 1.1 | Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045





Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 27. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2016.

O processo de envelhecimento da população, as mudanças na taxa de mortalidade por idade, por causa de óbito, bem como o comportamento reprodutivo não foram uniformes em todo o país, pôde-se observar diferenças regionais tanto na taxa de mortalidade como nas de fecundidade e natalidade, e estas têm relação com as diferenças de acesso à saúde e condições de vida entre regiões, onde a facilidade de acesso a serviços de saúde, de planejamento familiar e melhores condições de saúde na região Sul e Sudeste são responsáveis pela maior redução na fecundidade e mortalidade.

Além da taxa de mortalidade e fecundidade, não podemos esquecer da influência da migração, pois com a industrialização ocorreu o processo de urbanização, e com migração da população rural para as cidades, tal fato colaborou para a mudança no perfil demográfico brasileiro.

Podemos afirmar que de uma sociedade predominantemente rural e tradicional, com famílias numerosas e risco de morte na infância elevado, passamos para uma sociedade urbana com famílias menores.

Além do envelhecimento, observamos uma feminização populacional, devido a maior proporção do sexo feminino em relação ao masculino, pois as mulheres têm maior longevidade que os homens, uma vez que são menos vulneráveis aos riscos.

Transição epidemiológica é a mudança no modo de adoecer, morrer e de incapacitar uma população. Como pudemos observar, com o passar dos

anos, houve um declínio nas mortes em decorrência das doenças infecto-parasitárias, com melhoria nas condições sanitárias e de vida, houve redução da mortalidade infantil, porém observamos com o envelhecimento da população e a industrialização, uma mudança no modo de vida e maior predisposição a doenças crônicas degenerativas. Desta forma, há uma redução da mortalidade para aumento de morbidade e incapacidade por doenças crônicas na população idosa.

A teoria da transição epidemiológica assume que há a substituição de mortes decorrentes de doenças infectocontagiosas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, porém, em nosso país observa-se o que alguns autores denominam de tripla carga, que é a persistência de doenças infecciosas e parasitárias e causas perinatais, aumento de mortes e incapacidades decorrentes de violência e causas externas e de doenças crônicas e de seus fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, dentre outros.



Refleta

Considerando que há um envelhecimento populacional, aumento da expectativa de vida, aumento de mortes e incapacidades decorrentes de doenças crônico-degenerativas, de causas externas e ainda a persistência e emergência de doenças infecciosas como dengue malária, tuberculose e hanseníase, reflita sobre qual o modelo de assistência e de cuidados em saúde que pode enfrentar esta tripla carga de doenças?

Alguns autores caracterizam a transição epidemiológica no Brasil como tendo:

- Superposição: de doenças infecciosas e parasitárias com doenças crônico-degenerativas.
- Contra transição: com ressurgimento de doenças antigas como dengue e cólera e aumento de doenças como malária, tuberculose, hanseníase e leishmaniose.
- Transição prolongada: permanência elevada da morbimortalidade decorrente de doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis.
- Polarização epidemiológica: onde há diferentes padrões de morbimortalidade nas diferentes regiões do país.

Transição nutricional é caracterizada em nosso país pela substituição da desnutrição pela obesidade. Com a transição nutricional observada nos últimos anos, vimos que a desnutrição deixou de ser a causa de morbimortalidade, e

a obesidade passa a ser a principal causa, tornando-se um problema de saúde pública.

Segundo Soares e Cols (2013), na maioria dos países tem se observado que a desnutrição infantil está sendo eliminada e substituída pela má-nutrição, e que no Brasil estudos têm retratado uma diminuição em torno de 50% na prevalência da desnutrição no Brasil, embora a desnutrição nos primeiros anos de vida ainda seja preocupante. A má qualidade nutricional, caracterizada pelo consumo de alimentos industrializados, uma dieta rica em gorduras, açúcares e sal predispõem distúrbios nos lipídeos (aumento de gordura), que associados à inatividade física favorecem a obesidade.

Como reflexo da transição nutricional, observou-se uma redução no déficit estatural na população, característico dos quadros de desnutrição na infância, porém, em contrapartida, temos aumento vertiginoso de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias.



Assimile

A transição demográfica no Brasil é resultante da redução na taxa de mortalidade e fecundidade, que levou ao aumento da expectativa de vida e ao envelhecimento populacional. Somado a isto, tivemos a industrialização, e a urbanização.

A transição epidemiológica no Brasil é caracterizada pela tripla carga, persistência de doenças infecciosas e parasitárias, com elevada morbimortalidade por doenças crônicas e degenerativas e por causas externas.

A transição nutricional é caracterizada pela substituição de um padrão de escassez alimentar, como na desnutrição, para um padrão de excesso, porém de má qualidade nutricional, como na obesidade.

Existe uma forte relação entre as três transições, pois as mudanças sociais decorrentes da industrialização e urbanização, associadas ao envelhecimento populacional decorrente da transição demográfica, juntamente com mudanças nos hábitos alimentares que caracterizam a transição nutricional, agravadas pelo sedentarismo, tabagismo, predispõem a obesidade que são fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Assim como a urbanização e a vida moderna têm forte relação com o aumento da morbimortalidade por causas externas.



Pesquise mais

Vamos aprofundar os conhecimentos sobre transição demográfica, epidemiológica e nutricional na literatura a seguir:

MONTEIRO, Mario F. Giani. Transição demográfica e epidemiológica. In: BARATA, Rita Barradas et al. (Orgs.). **Equidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 260 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3y5xk/pdf/barata-8585676345.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

SOARES, Ramos et al. A transição da desnutrição para a obesidade. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 5, n. 1, p. 64-68, 2013. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131130_150631.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2016.

O cenário de transições demográfica, epidemiológica e nutricional impõem ao Sistema Único de Saúde a necessidade de um modelo de assistência integrado e de cuidados integrais que articulem os cuidados da atenção básica aos outros pontos da rede de atenção à saúde, de modo a enfrentar a condição de tripla carga. Do contrário, teremos uma população envelhecida com incapacidades e com qualidade de vida comprometida.



Exemplificando

Para o enfrentamento das doenças crônicas e das incapacidades, o modelo de assistência curativa hospitalar não dá conta de atender às necessidades e cuidados que um processo crônico exige, pois não serão continuados, para tal, faz-se necessário que a atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família se responsabilize por cuidar, acompanhar e, quando necessário, ordenar a atenção do paciente nos diferentes pontos da rede de atenção, oferecendo, inclusive, cuidados domiciliares nos casos com restrição de mobilidade ou dificuldade de acesso.



Faça você mesmo

Pesquise no site disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_promocao_da_saude.php>. Acesso em: 30 mar. 2016.

E discuta de que forma os efeitos da Transição nutricional podem ser enfrentados na Atenção Básica.

Sem medo de errar

Vamos retornar ao caso de Dona Clara e Dona Júlia?

Como vimos anteriormente, Dona Clara e sua vizinha Dona Julia foram até a UBS, onde as mesmas são cadastradas, para que Dona Julia retirasse sua medicação para o controle do colesterol e foram convidadas a participar de uma oficina que será realizada na unidade sobre **alimentação saudável**.

As mudanças nos padrões alimentares e no modo de vida das sociedades urbanas têm provocado quadros de má nutrição, que associados ao sedentarismo predispoem a obesidade e a dislipidemia, distúrbios que levam ao aumento dos lipídeos, tais como colesterol e triglicerídeos, que são fatores de risco para as doenças cardiovasculares, podendo causar infarto e acidente vascular cerebral. Estas doenças são muito frequentes na atualidade e sua alta prevalência está relacionada à elevada incidência de mortes e incapacidades. Para o controle das mesmas deve ser adotada uma mudança no estilo de vida, com mudança no padrão alimentar e adoção de atividades físicas regulares.

Para minimizar os impactos à saúde da população, a atenção básica, através de , por meio da Estratégia de Saúde da Família, deve promover a saúde através de hábitos alimentares saudáveis. Para tal, deve desenvolver educação em saúde, que pode ser desenvolvida através de oficinas de alimentação saudável, onde são realizadas rodas de conversa que levam à reflexão sobre hábitos alimentares adotados pelos participantes do grupo e seus familiares, e a necessidade de mudança, por meio de orientações, com informações sobre alimentação saudável e dicas de como utilizar melhor os alimentos.

A participação de Dona Julia e Dona Clara é de extrema importância para que sejam modificados hábitos e adotadas novas práticas alimentares, melhorando o padrão de consumo dos alimentos nas famílias, reduzindo o risco de obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis no território.



Atenção

Para promover bons hábitos alimentares, a Estratégia de Saúde da Família realiza a promoção de hábitos alimentares junto às famílias da comunidade, assim como em escolas e creches para promover bons hábitos já na infância, por meio de diferentes estratégias e ações.

Avançando na prática

Envelhecimento ativo

Descrição da situação-problema

Você já ouviu falar sobre envelhecimento ativo?

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), até 2025, o Brasil será o sexto país no mundo em número de idosos, este fato fez com que o Ministério da Saúde no Brasil adotasse uma Política de Envelhecimento Saudável.

A Unidade Básica de Saúde São Francisco de Assis está planejando implantar a política de envelhecimento saudável. Discuta como esta política pode promovê-la e qual sua relação com o envelhecimento ativo.



Lembre-se

Frente ao envelhecimento populacional e ao aumento na morbimortalidade nesta faixa etária, vamos pesquisar quais práticas poderiam ser adotadas pelas equipes de Saúde da Família para promover o envelhecimento saudável. Você poderá pesquisar mais no *link* a seguir:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. p. 13. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2016.

Resolução da situação-problema

Envelhecimento ativo é um processo que tem como objetivo aumentar a expectativa de vida com saúde e qualidade de vida para as pessoas que estão envelhecendo, incluindo aquelas que apresentam saúde frágil, com incapacidades e que necessitam de cuidados.

Na promoção do envelhecimento ativo, a Estratégia de Saúde da Família deve:

1. Oferecer ações de promoção a saúde, prevenção e atenção integral.
2. Estimular nos idosos a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde.
3. Oferecer atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa.

4. Estimular o desenvolvimento da autonomia e independência nos autocuidados e na utilização de medicamentos.

5. Elaborar na comunidade programas para formação do cuidador da pessoa idosa e que apresente condições crônicas.



Faça você mesmo

Vamos discutir a relação da transição demográfica, epidemiológica, nutricional e a importância da promoção do envelhecimento ativo.

Faça valer a pena

1. Complete a frase a seguir:

A _____ é resultante da redução da taxa de _____, que levou ao aumento da expectativa de vida e ao envelhecimento populacional.

- a) Transição demográfica, de morbidade e natalidade.
- b) Transição nutricional, de mortalidade e fecundidade.
- c) Transição epidemiológica, de morbidade e fecundidade.
- d) Transição demográfica, de mortalidade e fecundidade.
- e) Transição epidemiológica, de mortalidade e natalidade.

2. Houve um declínio nas mortes em decorrência das doenças infecto-parasitárias, com melhoria nas condições sanitárias e de vida, principalmente da mortalidade infantil, porém com o envelhecimento da população e a urbanização, com maior predisposição a doenças crônicas degenerativas.

Assinale a sequência correta. Qual transição tem relação com o texto exposto acima?

- () Transição demográfica.
- () Transição nutricional.
- () Transição epidemiológica.

- a) V, V, V.
- b) V, F, V.
- c) V, V, F.
- d) F, F, V.
- e) V, F, F.

3. Como se caracteriza a transição epidemiológica?

- a) () Aumento da mortalidade por doenças infecto-parasitárias na primeira infância.
- b) () Redução da morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas.
- c) () Aumento da morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas.
- d) () Redução da morbimortalidades por causas externas.
- e) () Redução da desnutrição e aumento de casos de obesidade.

Seção 1.4

Campo de atuação

Diálogo aberto

Nesta seção, iremos compreender o conceito de território, enquanto campo de atuação das equipes de saúde de família, o processo de territorialização e sua importância no diagnóstico da situação de saúde das famílias e da presença de vulnerabilidades, bem como para a vigilância e planejamento em saúde no território pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Como vimos na Situação da Realidade exposta, Dona Clara é uma senhora que dedicou a vida inteira aos afazeres domésticos e à educação dos filhos e, seu marido, Sr. Claudio, é quem sustentava a família, mas acabou perdendo o emprego. Certo dia, ao varrer o quintal, Dona Clara foi cumprimentada por Ana, sua Agente Comunitária de Saúde, que perguntou se estavam todos bem em sua casa, quando ela relatou que seu marido, no dia anterior, havia apresentado mal estar e vômito. Ana contou que estava visitando algumas famílias, pois moradores da vizinhança procuraram a Unidade com os mesmos sintomas, por isso, Ana fez algumas perguntas e disse que estavam investigando estes os casos e analisando o território, orientando que Sr. Claudio procurasse a Unidade de Saúde.

Dona Clara relatou a visita de Ana para o Sr. Claudio e falou que estava preocupada e curiosa: o que está causando estes problemas de saúde na vizinhança? Como os profissionais da Unidade fazem a investigação e analisam o território?

Assim como Dona Clara e Ana, para entender o que está causando problemas de saúde na vizinhança e como é realizada a análise da saúde das famílias no território, precisaremos inicialmente conhecer alguns conceitos sobre território, territorialização e investigação da situação de saúde. Vamos compreender, ainda, o conceito de vulnerabilidade e como a Estratégia de Saúde da Família identifica as vulnerabilidades presentes no território, a fim de planejar ações para minimizá-las.

Não pode faltar

Como vimos anteriormente, as equipes de saúde da família desenvolvem seu trabalho vinculadas ao território e às famílias adscritas. Para iniciar nosso estudo sobre

o campo de atuação, vamos primeiro entender o conceito e termos relacionados ao território.

Território pode ser conceituado como:

- Espaço geográfico, que possui limites físicos fixos, relacionados ao solo, geopolíticos, usados na divisão política administrativa, delimitados por áreas para facilitar o planejamento de ações.
- Espaço geográfico relacionado não apenas ao limite físico, mas a questões **administrativas, políticas**, pois o território não é ocupado socialmente de forma homogênea, em sua ocupação há fatores históricos e /ou determinantes que influenciam, o que faz com que determinadas áreas sejam mais densamente povoadas, muitas vezes envolvendo questões de poder e conflitos, **econômicas e culturais**, de maneira que este espaço é dinâmico, varia com as características culturais, do desenvolvimento social e econômico e dos interesses políticos.



Vocabulário

Encontramos na literatura algumas definições de território (Gondim et al., 2008):

Território enquanto distrito, como delimitação político-administrativa.

Território definido como área, fazendo referência à delimitação da área de abrangência de uma unidade de atenção básica.

Território como microárea: demarcação de espaço que apresente populações e condições socioeconômicas e sanitárias homogêneas, sob responsabilidade de uma equipe de saúde da família.

Território-moradia: como lugar de residência da família.

Adscrição: termo utilizado para descrever o território sob responsabilidade da equipe de saúde da família.

Adscrita: termo usado para mencionar as famílias e população que estão vinculadas ou sob responsabilidade das equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Como definido, os territórios possuem características próprias, de acordo a disponibilidade de serviços (escolas, comércio, transporte, coleta de lixo) e a interação da população com os mesmos.

É muito importante entendermos estas definições, uma vez que é neste espaço que as equipes de saúde atuam.



Assimile

Território é o espaço geográfico onde as famílias moram, trabalham, e que possui características próprias, segundo a população, a ocupação, o modo de viver e adoecer, dos serviços existentes, dos recursos tecnológicos, políticos e administrativos e, portanto, se modificam continuamente. E ainda é considerado como a menor unidade espacial do sistema de saúde, que corresponde à área de abrangência das famílias adscritas de cada unidade básica, espaço e campo de atuação das equipes de saúde.

Tendo o território como campo de atuação, as equipes de saúde da família devem conhecer e caracterizar as famílias, suas necessidades, os serviços disponíveis e reconhecer os problemas existentes (exemplo: presença de esgoto a céu aberto, acúmulo de lixo, violência, risco de desmoraamento, entre outros) em suas microáreas, ou seja, cada equipe de saúde irá conhecer as características e necessidades da população e do território sob sua responsabilidade, identificando problemas e condições que interfiram na saúde das famílias que ali vivem, tornando-as vulneráveis a riscos. Este processo de reconhecimento, de apropriação e de vinculação com o território, de desenvolvimento do compromisso e responsabilidade com os indivíduos e famílias é denominado de **territorialização**.

A **territorialização** é uma das ferramentas básicas de trabalho da equipe de saúde da família, pois por meio desta é realizada a vigilância em saúde e o planejamento de ações e intervenções no território. Podemos sintetizar que no processo de territorialização são realizadas as tarefas de:

1. Delimitação das áreas de atuação dos serviços, onde são estabelecidos os acessos a ações e serviços de saúde locais e o referenciamento para outros serviços da rede.
2. Reconhecimento da população, sua dinâmica social, infraestrutura, acesso da população com os serviços e com o ambiente.
3. Identificação da situação de saúde no território, da presença de vulnerabilidades.

Vulnerabilidade pode ser conceituada como condições, presença de fatores, contextos sociais e ambientais que colocam os indivíduos e famílias suscetíveis a agravos e adoecimentos.



Refleta

Como as equipes de saúde podem atuar no território para melhorar as condições de saúde no território?

Para realizar a territorialização, esta é dividida em fases, segundo tarefas:

1. **Mapear o território**, no qual são utilizados os mapas do município e da área, são mapeadas as ocupações, segundo levantamentos de dados sobre a população, desenvolvimento social, econômico e epidemiológico. Atualmente, tem-se utilizado como ferramenta auxiliar o Google Earth.

2. **Delimitar o território**, para tal são observados a relação entre a quantidade de habitantes e a extensão do território, os fatores econômicos (renda, modos de produção), políticos, sociais e culturais, a infraestrutura (serviços presentes como escolas, creches, transporte, coleta de lixo, comércio, banco, entre outros), presença de risco ambiental e serviços de saúde existentes, considerando o acesso da população aos serviços.

3. **Delimitar áreas e localizações no mapa**, para efetuar a divisão de equipes de saúde da família são considerados e localizados no mapa, os serviços de saúde existentes (Unidades de Atenção Básica, Unidade de pronto atendimento, unidades especializadas, hospitais públicos e privados, entre outros), serviços existentes (escolas, creches, associações, organizações, centros de referência de assistência social, áreas de esporte e lazer (praças, quadras, parques), áreas de risco ambiental (depósito de lixo, áreas com risco de inundação, desmoronamento, córregos, fontes de poluentes (indústrias, existência de rejeitos industriais, uso de agrotóxico em plantações, entre outros), áreas de invasões ou acampamentos (aglomerações como cortiços, favelas, entre outros) e rurais (distância do centro e acesso a serviços de saúde). Marcar ruas, vias, ferrovias de maior acesso, localização de pontos de acesso a transportes públicos. Caracterizar domicílios, registrando o número de domicílios de acordo com existência de abastecimento de água (por rede pública, poço ou outro, conforme o tratamento da água no domicílio, fervura, cloração ou sem tratamento), presença de sistema de esgoto, ou fossa, esgoto a céu aberto, presença de energia elétrica, coleta de lixo, ou este é queimado ou qual o destino dado ao mesmo.

4. **Delinear o perfil da população**, realizado o levantamento da população total, segundo sexo, faixa de idade, número de moradores com plano de saúde, usuários do SUS, quantos são analfabetos, quantidade de famílias em situação de risco.



Exemplificando

Para classificar a situação de risco das famílias, as equipes da ESF devem considerar os dados existentes na Ficha A (preenchida no cadastramento das famílias), a qual contém informações sobre as condições de moradia (baixas condições de saneamento), número de moradores, presença de moradores acamados, com algum tipo de deficiência, hipertensão arterial e diabetes mellitus, hanseníase e tuberculose, desnutrição, dependência química, maiores de setenta anos, menores de seis meses, entre outros. Nesta avaliação de risco é utilizada uma escala de classificação de risco, que pontua de zero a três o risco familiar. Estes dados de risco e vulnerabilidade familiar são muito importantes para as equipes de saúde da família, pois por meio desta é feita a programação das visitas domiciliares e a seleção de prioridade de famílias a serem visitadas.

5. **Delinear o perfil da Unidade Básica de Saúde**, sua localização, sua história no território, número de profissionais por categoria vinculados a ela, de equipes de saúde da família, de agentes comunitários, horário de funcionamento e acesso, considerando transporte e tipo de terreno.



Pesquise mais

Vamos aprofundar os conhecimentos sobre campo de atuação: Território e territorialização.

GONDIM, Grácia M. M. et al. **O território da saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde, v. 1, p. 237-256, 2008. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2016.

MONKEN, M. et al. **O território na saúde**: construindo referências para análises em saúde e ambiente. MIRANDA, A. C. et al. (Orgs.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2016.

A dinâmica populacional, a vulnerabilidade das famílias e do território se modifica no dia a dia, por isso, as visitas no território para o mapeamento e análise de situação da saúde e vulnerabilidades devem ser frequentes e incorporadas no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A análise da vulnerabilidade do território é realizada pela identificação da presença de barreiras de acesso (distância, dificuldade no acesso), existência de indústria ou atividades que possam poluir ou contaminar, ar, água ou solo, áreas sob domínio do tráfico, com presença de conflitos, violência, riscos ambientais, tais como: risco de enchente e soterramento). A análise da situação de saúde e vulnerabilidade deve ser constante e é de fundamental importância para assegurar um planejamento adequado e efetivo nas ações de saúde no território. Vale ressaltar, que no reconhecimento do território, além das vulnerabilidades, deve-se identificar potencialidades, como, áreas e/ou organizações que possam ser parceiras no desenvolvimento de atividades e /ou ações no território.



Faça você mesmo

Discuta a relação entre vulnerabilidade das famílias e do território e como é avaliado o grau de risco pelas equipes de Saúde da Família.

Você poderá aprofundar os conhecimentos no artigo:

MAGALHÃES, K. A. et al. Classificação de risco familiar em uma unidade de saúde familiar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, set./out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1088.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2016.

Agora é sua vez!

Sem medo de errar

Vimos no início da seção que Dona Clara estava preocupada e curiosa em saber o que estava causando problemas de saúde na vizinhança e como é realizada a análise da saúde das famílias no território.

Pudemos entender que muitos fatores presentes no território podem influenciar e aumentar a suscetibilidade das famílias, a agravos e adoecimentos. A ausência de saneamento básico, com esgoto a céu aberto, córregos contaminados, lixo acumulado, condições do terreno que predisponham a alagamentos, dentre outros fatores, podem comprometer a saúde das famílias que ali residem, pois

podem ter contato com água contaminada, ou ainda estarem expostas a insetos e/ou roedores, que podem trazer doenças à redondeza.

A investigação e análise da saúde das famílias e do território é feita através de visitas nas microáreas, onde são identificadas condições que coloquem a saúde da população em risco. Uma vez identificadas condições de risco, é realizado o mapeamento, com identificação e localização das condições e problemas encontrados, estas informações obtidas servirão de subsídio para que seja feito um diagnóstico da situação de saúde local, que auxiliará a equipe de estratégia de saúde da família no planejamento de saúde, e então serão realizadas assistências aos indivíduos e famílias que apresentam comprometimento no estado de saúde, mas, principalmente, que sejam adotadas medidas e ações que minimizem as vulnerabilidades encontradas para melhorar a qualidade de vida das famílias e o ambiente em que vivem. Muitas vezes, o enfrentamento destas condições exige ações intersetoriais (ou seja, com envolvimento não apenas do setor saúde, mas do setor responsável pela coleta de lixo, de saneamento urbano, com a mobilização e participação da comunidade local).



Atenção

A vigilância das condições de saúde e território é realizada por técnicos da vigilância em saúde e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que enquanto moradores do território e profissionais da equipe de saúde da família, têm em seu processo de trabalho a realização de visitas onde são coletadas informações junto às famílias, observando e registrando condições de vulnerabilidades tanto familiares quanto no território. As informações servem de base para que seja realizado o diagnóstico da situação de saúde e planejamento de ações em saúde pelas equipes de Saúde da Família.

Avançando na prática

Territorialização e análise de vulnerabilidades

Descrição da situação-problema

Ao implantar o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, foi adotado o processo de territorialização para delimitar a área de atuação das equipes.

As equipes de saúde da Unidade Básica de Saúde São Francisco estão realizando um processo de territorialização. Discuta: como estas equipes devem realizar a demarcação das microáreas e a análise da situação de saúde e vulnerabilidades?



Lembre-se

Microárea é a área de atuação do agente comunitário de saúde que possui características demográficas, sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas semelhantes.

Resolução da situação-problema

Para a demarcação das microáreas são consideradas as necessidades de saúde da população e a capacidade de atendimento às famílias pelo agente comunitário de saúde. A área deve ter uma população homogênea em relação ao contexto social, econômico e epidemiológico, e ainda, para delimitar a área é considerado o acesso aos serviços de saúde, como distância, barreiras físicas e transporte da população às unidades de saúde.

Como pudemos ver, a análise de situação de saúde e vulnerabilidade é realizada através de visitas às microáreas, para identificação e reconhecimento das famílias em situação de risco e análise da presença de vulnerabilidades locais, neste processo são coletadas e registradas informações, mapeadas a localização das famílias e áreas de maior vulnerabilidade.

Na avaliação da vulnerabilidade são considerados os fatores de risco familiar e fatores relacionados ao território, tais como sociais (elevado índice de desemprego, de mortalidade e morbidade devido à violência), institucionais (dificuldade de acesso ou de disponibilidade de recursos, equipamentos e de políticas locais) e ambientais (presença de áreas em encosta, com risco de deslizamento, entre outros). Para avaliação da vulnerabilidade são utilizadas escalas de avaliação de grau de risco, possibilitando definir as microáreas de risco, ou seja, as áreas sob responsabilidade da equipe potencialmente mais vulneráveis.



Faça você mesmo

Discuta a atuação do agente comunitário em saúde na identificação das vulnerabilidades no território. Pesquise mais sobre territorialização e vulnerabilidades no link a seguir:

O território e o processo saúde-doença. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=22&arquivo=ver_conteudo_2>. Acesso em: 9 abr. 2016.

Faça valer a pena

1. Assinale a alternativa que melhor define o conceito de território utilizado pela Estratégia Saúde da Família:

1. Espaço geográfico com limites físicos fixos e imutáveis.
 2. Espaço geográfico com características próprias e que se modificam com a dinamicidade da população e do contexto sócio-político-econômico e cultural no qual está inserido.
 3. Corresponde à área de abrangência das famílias adscritas de cada unidade básica, espaço e campo de atuação das equipes de saúde.
- a) A 1 está correta.
 - b) A 2 está correta.
 - c) A 3 está correta.
 - d) A 2 e 3 estão corretas.
 - e) Todas estão corretas.

2. Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso. Qual(is) afirmação(ões) tem (têm) relação com a territorialização realizada pela Equipe de Saúde da Família?

() Por meio desta é realizado o reconhecimento das necessidades e vulnerabilidades do território.

() Por meio desta é realizado o mapeamento e delimitação de territórios.

() Por meio desta é realizada a demarcação político-administrativa para planejamento de políticas públicas.

- a) V, V, V.
- b) V, F, V.
- c) V, V, F.
- d) F, F, V.
- e) V, F, F.

3. Relacione as colunas, segundo os termos e conceitos:

I. Território moradia

A. Delimitação político-administrativa.

II. Território distrito

B. Sob responsabilidade de equipes de saúde da família.

III. Território adscrito

C. Local de residência de famílias.

IV. Território área

D. Espaço com condições sanitárias e populações homogêneas.

V. Território microárea

E. Delimitação da área de abrangência de uma unidade básica.

a) () IC, IIA, IIIB, IVE, VD.

b) () IA, IIC, IIIE, IVD, VE.

c) () IC, IIE, IIIB, IVD, VA.

d) () IC, IID, IIIA, IVB, VD.

e) () IB, IIE, IIID, IVC, VA.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2016.

BRASIL. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 146 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_15.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

BRASIL. **Constituição federal da república (1988)**. Constituição Federal (Artigos 196 a 200): da saúde. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anosus/legislacao/constituicaoefederal.pdf>. Acesso em: 18 maio 2016.

GONDIM, Grácia M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. (Orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p. 237-256. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2016.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. (Orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2016.

MONTEIRO, Mario F. Giani. Transição demográfica e epidemiológica. In: BARATA, Rita Barradas et al. (Orgs.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 260 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3y5xk/pdf/barata-8585676345.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

SOARES, Ramos L. A transição da desnutrição para a obesidade. *Brazilian journal of surgery and clinical research*, v. 5, n. 1, p. 64-68, 2013. Disponível em: <<http://estudosdenutricao.blogspot.com.br/2015/08/transicao-demografica-epidemiologica-e.html>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VIEIRA, Viviane Laudelino. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 603-617, 2013.

Cuidado em saúde na ESF

Convite ao estudo

Olá, aluno! Nesta unidade, abordaremos os cuidados da Estratégia da saúde da família em todas as fases da vida, na atenção à saúde da criança e do adolescente, da mulher, do homem, do idoso, as ações e programas existentes para atenção integral às famílias. Para tal, discutiremos os cuidados à saúde das famílias na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, como na hipertensão e diabetes e nas doenças transmissíveis como na tuberculose e hanseníase.

Como vimos na Unidade 1, a Estratégia de saúde da família tem papel fundamental na coordenação e no sequenciamento dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde, e, para isso, iremos, nesta unidade, conhecer como é estruturado e oferecido o cuidado às famílias na Atenção Básica, as Políticas de Atenção Básica da ESF, considerando a atuação dos profissionais envolvidos nas linhas de cuidado prioritários em todos os ciclos de vida.

Agora que você já sabe o que iremos estudar, para aproximá-lo do cotidiano dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e facilitar a compreensão a respeito dos cuidados oferecidos às famílias, vamos refletir na situação hipotética a seguir: Marinalva e Jair moram com seus quatro filhos e Dona Eulália, mãe de Jair, na Vila das Mercês, há mais de dezoito anos. Marinalva trabalha como diarista em bairros distantes, sai para o trabalho logo cedo todos os dias, chegando somente à noite, e Jair, que trabalhava em uma indústria, atualmente está desempregado. Seus filhos, em idade escolar, estudam em escolas da região, e Dona Eulália, embora com saúde frágil, ajuda nos afazeres de casa e faz serviço de costura para a vizinhança.

Seção 2.1

Ciclos de vida

Diálogo aberto

Nesta seção, vamos entender como é estruturado o cuidado às famílias, considerando que elas apresentam membros em diferentes fases da vida e, portanto, apresentam necessidades e cuidados em saúde específicos.

Como proposto na situação exposta, Marinalva e Jair moram com seus quatro filhos e Dona Eulália, mãe de Jair, na Vila das Mercês, há mais de dezoito anos. Marinalva trabalha como diarista em bairros distantes, sai para o trabalho logo cedo todos os dias, chegando somente à noite, e Jair, que trabalhava em uma indústria, atualmente está desempregado. Seus filhos, em idade escolar, estudam em escolas da região, e Dona Eulália, embora com saúde frágil, ajuda nos afazeres de casa e faz serviço de costura para a vizinhança. Outro dia, Marinalva estava trabalhando em uma das residências onde é diarista, quando recebeu um telefonema de sua sogra, aflita, pois seu filho de 14 anos havia se envolvido em uma briga na rua, estava machucado, e ela teria que socorrê-lo. Marinalva, preocupada, perguntava-se o que teria acontecido e para onde levaria seu filho para ser atendido.

Assim como Marinalva, para compreender as vulnerabilidades e necessidades na saúde da criança e do adolescente, vamos entender como está estruturado o cuidado, a assistência pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família nessa fase do desenvolvimento, como esses devem atuar para integrar a família, a escola e a comunidade para enfrentar a questão da violência e garantir um desenvolvimento saudável.

Além de entender as necessidades de cuidados e a atenção integral oferecidas pelas equipes de Saúde da Família, na saúde da criança e do adolescente, vamos conhecer a atenção integral na saúde da mulher, do homem e da pessoa idosa. Iremos compreender as peculiaridades e vulnerabilidades presentes em cada fase da vida dos indivíduos e da família, e conhecer as Políticas de Atenção Básica nas linhas de cuidado para abordagem dos profissionais da estratégia Saúde da Família no atendimento à comunidade em todo o ciclo de vida.

Para compreender a atuação dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família no ciclo de vida, iremos inicialmente conhecer os conceitos de ciclo de vida, ciclo de vida das famílias, linhas de cuidado, projeto terapêutico e as Políticas da Atenção Básica na atenção integral à saúde da criança e do adolescente, da mulher, do homem e da pessoa idosa.

Você entenderá que esses conhecimentos são muito importantes para as famílias, usuários do sistema de saúde e também aos estudantes, futuros profissionais de saúde, a fim de assegurar a integralidade na atenção, para que essa não fique limitada na Atenção Básica, mas se estenda a toda a rede de assistência à saúde.

Não pode faltar

Vimos na Unidade 1 que a Estratégia da Saúde da Família é responsável pelos cuidados e atenção integral à saúde da família e que sua atuação não está focada apenas na doença, mas na prevenção e promoção da qualidade de vida em todo o ciclo de vida, ou seja, do acompanhamento no pré-natal, no crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência, na idade adulta de homens e mulheres e na terceira idade, tendo a doença com uma intercorrência.

Para entender como são estruturados os cuidados em todo o ciclo de vida, vamos inicialmente conceituar Ciclo de vida e Linhas de cuidado.

Ciclo de vida é uma abordagem utilizada pela Estratégia da Saúde da Família, que possibilita ações integrais durante todas as fases de vida dos indivíduos. Considerando que a família é formada por membros que podem estar em diferentes fases da vida e, portanto, com diferentes necessidades e vulnerabilidades e, ainda, que, ao cuidar da família, além de atender às necessidades individuais de cada pessoa que a compõem, deve-se considerar a interação delas, a forma como esse relacionamento ocorre, pois pode interferir diretamente no processo saúde-doença.



Refleta

Você já pensou como a ocorrência de uma doença crônica ou uma incapacidade física em um dos membros da família pode interferir na saúde e na vida da família? E, ainda, que as famílias também passam por ciclos, que toda mudança contextual na família, como, a chegada de um bebê, o desemprego, o casamento de um dos filhos e outras mudanças, pode interferir no cotidiano dos membros da família, em suas interações, predispondo ao desequilíbrio e ao adoecimento?

As famílias também passam por ciclos de vida, com a chegada de um novo membro, ou com a saída de seus membros, o que exige a adoção de papéis e tarefas diferentes, demandando tempo para adaptação e predispondo a vulnerabilidades e agravos.



Assimile

A equipe de Saúde da Família atua partindo da assistência de seus membros, possibilitando identificar o momento em que a família passa, suas necessidades, realizando uma avaliação e possíveis intervenções, com educação em saúde e orientações a fim de melhorar o cuidado, minimizar vulnerabilidades e adoecimentos na família.

A **linha de cuidado** é uma estratégia adotada para facilitar a integralidade na atenção, possibilitando a continuidade do cuidado em todos os níveis de complexidade, na Unidade Básica de Saúde, nos ambulatórios especializados e hospitais, e os cuidados não necessariamente devem iniciar na Atenção Básica, mas devem sempre retornar a ela. Essa produção do cuidado vai além da organização do fluxo do usuário na rede de assistência à saúde (RAS), com encaminhamento e acompanhamento do usuário, mas, principalmente, oferecendo cuidado centrado nas necessidades do usuário e de sua família, com cuidados acolhedores, que incorporem recursos tecnológicos variados, proporcionando ações preventivas, curativas através da elaboração de um projeto terapêutico que leve em consideração as necessidades de saúde e condições de vida.

O projeto terapêutico é um conjunto de possibilidades para o cuidado e de atos, que podem ser individuais ou coletivos para atender à satisfação das necessidades em saúde e à autonomia dos sujeitos.



Exemplificando

Uma gestante atendida em um pronto atendimento, com crise hipertensiva, é encaminhada para uma Unidade Básica de Saúde para realizar o acompanhamento de sua condição clínica. No acolhimento e avaliação pela equipe de saúde da família, foi observada presença de ansiedade e dificuldades financeiras. Ao traçar o projeto terapêutico, deve-se contemplar, além do monitoramento das condições clínicas (do nível pressórico, do desenvolvimento fetal), condições psicológicas e sociais, avaliando a necessidade de encaminhamentos para suporte psicológico e do serviço social. Deve-se oportunizar participação em oficinas e cursos com atividades que possam auxiliar no aumento da renda familiar.

A Política de Atenção Básica está pautada na atenção integral e humanizada e está organizada segundo as linhas de cuidado na saúde da criança do adolescente, na saúde da mulher, do homem e da pessoa idosa.

A **atenção integral à saúde da criança** inclui ações de triagem neonatal, com teste do pezinho, estímulo ao aleitamento materno, acompanhamento do desenvolvimento e crescimento do bebê, com registro no cartão da criança do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional e orientações à mãe, e a família em relação aos cuidados com a alimentação, higiene, vacinação e estimulação no desenvolvimento. O acompanhamento na fase do desmame, com atenção especial na prevenção da desnutrição e carências nutricionais, a educação quanto aos hábitos alimentares saudáveis e prática da atividade física para prevenir a obesidade infantil e cuidados com saúde bucal. Abordagem e acompanhamento de crianças com doenças respiratórias e infecciosas e com histórico de violência familiar.

Considerando a maior vulnerabilidade na primeira semana após o parto, preconiza-se a **primeira semana de saúde integral**, na qual o recém-nascido (RN) é avaliado, verificando presença de fatores de risco ao nascer: residente em área de risco; baixo peso ao nascer (< 2.500 g); prematuridade (idade gestacional < 37 semanas); ocorrência de asfixia grave, decorrente de falha na oxigenação devido à compressão de cordão umbilical, troca gasosa placentária alterada e expansão pulmonar do recém-nascido deficitária, durante a transição da circulação fetal para a neonatal, crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido; orientações especiais à alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido; recém-nascido de mãe adolescente; recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo); história de morte de crianças menores de 5 anos na família. O RN de risco deve receber a visita domiciliar ainda na primeira semana de vida.

Segundo os protocolos do Ministério da Saúde, a adolescência vai dos 10 aos 19 anos, e a juventude, dos 19 aos 24 anos, conforme definição a Organização Mundial da Saúde (OMS). A **política nacional de atenção integral à saúde do adolescente e jovens** reconhece que adolescentes e jovens são pessoas em processo de desenvolvimento, que demandam atenção especial ao conjunto integral de suas necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais. A adolescência é marcada por uma série de mudanças físicas, psicológicas e sociais, que os tornam vulneráveis ao uso abusivo de álcool e de outras drogas; agravos resultantes das violências; doenças sexualmente transmissíveis e Aids; e gravidez na adolescência.

Devem ser oferecidas ações inovadoras que atraiam os adolescentes com atividades em grupo, rodas de conversa, teatro, vídeos que abordem temas relacionados ao processo normal de adolescência, conflitos familiares, busca da identidade adulta, sexualidade, afetividade, dificuldades com as transformações biopsicossociais, além dos cuidados com vacinação, nutrição, sono e lazer.

A **Política de Atenção à Saúde da Mulher** engloba ações educativas, de aconselhamento (quando houver questões que envolvam o casal como planejamento familiar e avaliação de risco para DST/HIV/AIDS). Envolve ações clínicas com acompanhamento no pré-natal com consultas periódicas mensais até a 36ª semana, consulta na 38ª semana até o parto, com orientação e educação às gestantes, acompanhamento de gestação de alto risco e encaminhamentos a serviços especializados, preparo para o parto humanizado, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e hepatites, acompanhamento puerperal, atendimento a queixas e agravos ginecológicos, prevenção de câncer de colo de útero e mama, acompanhamento no climatério. O vínculo e acolhimento com a equipe de saúde também é muito importante para a detecção de situações de violência contra a mulher.

A **Política nacional de atenção integral ao homem** tem como objetivo aumentar a expectativa de vida e reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis, através de ações que garantam a promoção da saúde e a prevenção aos agravos, uma vez que os homens procuram os serviços de saúde quando já apresentam agravos que poderiam ter sido prevenidos. Cerca de 75% das enfermidades e agravos na população adulta masculina estão concentrados nas especialidades da cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia.

Culturalmente, o homem é criado para ser forte e não se preocupar com cuidados à sua saúde, ignorar problemas como obesidade, hipertensão arterial, entre outros, o que o torna mais exposto a riscos. A principal causa de mortalidade masculina são as doenças isquêmicas cardíacas, seguidas pelas doenças cerebrovasculares e homicídios.

Diante desse cenário, são necessárias ações voltadas para hipertensão e diabetes, alcoolismo e tabagismo, transtornos mentais e saúde bucal.

A **Política nacional da atenção à pessoa idosa** tem como objetivo recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos. O envelhecimento populacional favorece o aumento de doenças e condições que podem levar à incapacidade funcional, ou seja, à dificuldade em realizar atividades em qualquer domínio da vida, devido a um problema físico ou de saúde, pode e deve ser evitada. Envelhecer, com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, exige ações de promoção da saúde em todas as idades.

Os cuidados às pessoas idosas devem ter abordagem interdisciplinar e levar em conta a interação entre os fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais nos quais estão inseridos, bem como a identificação e o reconhecimento da rede de suporte social. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado.

Atividades em grupo com as pessoas idosas são essenciais para manter a participação social e estimular a autonomia, assim como grupos de autoajuda e socialização devem ser estimulados.

Devem ser realizados testes de avaliação da funcionalidade, de capacidade cognitiva, para acompanhamento e elaboração do projeto terapêutico ao idoso e a sua família, que deve contemplar fornecimento de insumos e medicamentos, suporte em todos os níveis de atenção e assistência domiciliar.

Para identificação de fragilidades e vulnerabilidades, é considerado idoso frágil aquele que vive internado em instituição de longa permanência, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente, apresenta doenças que causam incapacidade funcional, como acidente vascular encefálico (AVE), síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros, isto é, apresenta ao menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, também é considerado idoso frágil a pessoa com 75 anos ou mais de idade.



Pesquise mais

Você poderá pesquisar mais sobre:

Atenção à saúde da criança e do adolescente:

GENIOLE, L.A. et al. **Assistência multidisciplinar à Saúde**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. v. 1. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/158>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

Atenção integral à saúde do homem e da mulher:

GENIOLE, L.A. et al. **Assistência multidisciplinar à Saúde**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. v. 2. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/159>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

Sem medo de errar

Vimos na situação exposta que Dona Marinalva estava preocupada e se perguntava o que teria acontecido e para onde levaria seu filho para ser atendido.



Atenção

Defina qual a fase do ciclo da vida em que se encontra o filho de Marinalva, as características e vulnerabilidades que marcam essa fase e sua relação com a violência. E, ainda, quais aspectos devem ser considerados no plano de cuidados.

Pudemos observar que a adolescência é uma fase marcada pelas transformações corporais, no crescimento, no desenvolvimento das habilidades psicomotoras e pelas mudanças radicais no comportamento decorrente da produção hormonal, com labilidades de humor, inseguranças e dúvidas sobre a vida, o modo de ser e estar com os outros, de se autoafirmar, pois é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. E essas transformações também sofrem influência dos contextos sociais econômicos, nos quais os adolescentes estão inseridos.

Nessa fase, o adolescente está vulnerável a doenças infecto-parasitárias e aos problemas, relacionados ao estilo de vida, alcoolismo, tabagismo, doenças sexuais, gravidez precoce, uso de drogas lícitas e não lícitas, falta de exercícios físicos, alimentação inadequada, desamparo, violência e acidentes.

Quanto à dúvida sobre aonde levá-lo para o atendimento de saúde, é importante ter em mente que, se não há risco a vida, ele deverá ser levado à Unidade Básica de Saúde, para receber os curativos, ser acolhido pelos profissionais de saúde que já o conhecem e acompanham seu desenvolvimento e seu contexto familiar. Nesse atendimento, é importante que os profissionais de saúde tenham uma escuta qualificada, possibilitem que o adolescente explique o ocorrido, reflita e analise o momento que está vivenciando, e que a equipe compreenda a violência no contexto da comunidade.

O cuidado direcionado aos adolescentes deve envolver aspectos emocionais, econômicos e culturais, e o diálogo entre paciente e profissionais é fundamental. Essa assistência proporciona saúde física e emocional, permitindo o desenvolvimento saudável e a prevenção de doenças e agravos também à família. Para uma atenção integral, na elaboração do plano de cuidados, além do atendimento às lesões físicas, deve-se considerar a situação familiar vivenciada como perda de emprego, se há presença de violência na família e conflitos, avaliar a necessidade de encaminhamento para serviços de apoio psicológico, rede de cuidados e apoio social no território, assim como integrar a escola e os pais no acompanhamento das questões presentes no desenvolvimento deste adolescente.

O enfrentamento da questão da violência exige a integração da família, da escola, da comunidade e dos profissionais de saúde para que sejam adotadas ações de educação e promoção da saúde e cultura da paz, ofertando a possibilidade

de reflexão e discussão de temas importantes para enfrentamento da violência e do desenvolvimento saudável na adolescência. A notificação da ocorrência de violência deve ser realizada pelos profissionais de saúde e educadores ao conselho tutelar e deve ser registrada no sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), a fim de assegurar que os dados das violências domésticas e não fatais sejam computadas e analisadas para possibilitar medidas eficazes de proteção.



Faça você mesmo

Faça um quadro relacionando as ações e cuidados a serem adotados em cada ciclo da vida. Segue link para aprofundar seus conhecimentos no cuidado integral nos ciclos de vida. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/cuidadointegralnosciclosdevida.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

Avançando na prática

Cuidado integral à saúde da família

Descrição da situação-problema

Mara, 36 anos, grávida de 16 semanas, está fazendo o pré-natal na Unidade Básica de Saúde. Há dois meses, ela passou a morar em uma casa de dois cômodos, com seu companheiro, Fausto, 38 anos, e seus filhos: Monica, filha de Mara, de 13 anos, João, 18 anos, e Bento, 16 anos, filhos do primeiro casamento de Fausto. Considerando o contexto familiar e o ciclo de vida da família, como as equipes de Saúde da Família avaliam e elaboram o cuidado integral para essa em especial?



Lembre-se

O ciclo de vida das famílias é uma série de eventos previsíveis que ocorrem dentro da família como resultado das mudanças em sua organização. Toda mudança requer de cada membro uma acomodação ao novo arranjo.

Resolução da situação-problema

Como vimos, as famílias são compostas por pessoas que podem estar em diferentes fases da vida, com necessidades diversificadas e, portanto, é importante analisar o contexto familiar, a condição de vida e relacional da família e o ciclo de vida não apenas dos sujeitos que formam a família, mas o ciclo de vida dela como um todo. O cuidado integral pressupõe conhecer as necessidades, vulnerabilidades e estabelecer um projeto terapêutico para a família.

Analisando o ciclo de vida de seus membros, temos três adolescentes, dois em idade adulta e um bebê que está a caminho. A família está em momento de expansão com chegada do bebê, e essa condição, acrescida ao fato de estarem se adaptando à nova condição de morarem juntos, é desafiadora. Para elaborar o plano de cuidados para Mara e sua nova família, a equipe deverá fazer uma boa escuta, para verificar se esse contexto situacional pode estar interferindo na saúde de Mara e seu bebê.

São verificados a estrutura familiar, sua relação, existência de conflitos, doenças existentes na família, hábitos ou estilo de vida da família, uso de medicamentos, alcoolismo, drogadição e outros; dados socioculturais e econômicos que possam influenciar o funcionamento familiar, questões de credo religioso, de trabalho, de vida social também devem ser registradas. Na elaboração de plano de cuidados, além das consultas do pré-natal, devem-se realizar orientações focadas na gestação, no preparo ao parto, levando em consideração essa nova dinâmica familiar.



Faça você mesmo

Discuta as ações e cuidados oferecidos à gestante pela Rede Cegonha. Pesquise o tema no link disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 9 maio 2016.

Faça valer a pena

1. Assinale a sequência correta com V para verdadeiro e F para falso. Segundo as afirmativas relacionadas ao conceito de ciclo de vida:

() É uma abordagem utilizada pela Estratégia da Saúde da Família, que possibilita ações integrais durante todas as fases de vida dos indivíduos.

() O ciclo de vida é uma estratégia exclusiva para planejamento de cuidados individuais.

() O ciclo de vida familiar deve ser considerado na elaboração do projeto terapêutico.

a) V, V, V.

b) V, F, V.

c) V, V, F.

d) F, F, V.

e) V, F, F.

2. Assinale a sequência correta com V para verdadeiro e F para falso. Qual afirmação justifica a adoção do ciclo de vida pela Estratégia Saúde da Família?

() Por meio desse, é possível assegurar o seguinte princípio do SUS: equidade.

() Por meio desse, é possível assegurar o seguinte princípio do SUS: controle social.

() Por meio desse, é possível assegurar o seguinte princípio do SUS: integralidade.

a) V, V, V.

b) V, F, V.

c) V, V, F.

d) F, F, V.

e) V, F, F.

3. Relacione as colunas, segundo ações desenvolvidas que caracterizam as políticas de atenção integral, segundo cada ciclo de vida:

I – Aconselhamento de planejamento familiar

A. Política de Atenção à Saúde da Criança.

II – Teste do pezinho

B. Política de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem.

III – Teste de avaliação funcional

C. Política de Atenção à Saúde do Homem.

IV. Exame de próstata

D. Política de Atenção à Saúde da Mulher.

V. Educação sexual

V. Educação sexual

a) () I-C, II-A, III-B, IV-E, V-D.

b) () I-E, II-B, III-D, IV-A, V-E.

c) () I-E, II-D, III-B, IV-C, V-A.

d) () I-D, II-A, III-E, IV-C, V-B.

e) () I-A, II-E, III-B, IV-C, V-D.

Seção 2.2

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Diálogo aberto

Olá, aluno! Nesta seção, iremos abordar como estão estruturados os cuidados e a organização da atenção e assistência às pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis.

Como proposto na situação exposta, Marinalva e Jair moram com seus quatro filhos e Dona Eulália, mãe de Jair, na Vila das Mercês, há mais de dezoito anos. Marinalva trabalha como diarista em bairros distantes, sai para o trabalho logo cedo todos os dias, chegando somente à noite, e Sr. Jair, que trabalhava em uma indústria, atualmente está desempregado. Seus filhos, em idade escolar, estudam em escolas da região, e Dona Eulália, embora com saúde frágil, ajuda nos afazeres de casa e faz serviço de costura para a vizinhança. Certo dia, Jair acordou de madrugada sentindo forte dor no peito e, percebendo que não melhorava, chamou Marinalva, que, assustada, o levou ao pronto-socorro.

Marinalva, aflita, pensava se poderia ser problema no coração, pois ele tem estado muito nervoso, fumando e bebendo muito. Preocupada, perguntava-se: como será o tratamento, logo agora que está sem trabalho, procurando emprego?

Para entender o que está acontecendo com Jair e os cuidados que necessita, iremos estudar as características das doenças crônicas não transmissíveis, sua prevalência, as doenças crônicas mais frequentes que acometem a população brasileira, como está organizada a atenção às pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção à Saúde e as linhas de cuidados prioritários.

Não pode faltar

Como vimos na Unidade 1, os cuidados em saúde estão organizados em linhas de cuidado, como estratégia para possibilitar a atenção integral e contínua às pessoas e suas famílias. Nesta seção, iremos conhecer como estão estruturados os cuidados prioritários às pessoas que apresentam doenças crônicas não transmissíveis.

Você já ouviu falar de doenças crônicas não transmissíveis?

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), de maneira geral, estão relacionadas a múltiplos fatores causais e se caracterizam por iniciar de forma gradual, ter longa duração, podendo causar incapacidades e/ou mortes. São responsáveis por grande número de internações, e estão entre as principais causas de amputações, perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas.

Segundo Malta (2015), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte e incapacidade no mundo e são responsáveis por altos custos aos sistemas de saúde e à sociedade. Em 2010, cerca de oito milhões de pessoas morreram de câncer. Uma em cada quatro mortes foi em decorrência de doença cardíaca ou acidente vascular cerebral. O diabetes foi responsável por um a três milhões de mortes.



Assimile

As DCNT são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. São consideradas um sério problema de saúde pública devido ao impacto das doenças na qualidade de vida dos indivíduos afetados e à possibilidade de morte prematura.

Embora geralmente não tenham cura, com monitoramento e cuidados adequados, as doenças podem ser controladas e cursar sem evoluir para incapacidades e morte prematura.

Os maiores fatores de risco, ou seja, fatores causais para DCNT, são o aumento da pressão arterial, tabagismo, consumo abusivo de álcool e alimentação rica em gordura e sódio. A presença de fatores de risco não somente aumenta a mortalidade por essas doenças como influencia na qualidade de vida dos indivíduos.

Dentre as DCNT mais frequentes, temos o acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas e doenças mentais. Entre essas doenças, as cardiovasculares constituem a grande maioria delas, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente.

Como vimos na unidade anterior, embora as causas externas (acidentes, violência) e algumas doenças infecciosas sejam responsáveis por mortes e invalidez, a transição demográfica, com envelhecimento populacional, as mudanças nos hábitos alimentares e o sedentarismo contribuem para elevada carga das DCNT, que representam em torno de 70% das doenças que acometem os brasileiros.

Em decorrência da alta prevalência e magnitude das DCNT, seja em razão do elevado custo social e econômico que essas trazem aos países, aos anos perdidos

de vida e ao comprometimento de qualidade de vida das pessoas com DCNT e suas famílias, a Organização Mundial de Saúde organizou um Fórum Global, em 2011, com os chefes de governo para discutirem propostas de enfrentamento dessas doenças.

Devido à cronicidade e à complexidade nos cuidados, o modelo assistencial centrado na doença, fragmentado e focado em procedimentos, não é resolutivo para prevenir as complicações das doenças, tampouco para reduzir os fatores de risco associados às DCNT e sua prevalência.



Refleta

Qual o modelo de atenção é indicado para o enfrentamento das DCNT?

Quais estratégias podem ser úteis no controle das DCNT e seus fatores de risco ao longo da vida das pessoas com doenças crônicas?

Organização da assistência à pessoa com DCNT

A assistência das DCNT está organizada em Rede de Atenção em Saúde, que são formadas por ações e serviços de saúde, com diferentes recursos tecnológicos, e disponibilizam procedimentos e cuidados que se complementam para oferecer uma atenção integral. Nessa rede, os serviços em cada ponto da rede se comunicam e articulam para atender às necessidades de saúde, às agudizações e ao monitoramento das condições de saúde ao longo da vida, prevenindo as complicações e incapacidades.

A rede objetiva oferece cuidado integral de qualidade, utilizando estratégias de promoção da saúde, de prevenção da ocorrência das doenças crônicas e suas complicações, de tratamento e recuperação, e sua implementação é feita por meio de linhas de cuidado às DCNT.

Existem recomendações específicas para cada nível de atenção, com o objetivo de orientar o cuidado, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. Essas diretrizes clínicas definem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo; o tratamento preconizado, os mecanismos de controle clínico, e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos. Além disso, orientam as linhas de cuidado, que atravessam e articulam redes, organizadas por tipo de agravo ou necessidades de saúde prioritárias, e viabilizam a programação de ações e a comunicação entre as equipes e serviços.

As linhas de cuidado são estratégias que visam eliminar a fragmentação das práticas e proporcionar a continuidade e integralidade nos cuidados, articulando ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, segundo as necessidades individuais, possibilitando diferentes abordagens diagnósticas e de tratamento, levando em consideração as condições de vida e as necessidades dos indivíduos e suas famílias.

As linhas de cuidado nas DCNT estão focadas nas necessidades dos indivíduos, na situação de vida dos doentes e sua família e a elaboração do projeto terapêutico que deve promover autocuidados, a responsabilização compartilhada do indivíduo e da equipe de saúde e, principalmente, o cuidado humanizado. Além de assegurar a existência da rede de serviços que dê suporte às ações necessárias, o acesso aos recursos assistenciais disponíveis e intervenção nos determinantes sociais.



Vocabulário

Autocuidado: nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo no seu tratamento, mudando estilo de vida, pactuando e adotando cuidados estabelecidos no plano de cuidado elaborado conjuntamente com a equipe de saúde.

Agudização: piora clínica com exacerbação de queixas e sintomas.

As intervenções necessárias costumam ser complexas, exigindo ações integradas de setores da saúde, educação, legislativo (para regulamentar o consumo e a indústria do tabaco, de bebidas alcoólicas, alimentícia), que vão desde a promoção da saúde para toda a população, até a prevenção das condições de saúde centradas na população em risco.

A Atenção Básica tem caráter estratégico na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, por ser o ponto de atenção com maior capacidade para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos (que é uma classificação usada para avaliar, organizar e garantir o atendimento a cada usuário, conforme sua necessidade), auxiliando a organização do cuidado em toda a rede. Os cuidados têm como objetivo promover ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde a população.

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família tem papel central na assistência às pessoas com doenças crônicas, pois será responsável por identificar as necessidades dos indivíduos com doenças crônicas, monitorar os determinantes

que podem comprometer as condições de saúde e considerá-los na elaboração do projeto terapêutico. Ainda será responsável por orientar e estimular os pacientes em relação ao autocuidado, fazer a referência e contrarreferência a outros pontos da rede para a realização de exames diagnósticos, para acompanhamento e/ou tratamento e reabilitação em ambulatorios com especialistas, coordenando e ordenando o cuidado.



Exemplificando

Na atenção à hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), deve-se estabelecer o fluxo assistencial que deve ser garantido para pessoas com pressão arterial limítrofe e hipertensão arterial, no sentido de atender às suas necessidades de saúde, promovendo ações de educação em saúde em relação à adoção de alimentação saudável, atividade física regular e cuidados para prevenir o desenvolvimento de complicações e no gerenciamento de suas condições de saúde.

Na atenção centrada na pessoa e em suas necessidades, os indivíduos devem participar na elaboração do projeto terapêutico, na tomada de decisão quanto à sua saúde, responsabilizando-se pelos autocuidados.

A atenção integral às pessoas com doenças crônicas deve envolver trabalho em equipe multiprofissional com atendimentos programados para o monitoramento da saúde. Esses podem ser individuais ou em grupos e incluem atenção às agudizações das condições crônicas, ações preventivas, educacionais e de autocuidado apoiado.

No caso de agudização da doença, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os hospitais e o Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) devem fazer a interlocução com a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, de maneira a assegurar o cuidado integral.

Para a Promoção de Saúde, a ESF deve articular com outros setores (escolas, igrejas, associações de bairro e outros equipamentos sociais locais) ações conjuntas que impactem positivamente nas condições determinantes da saúde da população. Para tal, deve incluir ações educativas, intervenções que promovam mudanças no estilo de vida, estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso e estimular nos indivíduos cuidados no autogerenciamento das suas doenças.

A promoção de saúde no enfrentamento das DCNT deve incluir ações em todos os ciclos de vida e, portanto, deve iniciar na gestação, promovendo os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, com estímulo ao aleitamento materno, a proteção quanto à exposição aos fatores de risco como ingestão de álcool,

tabaco e quanto ao estímulo aos fatores protetores (alimentação equilibrada, práticas corporais e de atividade física), tanto na infância e adolescência quanto na fase adulta e terceira idade.

A resolutividade das Redes de Atenção à Saúde no enfrentamento das DCNT depende da responsabilização dos gestores na disponibilidade de recursos e de acessos aos serviços, de as equipes de saúde no cuidado integral levarem em consideração as necessidades dos indivíduos, sua disponibilidade e motivação a aderir ao plano de cuidados, na promoção de saúde e na efetividade da comunicação e pactuação dos fluxos entre os pontos de atenção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).



Pesquise mais

Você poderá aprofundar seus conhecimentos sobre as DCNT nas “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias”, acessando o link disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 4 maio 2016.

Acesse também o “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil”, cujo link está disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00389.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

Estude também o artigo de Malta et al. (2015); “Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a07.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2016.

Sem medo de errar

Como vimos na situação exposta, Marinalva e Jair moram com seus quatro filhos e Dona Eulália, mãe de Jair, na Vila das Mercês, há mais de dezoito anos. Marinalva trabalha como diarista em bairros distantes, sai para o trabalho logo cedo todos os dias, chegando somente à noite, e Sr. Jair, que trabalhava em uma indústria, atualmente está desempregado. Seus filhos, em idade escolar, estudam em escolas da região, e Dona Eulália, embora com saúde frágil, ajuda nos afazeres de casa e faz serviço de costura para a vizinhança. Certo dia, Jair, 48 anos, acordou

de madrugada sentindo uma forte dor no peito e, percebendo que não melhorava, chamou Marinalva, que, assustada, levou-o ao pronto-socorro.

Marinalva, aflita, pensava se poderia ser problema no coração, pois ele tem estado muito nervoso, fumando e bebendo muito. Preocupada, perguntava-se: como será o tratamento, logo agora que está sem trabalho, procurando emprego?



Atenção

Esteja atento aos fatores de risco (tabagismo, consumo de álcool) e às condições de vida presentes (nervoso devido ao desemprego), que podem estar relacionados à queixa ou ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Pudemos entender que muitos fatores podem estar associados às doenças crônicas não transmissíveis, fatores como excesso de peso, sedentarismo, comportamentais, como tabagismo, consumo de álcool, assim como determinantes socioeconômicos, como a pobreza, desemprego, dificuldade de acesso a bens e serviços, a informações e cuidados com a saúde. E, ainda, as doenças crônicas têm duração prolongada e podem cursar sem sintomas e com períodos de agudização, complicações que podem levar à morte prematura ou trazer incapacidades.

A presença de dificuldades sociais e econômicas, somada a fatores de risco como obesidade, sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool, podem predispor as DCNT, em especial as doenças cardiovasculares. A presença de dor no peito pode ou não ser indicativa de problemas cardíacos, porém necessita de atendimento imediato, justificando atendimento em pronto atendimento.

Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) é universal, ou seja, todos têm direito a atendimento gratuito nos serviços de saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS), independentemente de vínculo empregatício, Marinalva, dessa forma, pode se tranquilizar, pois Jair receberá os cuidados necessários e, inclusive, medicamentos.

No atendimento, faz-se necessário avaliar e realizar a classificação de risco, um acolhimento, com escuta qualificada, que, além de avaliação clínica e procedimentos diagnósticos, deve oferecer terapêutica necessária que inclu

orientação e encaminhamento para assistência na Unidade Básica de Saúde, caso seja identificada hipertensão arterial ou presença de condições que necessitam um monitoramento, de plano de cuidados com necessidade de mudança no estilo de vida e adoção de fatores protetores (alimentação equilibrada e atividade física regular), de conscientização e motivação para adesão ao tratamento de orientação de autocuidados.

Avançando na prática

Plano de enfrentamento das DCNT

Descrição da situação-problema

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, elaborado em 2011, definiu e priorizou ações e investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Vamos refletir sobre possíveis estratégias a serem utilizadas no enfrentamento das DCNT em um município situado em uma das regiões economicamente mais importantes do Brasil, segundo CENSO (IBGE-2010). Ele foi classificado como a 12ª cidade mais populosa do país e possui elevada incidência de doenças crônicas entre a população adulta superior a 40 anos, sendo responsáveis por 70% dos óbitos e incapacidades nessa faixa etária.

A equipe de planejamento da secretaria de saúde municipal, juntamente com um colegiado formado por profissionais de saúde, reuniu-se para discutir estratégias de enfrentamento no município. Caso você fosse convidado a participar, quais as estratégias devem ser utilizadas para assegurar uma atenção integral visando à redução das DCNT e suas complicações?



Lembre-se

Vamos refletir como pode ser estruturada a prevenção das DCNT e o cuidado integral às pessoas com DCNT, que assegure o controle das doenças, bem como a redução de custo com internações no município.

Resolução da situação-problema

Para a prevenção das DCNT, é importante que sejam elaboradas políticas públicas que objetivem a melhoria das condições de alimentação, habitação, escolaridade, emprego, acesso a serviços de saúde, enfim, de melhores condições de vida. E que sejam instituídas e asseguradas ações desde a tenra infância e permaneçam

em todo ciclo de vida, uma vez que as doenças crônicas se desenvolvem ao longo da vida de acordo com a exposição a fatores de risco e determinantes sociais e econômicos. Além disso, devem contemplar ações de promoção de saúde, com ações intersetoriais, para toda a população e prevenção de doenças crônicas e suas complicações para populações específicas, que podem ser desenvolvidas em atividades em grupos ou individuais.

Para o enfrentamento das DCNT, recomenda-se a adoção de linha de cuidados prioritários às DCNT, que devem ser estruturadas em Rede de Atenção à Saúde para garantir integralidade na atenção e, ainda, segundo o plano de enfrentamento das DCNT do Ministério da Saúde(2011), deve contemplar três eixos: o eixo da vigilância para avaliação e monitoramento dos fatores de risco, o eixo da promoção de saúde, com ações intersetoriais para melhorar as condições de vida e o eixo do cuidado integral com assistência, que inclua no plano de cuidados acompanhamento das condições de saúde, orientação, educação e promoção de autocuidados apoiados às pessoas com doenças crônicas e suas famílias.



Faça você mesmo

Como é realizada a vigilância, a promoção de saúde e o cuidado integral às pessoas com DCNT?

Pesquise mais informações sobre os eixos da vigilância, promoção de saúde e cuidado integral e as estratégias adotadas em cada eixo no Plano de Enfrentamento das DCNT do Ministério da Saúde no link disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/portal-dcnt>>. Acesso em: 8 maio 2016.

Faça valer a pena

1. Complete a frase: As doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam por _____.

- Terem múltiplos fatores causais e acometerem apenas a população adulta acima de 40 anos.
- Serem de longa duração e se desenvolverem ao longo da vida.
- Terem múltiplos fatores causais e se desenvolver sem sintomas ao longo da vida.
- ter múltiplos fatores comportamentais e que evoluem invariavelmente para mortes e incapacidades.
- Serem de longa duração e evoluírem gradativamente por efeito cumulativo, sem agudizações.

2. Como deve ser organizada a atenção integral às DCNT?

I – Em Redes de Atenção à Saúde, tendo a UBS como única porta de entrada aos sistemas de saúde e cuidados.

II – Em linhas de cuidados prioritários, que definem os cuidados, diretrizes na atenção integral às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

III – Em Redes de Atenção à Saúde, que são formadas por ações e serviços de saúde, com diferentes recursos tecnológicos, disponibilizam procedimentos e cuidados complementares.

- a) A afirmativa I está correta.
- b) A afirmativa II está correta.
- c) A afirmativa III está correta.
- d) As afirmativas II e III estão corretas.
- e) As afirmativas I, II e III estão corretas.

3. Qual o modelo de atenção preconizado para o enfrentamento das DCNT?

- a) Modelo de assistência com foco nas doenças e suas incapacidades.
- b) Modelo de assistência ao doente em situação de agudização dos problemas crônicos.
- c) Modelo de assistência centrado em doenças crônicas.
- d) Modelo de assistência e atenção centrado nas necessidades dos indivíduos, na situação de vida dos doentes e sua família.
- e) Modelo de assistência e cuidados centrado nos indivíduos doentes que apresentem disfunções.

Seção 2.3

Hipertensão e diabetes

Diálogo aberto

Nesta seção, iremos abordar como está estruturado o controle da diabetes e hipertensão e como são realizados a assistência e os cuidados pela Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica.

Como proposto na situação exposta, Marinalva e Jair moram com seus quatro filhos e Dona Eulália, mãe de Jair, na Vila das Mercês, há mais de dezoito anos. Marinalva trabalha como diarista em bairros distantes: sai para o trabalho logo cedo todos os dias, chegando somente à noite, e Jair, que trabalhava em uma indústria, atualmente está desempregado. Seus filhos, em idade escolar, estudam em escolas da região, e Dona Eulália, embora com saúde frágil, ajuda nos afazeres de casa e faz serviço de costura para a vizinhança. Recentemente, Dona Eulália, 76 anos, diabética e hipertensa, participou da atividade no grupo Hiperdia na Unidade Básica de Saúde, onde faz o acompanhamento de suas condições clínicas, e ficou sabendo que Dona Áurea, uma das participantes do grupo, sofreu amputação de um dos dedos do pé. Ela ficou chocada e, ao mesmo tempo, temerosa e preocupada, então se perguntou: o que teria acontecido? Vamos ajudá-la a responder o motivo dessa amputação.

Assim como Dona Eulália, para entender o que poderia ter acontecido com Dona Áurea, vamos conhecer a hipertensão arterial e o diabetes, como se caracterizam, quais as possíveis complicações, como é realizado o controle da diabetes e hipertensão, e as linhas de cuidado para essas duas doenças crônicas não transmissíveis bastante frequentes na população brasileira.

Não pode faltar

Tendo a hipertensão e o diabetes como uma das principais causas de morte, de internações, cirurgias para amputação e diálises no Sistema Único de Saúde, para organizar os cuidados o Ministério da Saúde recomenda adoção de linhas de cuidados para o diabetes e hipertensão.

Como vimos na seção anterior, a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis estão sob responsabilidade da Atenção Básica. As equipes multiprofissionais atuam junto à comunidade e sua clientela adscrita, realizando educação em saúde, preconizando modificações no estilo de vida, que são fundamentais no processo terapêutico e na prevenção tanto da hipertensão como no diabetes e de suas complicações.

Vamos conhecer um pouco sobre cada uma destas doenças, seu controle e os cuidados necessários prestados na Atenção Básica.

Caracterização da hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão, também denominada hipertensão arterial sistêmica (HAS), é uma condição clínica de origem multifatorial que se caracteriza por elevados e sustentados níveis de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Está associada a alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos como o coração, encéfalo, rins, nos vasos sanguíneos e às alterações metabólicas, com elevado risco a eventos cardiovasculares.

A HAS é um grave problema de saúde pública no mundo, inclusive em nosso país, por estar associada como causa direta de doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica, renal e déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular. É caracterizada como uma das responsáveis pela maior redução da expectativa e qualidade de vida dos indivíduos.

Pode-se classificar a hipertensão arterial segundo sua etiologia como sendo essencial, quando é de causa desconhecida, ou hipertensão arterial secundária, quando é decorrente de doenças renais, endócrinas, dentre outras.

Caracterização do diabetes mellitus (DM)

O diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica, caracterizada por aumento no nível açúcar no sangue e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou ação da insulina. O número de casos da doença tem aumentado e está frequentemente associado à dislipidemia (alterações nos níveis de gordura no sangue), à hipertensão arterial e a disfunções na camada íntima das artérias que predis põem às doenças vasculares.

Os cuidados adequados e um bom acompanhamento na Atenção Básica de pessoas com diabetes e/ou hipertensão arterial pode evitar hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

O diabetes pode ser classificado em DM tipo 1, que acomete geralmente crianças e adolescentes sem excesso de peso, e está relacionado à deficiência total de insulina. Já o DM tipo 2, mais frequente, manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de diabetes,

atingindo cerca de 90% dos diabéticos, e, ainda, temos o diabetes gestacional, que é um estado de hiperglicemia, detectado pela primeira vez na gravidez e que frequentemente se resolve no pós-parto.

Rastreamento e diagnóstico da hipertensão arterial e diabetes

A hipertensão arterial e o diabetes são denominados males silenciosos, pois muitas vezes evoluem sem sintomatologia. Por essa razão, o rastreamento das pessoas com alto risco para desenvolver a hipertensão e/ou diabetes é extremamente importante para instituir a prevenção primária com cuidados, a fim de evitar a ocorrência dessas doenças, e, ainda, para detectar aquelas pessoas que já as apresentam, contudo sem diagnóstico, iniciando o tratamento e cuidados necessários o mais precoce possível (prevenção secundária).

O rastreamento da hipertensão arterial deve ser realizado em indivíduos com 18 anos ou mais de idade, que não possuam registro em prontuário da verificação da pressão arterial (PA) nos últimos dois anos. Essa verificação poderá ser realizada ao chegarem à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas e/ou procedimentos.

Pessoas com fatores de risco para diabetes deverão passar em consulta com enfermagem da Unidade Básica de Saúde para rastreamento e exame de glicemia. Os fatores de risco para diabetes são Índice de Massa Corpórea (IMC) maior ou igual a 25 Kg/m² com um dos fatores a seguir: histórico de pai ou mãe diabético; hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos); histórico de diabetes gestacional ou filho nascido com mais de 4 kg; dislipidemia, história de doença cardiovascular, inatividade física, idade maior ou igual a 45 anos.

Na consulta para o rastreamento da hipertensão arterial e/ou diabetes, deve-se coletar a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC; identificar os fatores de risco para DM; avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva.

O diagnóstico da hipertensão arterial é obtido através da média aritmética (soma-se o valor das três medidas e divide-se por três). Essas medidas devem ser obtidas em três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as mesmas. É diagnosticado hipertenso o indivíduo que possua PA com valor maior ou igual a 140/90 mmHg, após três verificações em diferentes dias. Vale ressaltar que o valor da PA pode estar alterado em situações de dor, luto, ansiedade, contrariedade, após atividade física, portanto, deve-se evitar verificar sob essas condições.

Já o diagnóstico do diabetes é obtido se a dosagem da glicemia no sangue estiver maior ou igual a 200 mg/Dl. Pode ser diagnosticado na própria consulta,

através de glicosímetro (aparelho que mede a glicose no sangue por meio de tiras) ou, ainda, pode-se solicitar glicemia de jejum medida no plasma em exame de laboratório. Pessoas com glicemia de jejum entre 110 mg/dL e 125 mg/dL, também denominadas como pré-diabéticos, pelo seu maior risco de desenvolver a doença, deverão ser orientadas para prevenção do diabetes, o que inclui orientações sobre alimentação saudável e hábitos ativos de vida, bem como reavaliação anual com glicemia de jejum.

Dentre os sinais e sintomas do diabetes, temos aumento da frequência urinária, sede, perda inexplicada de peso; fome, fadiga, fraqueza e letargia, visão turva ou melhora temporária da visão para perto; e complicações crônicas e infecções de repetição.

Prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial e diabetes

A prevenção da HAS e do diabetes deve ser feita por profissionais da equipe multidisciplinar da AB, com atividades educativas para a população geral, e/ou para grupo de risco, ou seja, aqueles que apresentam fatores de risco (alimentação com excesso de sal, gordura, açúcar, massas, excesso de adiposidade, principalmente na cintura abdominal, abuso de álcool, tabagismo etc.).



Assimile

Dessa forma, a alimentação adequada, sobretudo quanto à redução ao consumo de sal e de gorduras, o controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, pois, sem esses, o controle da pressão arterial poderá não ser atingido, mesmo com doses progressivas de medicamentos.

No caso de pessoas que apresentam pressão arterial limítrofe, ou seja, entre 130/85 a 139/89mmHg, com fatores de risco associados, tais como diabetes e obesidade, é recomendada consulta de enfermagem pois o risco de hipertensão futura é altíssimo. Nesse caso, será estimulada a adoção de mudanças no estilo de vida, com redução de peso, mantendo o índice de massa corpórea (IMC) entre 18,5 e 24,9 kg/m², com alimentação rica em frutas e vegetais, restrição de gorduras saturadas e sal e atividade física regular (atividade aeróbica por 30 minutos, cinco vezes na semana) e moderação no consumo de álcool.



Refleta

Como motivar os indivíduos a modificarem seus hábitos e estilo de vida?

Você conhece alguém que faz tratamento de hipertensão e/ou diabetes?
Quais as dificuldades que as pessoas possuem para aderir ao tratamento e plano de cuidados?

O controle e monitoramento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), bem como do diabetes, é fundamental, uma vez que essas condições crônicas trazem consequências danosas a diversos órgãos, incapacidades e sequelas, comprometendo a independência e qualidade de vida das pessoas.

A primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial deve ser realizada pelo médico da UBS, para identificar outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, avaliar a presença de lesões em órgãos (coração, cérebro, rim, olhos, doenças vasculares) e considerar a hipótese de hipertensão secundária e a necessidade de encaminhamento à consulta em outro ponto da rede de atenção à saúde. Nessa consulta inicial, é extremamente necessário iniciar a educação em saúde, informando e conscientizando quanto à necessidade de mudanças nos hábitos alimentares: diminuindo a quantidade de sal no preparo dos alimentos, substituindo-o por outros temperos, ervas, alho, cebola, limão, evitando a presença do saleiro na mesa, eliminando o uso de temperos prontos, sopas, embutidos, enlatados, defumados, salgadinhos de pacote e alimentação em fast-food, incluindo frutas, legumes e vegetais na alimentação, substituindo doces e sobremesas por frutas frescas. Assim como deve-se reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, eliminando frituras, dando preferência a outros modos de preparo (assados e grelhados).

Deve-se orientar, ainda, sobre a importância da adoção de prática de atividade física regular, que deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana.

O controle ou monitoramento das condições clínicas e de cuidados pode ser individual ou em grupo. O que determina a frequência das consultas com enfermagem, médicos e outros profissionais é o grau de risco, que estima a probabilidade do indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Para essa avaliação de risco, usa-se o escore de Framingham, que avalia a presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo e níveis de colesterol. A partir da estratificação de risco, estabelece-se a frequência do acompanhamento, das consultas individualizadas e dos cuidados necessários, uma vez que cada pessoa necessita de cuidados diferenciados segundo o risco que apresenta.



Exemplificando

Hipertensos com baixo e médio risco cardiovascular, por exemplo, beneficiam-se mais de ações de promoção, de prevenção e de autocuidado apoiado, com atividades e consultas em grupos, do que hipertensos de alto risco cardiovascular, que necessitam de mais cuidados clínicos e de apoio para adesão aos tratamentos, demandando consultas individuais.

Segundo a estratificação de risco, pessoas com fatores de risco relacionados ao estilo de vida (tabagismo, excesso de peso, sedentarismo e consumo de álcool), mas sem doença estabelecida, devem se beneficiar com atividades em grupo de educação em saúde, atividades de caminhada, grupo de tabagismo e alimentação saudável.

Indivíduos diabéticos e hipertensos em tratamento e dentro da meta estabelecida no plano terapêutico, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco, devem se beneficiar de atividades em grupo e consulta coletiva.

Enquanto isso, pessoas com HAS/DM acima da meta estabelecida, apresentando sinais de lesão em órgão-alvo sem doença estabelecida (proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda), alto risco pelo escore de Framingham, devem receber atenção em grupo e individual, com investigação clínica e possíveis encaminhamentos.



Vocabulário

Proteinúria: presença de proteína na urina.

Hipertrofia ventricular esquerda: espessamento do músculo ventricular, responsável pelo bombeamento sanguíneo, que ocorre devido à sobrecarga muscular decorrente da hipertensão arterial.

Nos casos de doença cardiovascular estabelecida (cardiopatia isquêmica. AVC prévio, vasculopatia periférica, retinopatia por DM, insuficiência cardíaca e renal crônica, pé diabético/neuropatia periférica), necessitam de consultas sequenciais com equipe multiprofissional conforme a necessidade (cardiologista, cirurgião vascular, nefrologista, neurologista).

Nesses casos com maior grau de risco e complexidade, caso o paciente não tenha capacidade de autocuidado, deve-se eleger um profissional (geralmente

enfermeiro ou assistente social), que faça a gestão do caso (a coordenação da atenção, para discussão com os profissionais que acompanham o caso, orientação aos familiares, previsão de visitas domiciliares e encaminhamento a serviços de apoio na rede de atenção à saúde).

O cuidado da pessoa hipertensa e/ou diabética deve ser multiprofissional e o tratamento pressupõe a mudança dos hábitos de vida, como alimentação, prática de atividade física, cessação do fumo, redução do consumo de bebida alcoólica e tratamento medicamentoso. Para tal, deve-se realizar a educação em saúde que auxilie a pessoa a entender suas vulnerabilidades, a conviver melhor com a condição crônica e a necessidade de adotar autocuidados, ou seja, de ser corresponsável pelo seu cuidado.

Dessa forma, as ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde, os fatores de risco e quais os cuidados a serem adotados para prevenir complicações e conseguir um controle da pressão arterial e/ou metabólico. Esse controle, sem dúvida alguma, depende da mudança dos hábitos e estilo de vida, da adesão do paciente ao tratamento e de sua capacidade em realizar os autocuidados necessários.

Autocuidado na hipertensão e diabetes

O controle dos níveis glicêmicos é essencial para o tratamento do DM, para que o paciente permaneça sem sintomas e sem complicações agudas e crônicas. Para isso, é recomendada a monitorização da glicemia capilar três ou mais vezes ao dia a todas as pessoas com DM tipo 1 ou tipo 2 em uso de insulina em doses, enquanto pessoas com DM tipo 2 em uso de antidiabéticos orais a monitorização da glicemia capilar não é recomendada rotineiramente.

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientadas sobre a importância da adoção de medidas para mudança no estilo de vida e receberem orientações sobre as complicações a que estão suscetíveis. Dentre essas, temos complicações agudas e crônicas.

Dentre as complicações agudas, incluem-se a descompensação hiperglicêmica aguda, (glicemia casual superior a 250 mg/dl), que pode evoluir para complicações mais graves, e a hipoglicemia (glicemia casual inferior a 60 mg/dL). Essas complicações requerem ação imediata da pessoa, da família e do serviço de saúde. Já nas complicações crônicas, temos a retinopatia diabética, que pode levar à cegueira, e nefropatia diabética, que compromete a função renal, levando o indivíduo a ficar dependente de diálise, a neuropatia diabética, que pode variar de assintomática até fisicamente incapacitante, podendo evoluir para ulcerações, pé diabético e amputações de membros inferiores, dentre outras.

A complexidade que envolve essas doenças crônicas exige das equipes da

Atenção Básica um trabalho interdisciplinar, com responsabilização dos profissionais e compartilhamento da atenção com outros pontos da rede de atenção, serviços de emergência e urgência e monitoramento contínuo do processo terapêutico e do plano de cuidados, incluindo a verificação da capacidade do paciente em realizar os autocuidados.



Pesquise mais

Você pode aprofundar mais seus estudos sobre cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica acessando o link disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 13 maio 2016.

Pesquise também sobre o cuidado da pessoa com diabetes mellitus no link disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab36>>. Acesso em: 13 maio 2016.

Sem medo de errar

Vimos na situação exposta que Dona Eulália ficou temerosa, preocupada, e queria entender o que teria acontecido com Dona Áurea. Qual seria o motivo da amputação de um dos dedos do pé?



Atenção

Entenda as complicações crônicas que as pessoas com diabetes podem apresentar e esteja atento à necessidade de controle e cuidados para a manutenção das condições clínicas e prevenção do pé diabético.

Pudemos observar que o diabetes e a hipertensão são doenças crônicas que atingem determinados órgãos, levando a alterações vasculares, neuropatia diabética, podendo evoluir para as úlceras dos pés, também chamado pé diabético, que é uma das principais complicações crônicas do diabetes, sendo responsável por internações e grande comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos com a doença.

Para a prevenção dessas complicações, é necessário que seja monitorado o controle glicêmico e pressórico dos pacientes, seja realizado o exame físico dos pés por médico ou enfermeiro na Atenção Básica e que sejam estimulados e adotados os autocuidados com os pés pelas pessoas com risco de desenvolver úlceras nos pés, também chamado pé diabético.

Na orientação quanto ao autocuidado com o paciente diabético, é imprescindível que esse tenha conhecimento sobre a doença, as possíveis complicações, seja conscientizado sobre a importância dos cuidados para evitar as complicações e de como adotá-los, se o paciente tem condições de realizá-los, se necessita de apoio familiar no cuidado ao pé diabético, além de avaliar a necessidade de adaptações nos calçados e uso de palmilhas.

Todos os indivíduos com DM devem ser orientados a realizar o exame diário do pé, observando se há alteração de cor, edema, dor, parestesias, rachaduras na pele, devem lavar e secar os espaços entre os dedos e fazer hidratação diária com cremes, tomar cuidado com as unhas, e evitar traumas externos, estando atento ao calçado, sempre tomando cuidado com pregos. Todos pacientes devem estar cientes de que na presença de alterações de cor, edema ou rachaduras na pele, dor ou perda de sensibilidade devem procurar um serviço de saúde.

É importante ressaltarmos que o sucesso na prevenção das complicações depende da adesão do paciente ao tratamento, plano de cuidados e do controle eficaz por parte dos profissionais de saúde das necessidades do paciente e do monitoramento das condições clínicas e de autocuidado.

Avançando na prática

Estratificação de riscos na organização dos cuidados

Descrição da situação-problema

O hiperdia é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, no qual os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento e monitoramento dos pacientes com HAS e DM e também pelo preenchimento de dados no sistema de informações HIPERDIA, com o intuito de gerar informação para gestão, aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos.

Uma Unidade Básica de Saúde está realizando a estruturação do grupo HIPERDIA, com atividades educativas e agendamento de pacientes para monitoramento das condições clínicas. Como os profissionais devem classificar o grau de risco de pessoas com diabetes para úlceras nos pés e estabelecer o fluxo de acompanhamento?



Lembre-se

Considerando a elevada prevalência de complicações em pacientes diabéticos, muitas evoluindo para incapacidades, o autocuidado é muito importante para assegurar um bom controle glicêmico, boas condições clínicas e a prevenção de agravos e complicações.

Resolução da situação-problema

Para avaliar o grau de risco das pessoas com diabetes para úlceras nos pés, durante a consulta médica e/ou de enfermagem, deve-se investigar a existência de fatores de risco para úlceras nos pés, tais como: amputação prévia, úlcera nos pés no passado, neuropatia periférica, deformidade nos pés, doença vascular periférica, nefropatia diabética, controle glicêmico deficitário e tabagismo. Presença de sintomas neuropáticos como dor em queimação ou em agulhada, sensação de choque, dormência, sensação de pé morto, além da presença de sintomas vasculares, tais como: claudicação intermitente, controle glicêmico e complicações. Deve-se, ainda, avaliar no exame físico dos pés a pele, higiene, presença de ressecamento, corte das unhas, presença de calosidades, a presença de contraturas e deformidade, o pulso periférico, a temperatura dos pés, a rarefação dos pelos, a sensibilidade tátil (por meio de teste de sensibilidade com monofilamento, teste para sensação de picada) e o reflexo de Aquileu.

Após as informações obtidas na anamnese e no exame físico, o médico e/ou enfermeiro poderá classificar o risco de futuras complicações (úlceras, internações e amputações), avaliar a necessidade de referência ao serviço especializado e definir a periodicidade de acompanhamento e avaliação dos pés. Os pés poderão ser avaliados por intermédio de uma escala de quatro categorias de risco para complicações em membros inferiores para pessoas com DM, conforme classificação descrita no quadro a seguir:

Quadro 2.1 | Classificação do diabetes

Categoria de risco	Definição	Recomendação	Acompanhamento
0	Sem perda de sensibilidade protetora e sem doença arterial periférica.	Orientações sobre calçados apropriados, estímulo ao autocuidado.	Anual, com médico ou enfermeiro da Atenção Básica.
1	Perda de sensibilidade protetora, com e sem deformidade.	Considerar o uso de calçados adaptados e correção cirúrgica caso não haja adaptação.	Retorno a cada 3 a 6 meses com consulta médica ou de enfermagem.
2	Doença arterial periférica com e sem perda de sensibilidade nos pés.	Considerar o uso de calçados adaptados e necessidade de encaminhamento para cirurgia vascular.	Retorno a cada 2 a 3 meses com médico e/ou enfermagem da AB ou médico especialista.
3	História de úlcera ou amputação.	Considerar o uso de calçados adaptados e, caso não haja adaptação, deve se encaminhar para correção cirúrgica e na presença de doença arterial periférica para cirurgia vascular.	Retorno a cada 1 a 2 meses com médico e/ou enfermagem da AB ou médico especialista.

Fonte: adaptado de BRASIL (2013) b, p. 101.



Faça você mesmo

Agora que você aprendeu como avaliar o risco de úlceras e pé diabético, pesquise e responda: quais as recomendações e cuidados devem ser adotados por pessoas com diabetes para prevenir as complicações do pé diabético?

Pesquise no site disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/002_material_saude_cartilha_pes_diabeticos.pdf>. Acesso em: 15 maio 2016.

Faça valer a pena

1. Conceitue a hipertensão arterial:

I – A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que pode ser classificada segundo sua etiologia como secundária, quando tem sua causa desconhecida.

II – A hipertensão arterial se caracteriza por elevados e sustentados níveis de glicemia no sangue.

III – A hipertensão arterial sistêmica está associada a alterações funcionais e/ou estruturais no coração, encéfalo, rins, nos vasos sanguíneos e às alterações metabólicas.

- a) A afirmativa I está correta.
- b) A afirmativa II está correta.
- c) A afirmativa III está correta.
- d) As afirmativas I e II estão corretas.
- e) As afirmativas II e III estão corretas.

2. Assinale a sequência correta com V para verdadeiro e F para falso: como podemos conceituar o diabetes mellitus?

() É uma doença metabólica, caracterizada por aumento no nível açúcar no sangue e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras.

() É uma doença crônica decorrente de secreção e/ou ação da insulina deficiente.

() Pode ser classificada em diabetes tipo 1, tipo 2 e gestacional, sendo que a diabetes tipo 2 é mais frequente, manifestando-se em crianças e adolescentes sem excesso de peso.

- a) V, V, V.
- b) V, F, V.
- c) V, V, F.
- d) F, F, V.
- e) V, F, F.

3. Quais as características comuns entre a hipertensão arterial e o diabetes?

I – Ambas são doenças crônicas não transmissíveis altamente prevalentes e incapacitantes.

II – Estão relacionadas a doenças cardiovasculares.

III – São doenças metabólicas associadas ao estilo de vida moderno.

- a) A afirmativa I está correta.
- b) A afirmativa II está correta.
- c) A afirmativa III está correta.
- d) As afirmativas I e II estão corretas.
- e) As afirmativas I, II e III estão corretas.

Seção 2.4

Tuberculose e hanseníase

Diálogo aberto

Olá, aluno! Nesta seção, iremos abordar como é feito o controle da hanseníase e da tuberculose, duas doenças transmissíveis altamente prevalentes em nosso país.

Como proposto na situação exposta, Marinalva e Jair moram com seus quatro filhos e Dona Eulália, mãe de Jair, na Vila das Mercês, há mais de dezoito anos. Marinalva trabalha como diarista em bairros distantes, sai para o trabalho logo cedo todos os dias, chegando somente à noite, e Jair, que trabalhava em uma indústria, atualmente está desempregado. Seus filhos, em idade escolar, estudam em escolas da região, e Dona Eulália, embora com saúde frágil, ajuda nos afazeres de casa e faz serviço de costura para a vizinhança. Certo dia, Marinalva foi chamada por Sandra, uma de suas patroas, para que passasse em consulta em uma Unidade Básica de Saúde, uma vez que sua mãe, Dona Arlete, 84 anos, de saúde frágil, diabética, tinha sido diagnosticada com tuberculose. O médico recomendou que todas as pessoas que moravam e tivessem contato próximo a ela passassem em avaliação médica. Marinalva, que trabalha há mais de 3 anos na residência, dirigiu-se à Unidade Básica de Saúde. No caminho, refletia: "Como Dona Arlete, que nunca sai de casa, pegou esta doença?" Preocupada, perguntava-se: "Quais exames terei que fazer? Será que posso estar com a doença?".

Para responder às dúvidas de Marinalva, vamos conhecer a tuberculose (TB), entender como ocorrem sua transmissão, os sinais e sintomas da doença, como são realizados o diagnóstico, tratamento e, principalmente, o controle da doença. Além disso, iremos conhecer outra doença infectocontagiosa, a hanseníase, também muito prevalente no Brasil e que é um grave problema de saúde pública. E conhecer, ainda, como estão organizados os cuidados para controlar essas doenças.

Vamos conhecer, então, essas doenças infectocontagiosas tão antigas, mas que ainda na atualidade são responsáveis por mortes e incapacidades físicas, mesmo possuindo tratamento e cura e entender o porquê!

Não pode faltar

Como falamos, a tuberculose e a hanseníase são doenças infectocontagiosas muito antigas. A hanseníase, também conhecida como lepra, e a tuberculose foram fortemente estigmatizadas. Acreditava-se, na Idade Média, que a hanseníase era um castigo divino. Já a tuberculose, no século XIX, era considerada a doença dos boêmios. Por muito tempo, os doentes foram excluídos do convívio social, afastados das famílias e sociedade, vivendo em leprosários ou em sanatórios.

Tuberculose

A tuberculose é a segunda causa de mortes por doenças infecciosas e é responsável por 8,6 milhões de casos associadas à doença no mundo, com 1,3 milhão de mortes. O Brasil está entre os 22 países com a maior concentração da doença e que respondem por 80% do total de casos de tuberculose mundialmente.

A tuberculose está relacionada à pobreza e às precárias condições de vida, observando-se maior vulnerabilidade em adoecer os moradores de rua, pessoas encarceradas (detentos) e a pessoas com baixa imunidade, como portadoras do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), diabetes ou com doenças autoimunes ou submetidas a tratamento com imunodepressores como câncer, transplantados, desnutridos, obesos e idosos.

A vacinação contra a tuberculose dada na infância previne os casos graves da doença e confere certa resistência ao bacilo, porém, quando há comprometimento no sistema imunológico, os indivíduos tornam-se vulneráveis a desenvolver a tuberculose.

A doença acomete principalmente os pulmões, mas pode afetar outros órgãos e sistemas. Ela é curável, mas, quando não realizado tratamento adequadamente (uso regular de medicação e tratamento completo, respeitando o tempo mínimo de seis meses), pode ser grave e levar à morte.



Refleta

Embora, há mais de cinquenta anos, tenha sido descoberto o tratamento da tuberculose, quando não diagnosticada precocemente e tratada adequadamente, pode matar. Por que ainda é considerada um dos grandes problemas de saúde pública no mundo? Reflita e discuta: quais os possíveis fatores relacionados à sua alta prevalência e mortalidade, mesmo sendo uma doença curável e o tratamento sendo gratuito?

A TB pulmonar é a mais frequente e é transmitida de pessoa doente para outra pessoa, por meio de vias aéreas, através de tosse, espirro ou fala. O diagnóstico e tratamento são realizados na Atenção Básica, e o Programa de Controle Nacional de Tuberculose preconiza que seja realizado pelas equipes de Saúde da Família, pelo vínculo e proximidade com o doente e seus familiares, possibilitando melhor acompanhamento dos doentes, supervisão do tratamento e diagnóstico precoce (com identificação de casos nos contatos e ainda a busca ativa de novos casos), para assegurar eficácia no tratamento e controle da doença.

Pessoas apresentando tosse persistente por mais de três semanas, febre no final da tarde, sudorese noturna, perda de apetite e emagrecimento devem procurar ou ser encaminhadas à Unidade Básica de Saúde para realizar consulta e exames a fim de se ter diagnóstico precoce.

O diagnóstico é feito através da baciloscopia (exame do escarro, no qual é realizada identificação microscópica do bacilo, e o resultado demora 48 horas), a radiografia de tórax e o “Gene Xpert”, teste rápido, também realizado nas UBS, que, através de técnica molecular, identifica a presença do bacilo e se esse é resistente à rifampicina. O resultado é obtido em apenas duas horas. Esse teste está substituindo o diagnóstico pela baciloscopia, devido à rapidez, pois possibilita diagnóstico e tratamento mais precoce, interrompendo o ciclo de transmissão. O teste de sensibilidade tuberculínica é outro exame muito importante e útil para identificar contatos, ou seja, pessoas que têm contato com doentes, mas são assintomáticas.

Indivíduos diagnosticados com tuberculose deverão ser acolhidos pela equipe de saúde, recebendo todas as orientações a respeito da doença, esclarecendo dúvidas e cuidados necessários, inclusive sobre a necessidade de avaliar contatos (pessoas que moram e convivem próximo a ela), para identificar novos casos ou casos latentes (assintomáticos), esclarecer sobre a importância do tratamento e planejar o tratamento diretamente observado (TDO). Uma vez realizado o diagnóstico, o caso deve ser notificado pelo médico ou enfermeiro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O tratamento diretamente observado (TDO) ou também conhecido como DOTS (abreviatura em inglês) foi implantado justamente para reduzir o abandono ao tratamento, pois esse é longo, dura no mínimo seis meses, e, como nas duas primeiras semanas de tratamento desaparecem os sintomas, muitos doentes deixam de tomar regularmente ou abandonam o tratamento, o que, além não curar, muitas vezes torna o bacilo resistente às medicações, o que propicia o contágio. Esse tratamento supervisionado é realizado pela equipe de enfermagem (auxiliar e técnico de enfermagem) e/ou pelo Agente Comunitário em Saúde, devidamente

treinados. A equipe de saúde da família deverá avaliar as condições alimentares do paciente, se esse tem condições físicas e financeiras para se dirigir à Unidade para realizar o TDO, ou se necessita de supervisão domiciliar.

Pacientes resistentes a tratamento ou com agravamento de condições clínicas poderão necessitar de encaminhamentos para serviço ambulatorial especializado, principalmente pacientes portadores de vírus da Imunodeficiência Adquirida e TB (HIV/TB) ou ainda para serviços hospitalares da Rede de Atenção à Saúde.

O controle da tuberculose é de extrema importância e envolve ações e medidas no acompanhamento dos doentes em TDO: a identificação de casos entre os contatos, uma vez identificados, passarão por tratamento quimioprolático (casos assintomáticos) ou tratamento para cura e acompanhamento; busca ativa de casos com visitas domiciliares na população adscrita em indivíduos com sintomas de tosse persistente há mais de três semanas; ou em grupos vulneráveis. Educação em saúde ao paciente e a familiares sobre a importância da regularidade no uso da medicação, os cuidados ambientais preventivos: manter ambientes ventilados e arejados, em vez de varrer, usar pano úmido, ter um bom padrão nutricional, orientar a utilização de um lenço ao tossir e espirrar notificando e atualizando os casos de TB na ficha de notificação/investigação de tuberculose e boletim de acompanhamento, com registro de casos bacilíferos que abandonaram tratamento e altas efetuadas.

Agora, vamos conhecer a hanseníase e como é feito o seu controle?

Hanseníase

O Brasil é o segundo país em número de hansenianos no mundo e, apesar da redução de 68% na taxa de prevalência, entre os anos de 2003 e 2013, o país é o único no mundo que não conseguiu eliminar a doença e o que concentra mais casos novos a cada ano (DOMINGUEZ, 2015).

A hanseníase está associada a más condições de vida e desigualdades sociais, pois atinge principalmente as áreas mais carentes do mundo. A doença tem capacidade para infectar muitas pessoas, porém poucas adoecem, pois nem todos os doentes transmitem a doença, apenas indivíduos que possuem a forma, ou seja, que possuem muitos bacilos.

Assim como a tuberculose, a hanseníase também está relacionada às precárias condições sociais, e é transmitida por bacilo pelas vias aéreas através de gotículas da fala, tosse, espirro, eliminadas por indivíduos que estejam com o bacilo e sem tratamento a pessoas suscetíveis (com baixa imunidade), que moram ou convivem com o doente.

A doença atinge principalmente os nervos superficiais da pele e troncos

nervosos periféricos, podendo acometer também olhos, face, mãos e pés. Embora a doença seja de baixa letalidade, ela tem alto poder incapacitante, quando não diagnosticada precocemente e tratada adequadamente.

O diagnóstico é clínico, realizado nas Unidades Básicas de Saúde, por meio de exame clínico e dermatoneurológico (inspeção das lesões, manchas na pele e palpação de nervos), dispensando exames sofisticados. Indivíduos que apresentem manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou acastanhadas, com alterações de sensibilidade, ao calor e/ou dor e/ou tato, devem procurar serviços de saúde para diagnóstico precoce e tratamento imediato, a fim de evitar o surgimento das incapacidades físicas.

Ainda no diagnóstico, é de extrema importância avaliar a presença e o grau de incapacidades na face, olhos, mãos e pés. Na avaliação de incapacidades, devem ser realizadas avaliação de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, e avaliação motora por meio de teste de força muscular (observando diminuição de força, presença de atrofia e deformidades) na face, mãos e pés.

Indivíduos que apresentem apenas comprometimento de nervos, sem lesões na pele, devem ser encaminhados a serviços ambulatoriais especializados, a fim de realizar um diagnóstico diferenciado.

Frequentemente, as lesões da hanseníase se iniciam com sensação de queimação, formigamento e/ou coceira local, que evoluem para ausência de sensibilidade em qualquer parte do corpo. Dentre os sintomas, além das manchas na pele com alterações sensitivas, podem apresentar formigamentos, choques e câimbras que evoluem para dormência, o que pode causar queimadura ou lesões sem que a pessoa perceba; pápulas (lesão de pele avermelhada e elevada), com infiltrações, tubérculos e nódulos normalmente sem sintomas; diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente sobrancelhas; diminuição ou falta de sudorese no local.

Uma vez realizado o diagnóstico, deve-se identificar a forma clínica da doença, que pode ser: multibacilar (apresentam mais de 5 lesões), podendo ser classificada em virchowiana (V) ou dimorfa (D) e paubacilar (menos de 5 lesões), que é denominada indeterminada ou tuberculoide.

A classificação da doença é extremamente importante para determinar o tratamento e o acompanhamento, pois, segundo a forma clínica, o paciente apresentará diferentes comprometimentos. Essa é realizada através das manifestações clínicas apresentadas.

Quadro 2.2 | Formas clínicas da hanseníase

Indeterminada	Tuberculoide	Dimorfa	Virchowiana
Baciloscopia (-)	Baciloscopia (-)	Baciloscopia (+) ou (-)	Baciloscopia (+)
Áreas com sensibilidade diminuída ou anestesia, manchas esbranquiçadas ou avermelhadas com ou sem perda de pelos ou sudorese e sem alterações motoras.	Placas avermelhadas, e esbranquiçadas bem delimitadas, com diminuição ou perda de sensibilidade com comprometimento nervoso. Não acomete mucosas e vísceras.	Placas avermelhadas com centro claro, ou com centro ferruginoso com alterações de sensibilidade.	Pápulas, placas e nódulos de coloração normal ou vermelha acastanhada geralmente na face, membros e regiões glúteas.
Máximo de cinco lesões.	Máximo de cinco lesões e um tronco nervoso.	Mais de cinco lesões e um ou + tronco nervoso.	Mais de cinco lesões e um ou + tronco nervoso.

Fonte: elaborado pela autora

O indivíduo com diagnóstico de hanseníase e seus familiares devem ser conscientizados de que a doença é curável, e, quando tratada adequadamente, evolui sem incapacidades e sem transmissão da doença. Devem ser esclarecidas dúvidas para combater estigmas, fornecer orientações sobre a doença, os sinais e sintomas, a gratuidade no tratamento e como inspecionar mãos, pés, faces e o autocuidado necessário para identificar o surgimento das incapacidades.



Assimile

Tuberculose e hanseníase são doenças infectocontagiosas causadas por bacilos, transmitidas por vias aéreas de pessoas doentes sem tratamento a pessoas saudáveis suscetíveis, que moram ou tem convívio próximo. Embora sejam curáveis se tratadas adequadamente, seu controle ainda é um desafio, devido à baixa adesão e interrupção ao tratamento por parte dos doentes, devido à longa duração do tratamento. As estratégias adotadas no controle destas doenças são a realização do diagnóstico precoce e tratamento oportuno e supervisionado pelas equipes da Atenção Básica, exigindo dos profissionais de saúde a compreensão de que o adoecimento se deve a condições de vida e as vulnerabilidades dos indivíduos e da família, e que o enfrentamento dessas situações de saúde necessitam de um cuidado contínuo, com vínculo e responsabilização.

Na orientação ao autocuidado, deve-se ressaltar a importância da inspeção diária ou autoavaliação da face, olhos, mãos, pés, utilizando um espelho para auxiliar na visualização, identificando presença de calosidades, ressecamentos, fissuras, ferimentos nas mãos e pés. Devemos estar sempre atentos à higienização, hidratação, lubrificação da pele, dos olhos (uso de colírio prescrito pelo médico). É fundamental o cuidado para evitar acidentes em casa e no trabalho, especialmente nos casos de perda da sensibilidade em mãos, pés e olhos, recomendando-se o uso

de luvas, calçados adaptados e /ou instrumentos adaptados. Caso sejam prescritos alongamentos e exercícios, esses devem ser realizados conforme prescrição.

Os doentes podem apresentar estados reacionais, ou também denominadas reações hansênicas, que são reações inflamatórias agudas, podendo ocorrer antes, durante e após o tratamento devido a alterações no sistema imunológico, sendo que esses quadros inflamatórios podem ser de dois tipos: **reação reversa**, quando ocorre aumento no número de manchas ou placas na pele, com alterações de coloração e edema nas lesões de pele antigas, podendo apresentar inflamação nos nervos (neurite), tornando os nervos mais espessos e dolorosos a palpação; e **eritema nodoso hansênico**, o qual ocorre nos pacientes com hanseníase virchowiana, e se caracteriza pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, dor articular, mal-estar geral, podendo apresentar neurite (com espessamento dos nervos) e febre.

O monitoramento dos doentes realizado pelos médicos ou enfermeiros e o diagnóstico de reações são fundamentais para a instituição de tratamento antirreacional e evitar surgimento de deformidades. Em caso de o paciente faltar à consulta, esse deverá receber visita domiciliar, para evitar o abandono ao tratamento. Caso o paciente apresente qualquer alteração em sua condição clínica, com presença e estados reacionais, deverá procurar a unidade de saúde antes da data estabelecida.

Nas consultas mensais, deve-se identificar a presença de reações hansênicas, neurites, presença de reações adversas causadas pelos medicamentos e como está sendo realizado o autocuidado, devendo sempre que possível ser reforçado, e, quando necessário, orientar um familiar para auxiliar ou acompanhar. Caso haja presença de alterações de sensibilidade, alterações motoras, o paciente deve ser encaminhado para avaliação com profissionais especializados em prevenção de incapacidades fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais para orientações e adaptações necessárias e/ ou reabilitação, ou, ainda, para cirurgias, deverão ser encaminhados a serviços especializados na Rede de Atenção à Saúde.

O tratamento é a poliquimioterapia (combinação de medicamentos) distribuída gratuitamente e tendo seu uso supervisionado, com tratamento diretamente observado (TDO), pelos profissionais da Atenção Básica. É imprescindível o uso adequado dos medicamentos para assegurar a cura, bem como o acompanhamento dos casos, a fim de prevenir deformidades e incapacidades. O esquema poliquimioterápico é definido segundo o tipo paubacilar ou multibacilar, e essa classificação é feita conforme o número de lesões apresentadas.

A duração do tratamento varia conforme a forma clínica. Na caso dos paubacilares (indeterminado e tuberculoide), a duração é de 6 meses. Já no caso dos multibacilares (dimorfa e virchowiano), o tratamento dura um ano.

Como a transmissão ocorre com maior frequência nos contatos (pessoas que convivem próximo, moram ou trabalham), é fundamental que essas sejam avaliadas.



Exemplificando

Um paciente que teve o diagnóstico de hanseníase deve ser orientado que seus contatos (pessoas de seu convívio mais próximo) deverão ser avaliados; para tanto, deverão comparecer à Unidade Básica de Saúde para avaliação dermatoneurológica e instituir quimioprofilaxia (vacina BCG) ou, em caso de diagnóstico confirmado, o tratamento imediato. E, ainda, o paciente deverá estar ciente de que seus contatos receberão visita domiciliar.

Para o controle da hanseníase, a equipe de Saúde da Família deve realizar a busca sistemática de doentes, seja no exame de pessoas que procuram a unidade por outros motivos, mas que apresentam sinais e sintomas da doença, na busca dos contatos por meio de visita domiciliar, em campanhas, ou ainda em exames realizados em penitenciárias, escolas e abrigos. Deve-se realizar campanhas informativas, educação em saúde com pacientes, familiares e comunidade para esclarecer sobre a doença e, na presença de manchas, sinas e sintomas, procurar a Unidade de Saúde, podendo também formar grupos para acompanhamento dos autocuidados e melhora na adesão ao tratamento. É fundamental que seja realizada a notificação de casos na Ficha de Hanseníase e seja atualizado mensalmente o registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).



Pesquise mais

Você poderá aprofundar seus conhecimentos sobre a tuberculose e hanseníase acessando o "Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.", no link do disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=manual_recomendacoes_TB11.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

Acesse também o link que trata das "Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública." Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseníase-4fev16-web.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.



Faça você mesmo

Agora é com você, vamos fazer um quadro, identificando as semelhanças entre as duas doenças. Justifique: por que essas doenças são consideradas um desafio para a saúde pública?

Após o término deste conteúdo, você será capaz de identificar e aplicar as Políticas Públicas de Saúde no cuidado da população.

Sem medo de errar

Como vimos na situação exposta, Marinalva e Jair moram com seus quatro filhos e Dona Eulália, mãe de Jair, na Vila das Mercês, há mais de dezoito anos. Marinalva trabalha como diarista em bairros distantes: sai para o trabalho logo cedo todos os dias, chegando somente à noite, e Jair, que trabalhava em uma indústria, atualmente está desempregado. Seus filhos, em idade escolar, estudam em escolas da região, e Dona Eulália, embora com saúde frágil, ajuda nos afazeres de casa e faz serviço de costura para a vizinhança. Certo dia, Marinalva foi chamada por Sandra, uma de suas patroas, para que passasse em consulta em uma Unidade Básica de Saúde, uma vez que sua mãe, Dona Arlete, 84 anos, de saúde frágil, diabética, tinha sido diagnosticada com tuberculose. O médico recomendou que todas as pessoas que moravam e tivessem contato próximo a ela passassem em avaliação médica. Marinalva, que trabalha há mais de três anos na residência, dirigiu-se à Unidade Básica de Saúde onde é matriculada. No caminho, refletia: "Como Dona Arlete, que nunca sai de casa, teria pegado essa doença? Como seria essa consulta, teria que fazer exames? Será que ela poderia ter pegado a doença?"



Atenção

Esteja atento a como é a transmissão da doença, a importância do diagnóstico precoce, como esse é realizado e as medidas adotadas no controle da tuberculose.

Pudemos observar que a tuberculose é uma doença que acomete pessoas com baixa imunidade, como é o caso de Dona Arlete, que é idosa e diabética. Considerando que a transmissão ocorre de pessoas doentes sem tratamento para pessoas saudáveis que moram e/ou tenham contato prolongado com o portador da doença, e que, para o controle dessa, deve ser realizado o diagnóstico precoce de casos e tratamento adequado, utilizando-se como estratégia a busca de novos casos entre os contatos. Por essa razão, o médico de Dona Arlete recomendou

que os familiares que residiam com ela e pessoas que tinham contato próximo, como Marinalva, passassem por consulta médica em Unidade Básica de Saúde, local onde é realizado o diagnóstico e tratamento gratuitos.

Marinalva estava em dúvida em relação a quais exames seriam feitos, e, como vimos, poderão ser são realizados o teste molecular (teste rápido), ou o teste de escarro (baciloscopia), a radiografia de tórax, que possibilitará avaliar se a doença atingiu os pulmões, e se há outra doença pulmonar associada, e, ainda, o teste de sensibilidade tuberculínica, que é útil em indivíduos assintomáticos, como no caso dela. Em relação à possibilidade de ter pegado a doença, como o período de incubação é longo, de 4 a 12 semanas, ela poderia estar com o bacilo, mas de forma assintomática, por isso é de extrema importância o diagnóstico para efetuar o tratamento imediato e cessar o ciclo de transmissibilidade.

Avançando na prática

Ações de controle da hanseníase pela atenção básica

Descrição da situação-problema

Sheila, médica na Unidade Básica de Saúde Albert Sabin, fez o atendimento de uma senhora que procurou a UBS por ter sofrido queimadura no braço ao cozinhar, mas não havia percebido. Ao realizar o exame físico e dermatoneurológico, foi observada a presença de quatro manchas esbranquiçadas com perda de sensibilidade, sem alteração nervosa, tendo sido confirmado o diagnóstico de hanseníase. Solicitada a baciloscopia, essa se apresentou negativa.

Foi realizado o acolhimento com orientação e conscientização da paciente sobre as necessidades de cuidados e da importância do tratamento adequado para a prevenção de incapacidades e cura. Pensando no controle da doença, quais as ações devem ser adotadas com esta paciente e seus familiares?



Lembre-se

Considerando a forma de transmissibilidade e a necessidade de controle da doença, fique atento aos cuidados a serem adotados com a paciente e seus familiares.

Resolução da situação-problema

Considerando que a transmissão da hanseníase é maior nos contatos domiciliares (pessoas que moram, ou moraram) e contatos sociais (pessoas que tenham convívio mais próximo e prolongado, seja no trabalho, nas escolas), por

essa razão, essas pessoas deverão passar por exame dermatoneurológico, a fim de identificar novos casos e realizar vacinação BCG (vacina profilática para tuberculose é administrada também para prevenção da hanseníase) e, quando confirmado o diagnóstico, o tratamento imediato. Os contatos deverão ser registrados no prontuário e no sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo acompanhados por cinco anos, uma vez que o período de incubação da doença é longo.

É extremamente importante que a paciente, seus familiares e/ou contatos sejam acolhidos, tenham todas as suas dúvidas esclarecidas a respeito da doença, dos sinais e dos sintomas, bem como seja explicado sobre as reações hansênicas, o tratamento regular e a necessidade de autocuidados para prevenção de incapacidades. Considerando o estigma que envolve a doença, o medo e o constrangimento entre os pacientes e familiares, caso seja identificada a necessidade de apoio psicológico ou psicossocial, deve-se encaminhá-los para psicólogo e/ou assistente social.

Também devem ser passadas orientações de autocuidado a ser adotado por todos os pacientes, independente da forma clínica apresentada, e essas serão supervisionadas nas consultas mensais.

Ao estabelecer o plano de cuidados, deve ser programado o tratamento diretamente observado (TDO), realizado o agendamento de consultas médicas ou de enfermagem mensais e orientação caso apareçam reações hansênicas ou, ainda, qualquer ferimento ou até piora clínica, procurar o serviço de saúde. Nas avaliações mensais, deve-se realizar avaliações sensitivas, motoras e palpação nervosa, a fim de identificar presença de estados reacionais ou surgimento de incapacidades.

Na prevenção de incapacidades é importante a autoavaliação com inspeção diária da face, olhos, mãos e pés, a realização dos exercícios e alongamentos e cuidados nas atividades diárias e de trabalho para evitar ferimentos.



Faça você mesmo

Considerando as manifestações clínicas apresentadas por ela, discuta qual a forma clínica apresentada pela paciente. E, ainda, elabore orientações de autocuidado que devem ser passadas a ela e a seus contatos. Para tanto, pesquise no seguinte link: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/autocuidado-em-hanseníase3.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.

Faça valer a pena

1. Quais as características clínicas e epidemiológicas da tuberculose?

I – A tuberculose é uma doença infectocontagiosa altamente prevalente no Brasil.

II – A tuberculose é causada por um vírus transmitido por vias aéreas.

III – A tuberculose está relacionada à pobreza e às precárias condições de vida.

- a) A afirmativa I está correta.
- b) A afirmativa II está correta.
- c) A afirmativa III está correta.
- d) As afirmativas I e III estão corretas.
- e) As afirmativas II e III estão corretas.

2. Assinale a sequência correta com V para verdadeiro e F para falso: quais as características clínicas e epidemiológicas da hanseníase?

() É uma doença infectocontagiosa crônica que atinge pele e nervos.

() É transmitida por bacilo de pessoa doente sem tratamento para pessoa saudável.

() O Brasil é o primeiro país em número de doentes e o único que não conseguiu eliminar a doença.

- a) V, V, V.
- b) V, F, V.
- c) V, V, F.
- d) F, F, V.
- e) V, F, F.

3. Quais as características comuns da tuberculose e da hanseníase?

I – Ambas são doenças crônicas não transmissíveis altamente prevalentes e incapacitantes.

II – As doenças são transmitidas por bacilos através de vias aéreas.

III – Uma das estratégias no controle das doenças é a busca de casos entre os contatos.

- a) A afirmativa I está correta.
- b) A afirmativa II está correta.
- c) A afirmativa III está correta.
- d) As afirmativas II e III estão corretas.
- e) As afirmativas I e II, III estão corretas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**, 2013b (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab36>>. Acesso em: 13 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 4 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 13 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <file:///C:/Users/mayra.piza-mpw/Downloads/cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=manual_recomendacoes_TB11.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniose-4fev16-web.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

DOMINGUEZ, Bruno. Problema persistente: prevalência cai, mas Brasil é o único no mundo que não conseguiu eliminar propagação da doença. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, n. 150. p. 24-26, mar. 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_150.pdf>. Acesso em: 25 maio 2016.

GENIOLE, L.A. et al. **Assistência multidisciplinar à saúde**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. v. 1. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/158>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

GENIOLE, L.A. et al. **Assistência multidisciplinar à saúde**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. v. 2. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/159>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, n. 22, v. 3, p. 423-434, jul-set 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a07.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2016.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Cuidado integral nos ciclos da vida. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/cuidadointegralnosciclosdevida.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

Estrutura organizacional da ESF

Convite ao estudo

Olá, aluno! Nesta Unidade abordaremos a estrutura organizacional da Estratégia da Saúde da Família (ESF), conheceremos o seu funcionamento, a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a composição e atribuições específicas dos profissionais da equipe de Saúde da Família, as funções e composição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a atuação das equipes na vigilância, monitoramento e busca ativa na atenção básica e nas redes de atenção.

Vimos na Unidade 2 como estão estruturados os cuidados da Estratégia de Saúde da Família em todas as fases da vida, as linhas de cuidado, segundo o ciclo de vida, e os cuidados prioritários das Doenças Crônicas não Transmissíveis, como Hipertensão e Diabetes, e das Doenças Transmissíveis, como Tuberculose e Hanseníase.

Vamos conhecer as Políticas que regem a ESF, bem como sua estrutura organizacional e seus processos de trabalho, a importância destes e dos sistemas de informações na ESF.

Para conhecer como funcionam as Unidades Básicas de Saúde, a estrutura física, a organização das atividades e o cotidiano das equipes de Saúde da Família, vamos refletir sobre a situação hipotética a seguir:

Vera, 37 anos, mora com seus dois filhos adolescentes na comunidade de Fonte Santa, no município de Lagoa Azul, e trabalha na Unidade Básica de Saúde da localidade como Agente Comunitária de Saúde (ACS) há quase um ano. Ela conhece bastante a área, pois reside no local há mais de vinte anos, e por causa desse trabalho tornou-se bastante conhecida entre os moradores e famílias atendidas na UBS.

Seção 3.1

Saúde da família e UBS

Diálogo aberto

Nesta seção, vamos conhecer a estrutura física e organizacional das Unidades Básicas de Saúde, os serviços que oferecem e entender como estão organizados os serviços na rede de atenção à saúde.

Como proposto na situação exposta, Vera, 37 anos, mora com seus dois filhos adolescentes na comunidade de Fonte Santa, no município de Lagoa Azul, e trabalha na Unidade Básica de Saúde da localidade como Agente Comunitária de Saúde (ACS) há quase um ano. Ela conhece bastante a área, pois reside no local há mais de vinte anos, e por causa desse trabalho tornou-se bastante conhecida entre os moradores e famílias atendidas na UBS. Outro dia, Vera se deparou com uma situação que não sabia como resolver, pois, encontrou Dona Dolores se dirigindo para a UBS, aflita, carregando seu neto, Pedrinho, que tinha um ferimento na cabeça. Vera, percebendo a aflição da avó e o sangue que saía do corte, a acompanhou até a UBS e pensou como seria realizado o atendimento, uma vez que os horários de consulta dos médicos das equipes já estavam preenchidos e a enfermeira que acompanha dona Dolores e sua família havia saído para realizar visita domiciliar. Coloque-se no lugar de Vera e reflita: Como e quem iria realizar os cuidados ao Pedrinho?

Vamos conhecer o funcionamento, a estrutura física, as atividades desenvolvidas e a organização do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde para entender como Vera e a equipe de Saúde devem realizar o atendimento à dona Dolores e seu neto, a fim de garantir um cuidado adequado e resolutivo.

Não pode faltar

Como vimos na Unidade 1, para assegurar a atenção integral em saúde, os serviços estão estruturados em Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo as equipes de Saúde da Família como estratégia para assegurar a integralidade da atenção e oferecer cuidados de forma contínua, de qualidade, assegurando os princípios e diretrizes do SUS. Como temos a Atenção Básica como a principal porta de

entrada do usuário no SUS, esta deve orientar e coordenar os cuidados aos usuários pelos outros pontos da rede de atenção ou o próprio serviço encaminha o usuário quando suas necessidades não puderem ser atendidas na AB.

Vamos conhecer, agora, a estrutura física e como estão estruturados os cuidados nas Unidades Básicas de Saúde para atender às necessidades de saúde da população.

As Unidades Básicas de Saúde têm como objetivo possibilitar o acesso da população aos serviços de saúde, resolvendo em torno de 80 % dos problemas de saúde, de maneira a reduzir a espera em hospitais e assegurar a longitudinalidade no cuidado. Para tal, geralmente, funcionam de segunda a sexta-feira, das 07 às 19 horas.

Estrutura física da UBS

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem estar em conformidade com as especificações do Departamento da Atenção Básica e têm de ser compostas de consultório médico, odontológico e de enfermagem, sala de acolhimento multiprofissional para demanda espontânea, sala para administração e gerência e para realização de atividades coletivas, coleta de exames, procedimentos, curativos, nebulização, vacinação e observação. E, ainda, área para recepção, armazenamento de arquivos, para medicação e dispensação de medicamentos, áreas de apoio (banheiros, copa/cozinha), depósito de lixo e abrigo de resíduos contaminados (para coleta, armazenamento e destino final de materiais contaminados).

As UBS devem possuir identificação (logos e placas) segundo os padrões visuais estabelecidos pelo SUS, as sinalizações devem ser realizadas através de textos ou figuras em relevo (tátil), braile e recursos auditivos (sonora), conforme NBR 9050, para garantir acessibilidade, boa legibilidade e compreensão das informações. Deve haver manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das unidades.

Na construção de Unidades Básicas, devem ser consideradas as instalações elétricas e hidráulicas, a ventilação, a luminosidade, o fluxo de usuários e o uso de materiais de piso e revestimento que facilitem a limpeza e desinfecção. Recomenda-se que sejam adotados cuidados para permitir que o ambiente seja acolhedor, evitando grades ou qualquer tipo de barreira na recepção que possa distanciar o usuário do profissional. Da mesma forma, deve-se estar atento à necessidade de privacidade na sala de acolhimento. Todos os ambientes devem ter janelas ou ventilação indireta adequada para possibilitar a circulação de ar. Deve-se planejar a circulação de pacientes de maneira a limitar ao máximo o fluxo desnecessário pela unidade, para maior controle de transmissão de infecção, e algumas áreas devem ter acesso restrito, por exemplo, as áreas de procedimento que geralmente são mais contaminadas.

Deve-se estar atento à questão da acessibilidade para pessoas com deficiências físicas e/ou com dificuldades de locomoção, disponibilizando rampas de acesso, barras de apoio e outras adequações (lavatórios e bebedouros mais baixos para cadeirantes, por exemplo).



Assimile

As Unidades Básicas de Saúde devem ser a principal porta de entrada para os usuários aos serviços de saúde e, por esta razão, devem estar situadas próximas aos locais onde as pessoas moram e trabalham. Devem prestar uma atenção integral, que permita resolver em torno de 80% dos problemas de saúde atendidos, para tal, devem possuir estrutura física e organizacional com recursos humanos e materiais que possibilitem oferecer atendimento acolhedor e resolutivo.

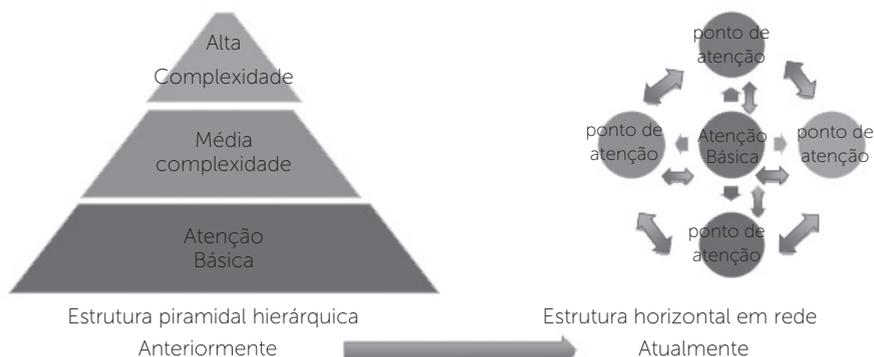
Organização da UBS

Para ofertar cuidados humanizados e assegurar uma atenção integral, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Básica, os serviços de saúde estão organizados em rede, tendo a atenção básica a função de coordenar os cuidados e a assistência aos usuários.

A Rede de Atenção Saúde é um conjunto de serviços organizados de maneira a possibilitar a cooperação e integração entre os profissionais e serviços, nos diferentes pontos de atenção, a fim de evitar a fragmentação do cuidado. Para isto, não existe mais uma organização hierárquica, em níveis de complexidade entre a Atenção Básica e os sistemas de apoio.

A organização não é mais um sistema piramidal hierárquico, mas sim uma conformação horizontal em rede de pontos de atenção com diferentes recursos tecnológicos, sem ordenação de grau de importância entre eles, de forma que todos os componentes da rede são importantes para o alcance dos objetivos, se diferenciando apenas pelas densidades tecnológicas que dispõem.

Figura 3.1 | Mudança de sistema piramidal hierárquico para rede de atenção à saúde



Fonte: adaptado de Mendes (2012, p. 48).

A Atenção Básica é composta por Unidades Básicas de Saúde e, como demonstrado anteriormente, deve estar situada no centro da rede, responsável pela comunicação e referência do usuário entre os pontos de atenção, uma vez que possui vínculo com as demais e está mais próxima das necessidades das famílias e dos territórios adscritos.

As UBS podem ser constituídas como Unidades de Saúde tradicional, formadas por equipes de profissionais de Atenção Básica e/ou por equipes de Saúde da Família. Na lógica de oferecer um atendimento integral e contínuo às famílias, é imprescindível que essas tenham seus problemas mais frequentes resolvidos na Atenção Básica e, para tal, devem contar com recursos e processos de trabalho, ou seja, as formas de organizar, planejar e executar as ações devem estar pautadas nas necessidades em saúde dos usuários e suas famílias, e não mais em procedimentos.

As equipes de saúde da família têm a responsabilidade de desenvolver ações coletivas de promoção de saúde e prevenção de doenças no território, no cuidado aos indivíduos e suas famílias, na elaboração e gestão de projetos terapêuticos singulares para usuários que, muitas vezes, necessitam de cuidados e recursos em outros pontos de atenção, ou seja, em outros serviços de saúde. Para isto, os profissionais da área devem utilizar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, (listas de espera, encaminhamentos para consultas com especialistas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede e protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado.

Classificação das unidades básicas de saúde

As UBS podem ser classificadas em: UBS Porte I, que deve possuir metragem mínima de 297,72 m² e abrigar, no mínimo, uma Equipe de Saúde da Família (eSF) ou uma equipe de atenção básica (eAB); UBS Porte II, que deve possuir metragem mínima de 374,04 m² e abrigar, no mínimo, duas eSF e/ ou eAB; UBS Porte III, que tem a metragem mínima de 481,32 m² e abriga, no mínimo, três eSF e /ou eAB; e UBS porte IV, que tem metragem mínima de 564,84 m² e abriga, no mínimo, quatro eSF e/ou eAB.

Atividades desenvolvidas

As Unidades Básicas de Saúde devem estar situadas o mais próximo dos locais em que as pessoas vivem e oferecer atendimento gratuito em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Dentre os principais serviços oferecidos estão as consultas médicas e odontológicas e, de acordo com a prescrição médica, são realizadas inalações, injeções, curativos, vacinas, coletas para exames laboratoriais e, ainda, tratamentos e procedimentos odontológicos e encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

Dentre as atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, temos:

- O mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais (creches, escolas, igrejas, associações de bairro, clubes etc.) presentes no território.
- O cadastramento e acompanhamento das famílias adscritas.
- O acolhimento, o registro e o agendamento de consultas.
- O planejamento e execução de ações individuais e coletivas de promoção de saúde e prevenção de doenças.
- Consultas médicas, de enfermagem e odontológicas (quando existir equipe de saúde bucal).
- A realização de inalação, curativos, reidratação oral, injeções e vacinas.
- Atendimento médico, de enfermagem e odontológico em casos de urgência.
- Encaminhamento, em caso de necessidade, para serviços intermediários, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e serviços de média e alta complexidade (unidades de pronto atendimento e hospitais).
- Serviços para coleta de exames laboratoriais e entrega de medicamentos (realizados conforme planejamento de cada município, podendo ser descentralizados nas UBS ou centralizados em outros pontos de atenção).
- Além das atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, existem atividades realizadas no território, visitas domiciliares e em instituições parceiras, como escolas, associações e asilos, entre outras, com diferentes membros da equipe de saúde.

Para melhorar o acesso e resolver a maioria dos problemas relacionados à saúde, por meio de atendimentos acolhedores, com vínculo e responsabilização pelas famílias e com cuidados oferecidos ao longo do tempo em todos os pontos da rede de atenção à saúde, houve a necessidade de reorganizar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e as atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde.

Nesta reorganização, os profissionais devem conciliar o acolhimento das demandas espontâneas (necessidades em saúde dos usuários com quadros agudos, que necessitam de atendimento rápido, no mesmo dia ou em poucos dias) às consultas agendadas e atividades programadas. Para tal, as equipes de Saúde da Família se organizam segundo as áreas e famílias adscritas e devem coordenar e organizar as agendas das equipes para possibilitar a realização de atendimentos programados e não programados na UBS, o atendimento, por meio de visitas

domiciliares, a usuários que se encontram impossibilitados de se deslocarem até a unidade, a busca ativa de casos, ações e intervenções no território, em escolas, praças, clubes, entre outros espaços.

Considerando que a atuação dos profissionais das equipes de Saúde da Família é multiprofissional e interdisciplinar, é de extrema importância que na agenda sejam compatibilizados horários para reuniões (discussão de casos, planejamento de projetos terapêuticos em conjunto e intervenções), bem como de educação permanente, que é a atualização e aprendizagem que ocorre segundo as necessidades, e apresentação dos casos e situações vivenciados no processo de trabalho, a fim de garantir a integralidade na atenção e melhor resolutividade.



Refleta

Em quais situações e/ou condições clínicas a população deve procurar a Unidade Básica de Saúde? Você se recorda por quais motivos procurou uma UBS?

Para facilitar e organizar o processo de trabalho, a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB (2012) estabelece que:

- Sejam realizados mapeamento e demarcação das áreas e das famílias adscritas sob responsabilidade da UBS e das equipes que as compõem.
- Para planejar a programação e a agenda sejam levadas em consideração as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções conforme os problemas de saúde encontrados, de acordo com o risco, a vulnerabilidade e os problemas mais frequentes no território.
- Devem ser priorizadas ações com grupos de risco para trabalhar os fatores de risco a fim de prevenir e controlar doenças crônicas e, ainda, agravos evitáveis.
- Seja oferecido o acolhimento com escuta qualificada, realizando a classificação de risco para avaliar as necessidades de saúde e presença de vulnerabilidades, possibilitar a assistência resolutiva à demanda espontânea, priorizando o primeiro atendimento às urgências.
- É necessário organizar os cuidados para oferecer atenção integral e contínua às famílias adscritas.
- É preciso planejar e oferecer ações educativas que possam promover a saúde e o desenvolvimento da autonomia, individual e coletiva, para possibilitar melhor qualidade de vida aos usuários e suas famílias.

- Deve-se possibilitar a participação de todos os profissionais na gestão do cuidado, para melhoria das condições de trabalho e, principalmente, na oferta do cuidado.
- Devem ser desenvolvidas ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social.
- É necessário proporcionar um ambiente acolhedor que estimule a participação ativa de trabalhadores e usuários na gestão, com ambientes saudáveis e valorizando ações e atividades que promovam o autocuidado e a corresponsabilização na saúde.
- Deve-se realizar periodicamente a avaliação das ações desenvolvidas na equipe e na Unidade e reavaliar a necessidade de readequar o processo de trabalho e do planejamento diante das dificuldades observadas.
- É preciso proporcionar espaços e agenda para a educação permanente em saúde, que deve estar incorporada aos processos de trabalho das equipes na UBS.



Exemplificando

Uma UBS identificou que dentre os problemas mais frequentes no território estão a gravidez e uso abusivo de drogas na adolescência, e que a maior demanda de atendimento ocorre em pacientes com hipertensão e diabetes. Para tal, deve-se organizar as agendas das equipes de forma a possibilitar desde consultas individuais para acolhimento até avaliação de risco em pacientes que busquem a unidade apresentando casos agudos (febre, infecções, acidentes e/ ou necessitem de acompanhamento, como nos casos de dengue, para reidratação, entre outros) e casos crônicos, bem como horários para atividades em grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) para educação em saúde, monitoramento das condições de clínicas, prevenção de complicações na saúde dos pacientes, ações coletivas nas escolas e na própria unidade com grupo de adolescentes para prevenção da gravidez, na conscientização sobre os malefícios do abuso de drogas e, ainda, horários para atendimento a puericultura, planejamento familiar, educação permanente (discussões de casos e planejamento coletivo de projetos terapêuticos) e visitas domiciliares.

Para conciliar a demanda e o fluxo de pacientes, deve-se ter agendas compatibilizadas entre as equipes, de maneira a possibilitar que todos os usuários possam ter acesso ao serviço, segundo sua necessidade, com boa resolutividade.



Pesquise mais

Você poderá aprofundar os conhecimentos sobre a estrutura física, a organização das Unidades Básicas de Saúde e da Rede de atenção à Saúde, por meio dos links a seguir:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/04/Redes-de-Atencao-condicoes-cronicas.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

Sem medo de errar

Como vimos na Situação exposta, Vera, 37 anos, mora com seus dois filhos na comunidade de Fonte Santa e trabalha na Unidade Básica de Saúde da localidade como Agente Comunitária de Saúde (ACS) há quase um ano. Outro dia, Vera se deparou com uma situação que não sabia como resolver, pois, encontrou dona Dolores se dirigindo para a UBS, aflita, carregando seu neto Pedrinho, que tinha um ferimento na cabeça. Vera, percebendo a aflição da avó e o sangue que saía do corte, a acompanhou até a UBS, refletindo como seria realizado o atendimento, uma vez que os horários de consulta dos médicos das equipes já estavam preenchidos e a enfermeira que acompanha dona Dolores e sua família havia saído para realizar visita domiciliar. Pensava, então "Como e quem iria realizar os cuidados ao Pedrinho?"



Atenção

Fique atento ao funcionamento, às atividades desenvolvidas e como é organizada a agenda das equipes para o atendimento aos usuários.

Vimos que a Unidade Básica de Saúde tem como objetivo ser um dos primeiros contatos da população ao serviço de saúde e deve resolver a maioria dos casos do território e dos usuários que a procuram.

A Unidade Básica de Saúde oferece consultas médicas, de enfermagem e odontológica, atendendo quadros clínicos agudos e crônicos, realiza procedimentos como curativos, nebulização, administração de medicamentos, vacinas e injeções e, além disso, desenvolve atividades externas à UBS, como visitas domiciliares, atividades de educação em saúde no território em escolas, associações de bairro e outros espaços.

Para conciliar os serviços ofertados à demanda programada (consultas, grupos e ações agendadas) e não programada (usuários que buscam consulta, atendimento sem agendamento prévio), oferecendo atenção de qualidade e resolutiva aos usuários que procuram a Unidade, é preciso organizar os trabalhos e as atividades a serem realizadas na(s) agenda(s) da(s) equipe(s) segundo as necessidades dos usuários e suas famílias.

Embora a enfermeira e a equipe responsável pela família de dona Dolores não estejam na Unidade, ela deve ser acolhida para que seja identificado como ocorreu o ferimento e para avaliação das condições clínicas de Pedrinho, com o objetivo de realizar a classificação de risco por uma enfermeira a fim de analisar a necessidade de priorizar a assistência, se há possibilidade de atendimento local ou necessidade de encaminhamento para serviço de urgência e emergência, como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Nesta avaliação, é considerada a possibilidade de atendimento segundo a necessidade, condição clínica do paciente, complexidade e gravidade do caso e a disponibilidade de recursos materiais e tecnológicos, e não apenas a organização de agenda dos profissionais.

Uma vez identificadas as condições clínicas e a gravidade do caso, é estabelecido se há a necessidade de encaminhamento, de higienização e curativo, ou se será necessário passar por consulta médica para procedimento como sutura, entre outros cuidados. Lembrando que a conduta estabelecida deverá ser registrada no prontuário de Pedrinho, para que a equipe responsável por ele possa, por meio do registro, acompanhar sua recuperação e, ainda, verificar a necessidade de orientar a família quanto às medidas para prevenção de acidentes ou se há a necessidade de investigação quanto à presença de incidentes de violência.

Avançando na prática

Classificação de risco na unidade básica de saúde

Descrição da situação-problema

Amanda, 38 anos, trabalha como cozinheira preparando refeições que são comercializadas na lanchonete da família. Outro dia, seu filho a encontrou caída, junto ao fogão, se debatendo, desorientada. Passados alguns minutos, ainda desorientada e pálida, Amanda foi levada à Unidade Básica de Saúde que fica bem próxima do local. Chegando no local, foi encaminhada para uma sala de acolhimento e classificação de risco. Seu filho, preocupado, queria entender se ela seria atendida na UBS ou se teriam de levá-la para outro serviço de saúde.



Lembre-se

A Unidade Básica de Saúde atende demanda espontânea, ou seja, usuários que necessitam de atendimentos mais rápidos, devido a uma condição clínica aguda ou agravamento, com atendimento no mesmo dia ou em poucos dias. Para tal, preconiza-se a realização da classificação de risco, mais conhecida como triagem, que realiza a avaliação que leva em consideração a priorização da atenção, devido à gravidade e/ou sofrimento do usuário, possibilitando cuidado adequado segundo necessidade de cada caso, minimizando riscos devido à espera.

Resolução da situação-problema

A atenção básica, como porta de entrada e ordenadora da rede, deve realizar atendimento à demanda espontânea nas UBS, principalmente nos casos de pacientes crônicos em fase de agudização (por exemplo, um quadro hipertensivo de um paciente hipertenso) e urgências de menor gravidade. E em situações de emergência, a equipe deve ser capaz de identificar os casos graves, prestar os primeiros cuidados, com manobras que assegurem a sobrevivência do paciente, e acionar o serviço de remoção para que ele tenha adequada continuidade do atendimento.

O acolhimento com classificação de risco é uma prerrogativa do Ministério da Saúde, para permitir agilidade no atendimento a partir de um protocolo pré-estabelecido, no qual avalia-se o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, gravidade e não na ordem de chegada. A avaliação tem como objetivo minimizar riscos a usuários em situação de urgência,

priorizando atendimentos na agenda, de maneira a satisfazer as necessidades de todos os usuários e possibilitar equidade no acesso.

A classificação de risco é um procedimento usado para identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento. Os usuários categorizados em situação de emergência (como parada cardiorrespiratória, fraturas expostas, hemorragias muito intensas e infartos) ou em casos de muita urgência devem receber avaliação e tratamento imediato. Por isso, é importante que a equipe esteja preparada e com equipamentos adequados para prestar o atendimento e, se necessário, acionar serviço de remoção. Casos interpretados como não urgentes podem ser agendados para outro dia.

Como exposto, Amanda foi encaminhada para acolhimento e classificação de risco, que é um procedimento adotado para possibilitar a avaliação das condições clínicas, vulnerabilidades e identificação de riscos e agravos de forma a verificar a necessidade de prioridade no atendimento, encaminhamento e/ou remoção para outro ponto de atenção.



Faça você mesmo

Assim como o filho de Amanda, grande parte da população fica em dúvida sobre quais problemas de saúde são atendidos na Unidade Básica de Saúde, o que gera superlotação nos Pronto Atendimentos (UPA). Faça um quadro esclarecendo as atividades oferecidas e em quais condições clínicas a população deve procurar uma Unidade Básica de Saúde.

Faça valer a pena

1. Assinale a alternativa correta:

Quais medidas devem ser adotadas na construção das Unidades Básicas de Saúde para evitar a transmissibilidade de doenças?

1. Limitar ao máximo o fluxo desnecessário de pacientes pela Unidade.
2. Devem ser evitadas grades ou qualquer barreira na recepção.
3. Todos os ambientes devem ter janelas ou ventilação indireta adequada.
 - a) Se a 1 estiver correta.
 - b) Se a 2 estiver correta.
 - c) Se a 3 estiver correta.
 - d) Se a 1 e a 3 estiverem corretas.
 - e) Se todas estiverem corretas.

2. Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

Como devem funcionar as Unidades Básicas de Saúde?

() Devem funcionar de segunda a sexta-feira.

() Como principal porta de entrada aos serviços de saúde.

() Como centro de comunicação e referenciamento a outros pontos de atenção na rede de serviços de saúde.

a) () V, V e V.

b) () V, F e V.

c) () V, V e F.

d) () F, F e V.

e) () V, F e F.

3. Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

Como está organizada a Rede de Atenção em Saúde?

1. Atualmente, está estruturada num sistema piramidal, por níveis hierárquicos de complexidade.

2. Numa conformação horizontal em rede.

3. Numa organização em que os pontos de atenção se diferenciam apenas pelas densidades tecnológicas que dispõem.

a) () V, V e V.

b) () V, F e V.

c) () F, V e F.

d) () F, V e V.

e) () V, F e F.

Seção 3.2

Equipe de saúde da família

Diálogo aberto

Olá, aluno! Nesta seção iremos abordar a composição das equipes de Saúde da Família (eSF) e as atribuições de cada um de seus membros.

Como proposto na situação exposta, Vera, 37 anos, mora com seus dois filhos adolescentes na comunidade de Fonte Santa, onde trabalha em uma Unidade Básica de Saúde como Agente Comunitária de Saúde há quase um ano. Ela já conhecia bastante a área, pois reside no local há mais de vinte anos, e por causa desse trabalho tornou-se bastante conhecida entre os moradores e famílias atendidas na UBS. Outro dia, Vera foi abordada por Sandra, também moradora da comunidade, que soube do processo seletivo para a vaga de ACS e estava interessada em candidatar-se, mas precisava conhecer o que faziam os agentes comunitários. Ela sabia que esses profissionais iam nos domicílios dos pacientes, mas desconhecia a atuação deles junto aos demais profissionais da equipe. Queria saber quais as atribuições e os requisitos necessários para ser ACS.

Para auxiliar Vera a esclarecer as dúvidas de Sandra, iremos conhecer quais profissionais compõem as equipes de Saúde da Família e as atribuições específicas de cada profissional.

Vamos, então, conhecer o cotidiano das eSF e dos profissionais que as compõem?

Não pode faltar

Como vimos na Unidade 1, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui uma importante missão de reorganizar e reordenar a atenção na saúde. Para isso, a ESF é composta por equipe multiprofissional, que tem como objetivo substituir a assistência centrada em procedimentos e consultas por uma atenção ampliada que compreende ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação, com cuidados humanizados ofertados por profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família.

Vamos conhecer agora os profissionais que as compõem, as atribuições de cada um e como ocorre a atuação multi e interdisciplinar entre os profissionais.

Composição das equipes de saúde da família

As eSF são compostas por equipes multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, que podem ser generalistas ou especialistas em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares de saúde bucal (ASB) e/ou técnico de saúde bucal (TSB), podendo incluir outros profissionais em função das necessidades de saúde da população local e da realidade epidemiológica.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) poderão atuar uma ou mais eSF, variando segundo o número de famílias residentes no território. Cada equipe é responsável por, no máximo, 4.000 moradores, sendo a média recomendada de 3.000 moradores, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes.

Um agente comunitário de Saúde (ACS) é responsável por, no máximo, 750 pessoas e cada equipe é composta por quatro a seis agentes comunitários.

As equipes de Saúde Bucal (ESB) podem ser de duas modalidades, na modalidade 1 a equipe é composta de cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal (ASB), com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF com as quais estão vinculados, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes. Já na modalidade 2, além dos profissionais que compõem a modalidade 1, tem-se o técnico de higiene dental.

Atribuições das equipes de Saúde da Família (eSF)

Vimos, na Unidade 1, que é atribuição comum a todos os membros das eSF realizar:

- A identificação de condições de risco e vulnerabilidade no processo de territorialização.
- O cadastramento das famílias e indivíduos residentes no território.
- A busca ativa das doenças que são de notificação compulsória, bem como notificá-las quando detectadas.
- Ações individuais e coletivas para promover a Saúde, o cuidado integral e a prevenção de doenças, seja nas dependências da Unidade de saúde, no domicílio e/ou no território.

- O planejamento, organização e análise das ações por meio de um trabalho conjunto entre os profissionais das equipes estimulando a participação da comunidade, bem como promover ações intersetoriais que visem à melhoria da qualidade de vida das famílias adscritas.



Assimile

Embora a equipe seja composta por profissionais de diferentes formações (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar ou técnico de saúde bucal e enfermagem), com diversidade de saberes e competências técnicas, estes têm a missão de oferecer cuidado integral e, como tal, devem realizar atividades programadas e atenção a demandas espontâneas, trabalhar coletivamente, compartilhando saberes, planejando intervenções e projetos terapêuticos em conjunto para assegurar a efetividade da atenção e assistência em saúde.

Atribuições de cada profissional da equipe de saúde da família

Agente comunitário de saúde (ACS)

Por residir no território e ter vínculos com os moradores e com o local, este profissional conhece e vivencia os problemas existentes nas famílias e naquele espaço, exercendo um papel importante na equipe de Saúde da Família ao favorecer a comunicação entre as famílias adscritas e os profissionais da eSF, facilitando a aproximação e o acesso à UBS.

Dentre suas funções, devem atuar na vigilância em saúde, reconhecendo situações problemáticas, de risco, que comprometem as condições de vida e saúde das famílias, auxiliando a comunidade e articulando junto à equipe de Saúde da Família as transformações necessárias para resolução da problemática detectada. Para tal, devem fazer visitas domiciliares em sua microárea, ou seja, na área sob sua responsabilidade, identificando locais e famílias em situação de vulnerabilidade, coletando e reunindo informações que serão úteis para o diagnóstico epidemiológico e para o planejamento de ações.

Em razão disso, é importante que o ACS conheça o território, seus problemas, bem como suas potencialidades, deve ter facilidade para se comunicar, interagir com a população, ser participativo, ter capacidade de observação e de agir antecipadamente, com respeito, responsabilidade e ética junto às famílias e aos profissionais da equipe.



Exemplificando

Na vigilância em saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve identificar pessoas ou grupos em situação de risco, tais como bebês que nasceram com peso inferior a 2.500kg ou crianças desnutridas, gestantes que não estão sendo acompanhadas no pré-natal. Pessoas com diabetes e hipertensão, com sobrepeso e obesas, fumantes, sedentárias, acamadas, com deficiências, que necessitam de cuidados especiais e apresentam dificuldades de acesso a serviços de saúde.

O agente é responsável pelo cadastramento de toda a população e por manter o cadastro sempre atualizado e completo.

Deve orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde, encaminhando-as à unidade quando identificada a necessidade e a presença de vulnerabilidade. As orientações dadas às famílias devem seguir instruções fornecidas pela equipe de Saúde da Família.

Recomenda-se que esteja em contato permanente com as famílias adscritas, acompanhando as pessoas com problemas de saúde, famílias com vulnerabilidade social incluídas no Programa Bolsa Família, realizando ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem

Os auxiliares de enfermagem, além de participarem das atividades de educação em saúde, devem realizar os procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS, conforme legislação do COREN, tais como: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; ministrar medicamentos, aplicar e conservar vacinas e fazer curativos; coletar material para exames laboratoriais; executar atividades de desinfecção e esterilização; realizar controle hídrico; realizar testes para subsídio de diagnóstico; instrumentar; efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis; prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; aplicar oxigenoterapia e nebulização. Os cuidados devem ser realizados na Unidade Básica de Saúde ou, quando necessário e pactuado com a equipe de Saúde da Família, no domicílio e na comunidade, de acordo com a orientação e avaliação médica.

Segundo manual técnico de rotinas de enfermagem nas unidades básicas de saúde, os técnicos de enfermagem devem participar da programação da assistência de enfermagem; executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro, participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar.

Esses profissionais devem desenvolver ações que facilitem a integração entre a eSF e a comunidade, considerando as características e os objetivos dos cuidados neste nível de atenção; auxiliar nas atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde na área adstrita da Unidade Básica de Saúde; desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, com estímulo à participação comunitária, e desenvolver ações de prevenção e monitoramento das situações de risco para a saúde da população, conforme plano de ação da equipe; desenvolver ações de recuperação e reabilitação da saúde da população, conforme planejamento da equipe de saúde.

Auxiliar e técnico de saúde bucal

O Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), em alguns locais denominado auxiliar de consultório dentário, deve efetuar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, fazer o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal juntamente com os demais membros da eSF, aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; processar filme radiográfico; selecionar moldeiras e preparar modelos em gesso; manipular materiais de uso odontológico; supervisionado pelo cirurgião-dentista ou técnico, efetuar procedimentos educativos e preventivos individuais e/ ou em grupos, como evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação, uso de fio dental; agendar o paciente e orientá-lo quanto ao retorno e à preservação do tratamento; acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de Saúde da Família no tocante à saúde bucal.

Os Técnicos de Saúde Bucal (TSB), também denominados Técnicos de Higiene Dental (THD), supervisionados pelo cirurgião-dentista, devem efetuar procedimentos preventivos, individuais ou coletivos, nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento, bochechos com flúor, entre outros; efetuar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal, apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Cirurgião-dentista

Estes profissionais devem efetuar levantamento epidemiológico para obter o perfil de saúde bucal da população sob sua responsabilidade; efetuar os procedimentos clínicos e o tratamento integral da população adstrita; efetuar

atendimento de primeiros cuidados nas urgências, e em situações mais complexas, encaminhar os usuários a outros pontos de assistência com as devidas orientações e garantindo seu acompanhamento; efetuar pequenas cirurgias ambulatoriais; prescrever medicamentos e orientações nos cuidados; emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência; executar as ações de assistência integral, seja na atenção individual ou coletiva, de acordo com o planejamento pactuado pela equipe, coordenar ações coletivas focadas na promoção e prevenção em saúde bucal; programar e supervisionar ações coletivas; capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal; supervisionar o trabalho desenvolvido pelo TSB ou ASB, programar e supervisionar o fornecimento de insumos para ações coletivas.

Os profissionais que realizam o cuidado em saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal) devem atuar atendendo às demandas da população e realizando ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através de medidas de caráter coletivo no território sob sua responsabilidade.

Enfermeiro

Os enfermeiros devem efetuar na consulta de enfermagem procedimentos, atividades em grupo, planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar e efetuar atividades de educação permanente com a equipe de enfermagem e seus outros membros; auxiliar no acompanhamento do trabalho do agente comunitário; acompanhar o cadastramento e atualização dos dados das famílias adstritas realizado pelo agente comunitário; supervisionar e coordenar ações de capacitação dos ACS, Auxiliares e Técnicos de enfermagem; participar das reuniões semanais/diárias da equipe); acompanhar os boletins de produção referentes ao trabalho do Auxiliar de Enfermagem e do Agente Comunitário de Saúde; participar da análise da produção da equipe e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento adequado da UBS.

Médico

Os médicos devem efetuar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.); encaminhamento de usuários a outros pontos de atenção, conforme fluxos locais, e indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; contribuir, efetuar e participar da educação permanente de todos os membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.



Pesquise mais

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Coordenação de atenção básica**: normas rotinas e procedimentos. 2. ed. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. (Manuais de enfermagem). Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/ManualTecnico.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**: a saúde bucal faz parte da saúde da família Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

Trabalho em equipe

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é de vital importância para assegurar a integralidade nos cuidados e nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, porém ainda é um desafio para muitos profissionais, pois o trabalho em equipe envolve a interação, o respeito à diversidade de saberes, a necessidade de troca de conhecimentos e o compartilhamento da responsabilização de todos os integrantes da equipe pela atenção e cuidados às famílias adscritas.



Reflita

Conhecemos as funções e atribuições de cada membro da equipe de Saúde da Família, vimos que além de práticas e procedimentos curativos há ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e planejamento de ações coletivas desenvolvidas em conjunto, segundo o diagnóstico das necessidades de saúde identificadas no território. Reflita sobre como efetuar ações coletivas e compartilhadas entre os membros que compõem a eSF.

Sem medo de errar

Como vimos na situação exposta, Vera, 37 anos, mora com seus dois filhos adolescentes na comunidade de Fonte Santa e trabalha na Unidade Básica de Saúde da localidade como Agente Comunitária de Saúde (ACS) há quase um ano.

Ela já conhecia bastante a área, pois reside no local há mais de vinte anos, e por causa deste trabalho tornou-se bastante conhecida entre os moradores e famílias atendidas na UBS. Outro dia, Vera foi abordada por Sandra, também moradora da comunidade, que soube do processo seletivo para a vaga de ACS e estava interessada em candidatar-se, mas precisava conhecer o que faziam os agentes comunitários. Ela sabia que iam nos domicílios de usuários dos sistemas de saúde, mas desconhecia a atuação deles junto aos demais profissionais da equipe. Queria saber quais as atribuições e os requisitos necessários para ser ACS.



Atenção

Fique atento quanto às atribuições específicas do Agente Comunitário da Saúde (ACS) e aos pré-requisitos para contratação de um ACS.

Vimos que o Agente Comunitário de Saúde exerce um papel de extrema importância em uma equipe de Saúde da Família (eSF) por conhecer e vivenciar a realidade e as problemáticas existentes em sua comunidade, podendo auxiliar a equipe no mapeamento e identificação das vulnerabilidades das famílias presentes no território. E, por ser morador, o agente tem maior vínculo com os indivíduos e famílias adscritas, favorecendo a aproximação entre a comunidade, a eSF e a Unidade Básica de Saúde.

Além das atribuições comuns aos demais membros da eSF, os ACS devem:

- Realizar ações que integrem a eSF e a população adscrita à UBS, considerando suas peculiaridades, suas necessidades em saúde e o trabalho de acompanhamento de indivíduos e coletividade.
- Estar permanentemente em contato com as famílias realizando ações educativas, objetivando a promoção da saúde e prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe.
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea, mantendo os cadastros atualizados.
- Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.
- Realizar atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde através das visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.
- Manter a eSF informada, principalmente sobre as famílias ou grupos em situação de risco.

- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

Os requisitos para ser um ACS são: ser morador do território há mais de dois anos, ter idade superior a 18 anos, ser alfabetizado (saber ler e escrever), ter disponibilidade para trabalhar oito horas por dia. Vera deve ainda reforçar que é muito importante que Sandra conheça o território, suas problemáticas e potencialidades, que ela deve ser proativa, ter boa comunicação, gostar de contato com as pessoas, ser observadora e agir sempre com respeito, responsabilidade e ética junto às famílias e aos profissionais da equipe.

Como integrantes da eSF, os ACS devem participar das reuniões da equipe, de capacitações e da educação permanente, para auxiliarem a equipe no planejamento de ações e plano de cuidados às famílias, que é de fundamental importância.

Avançando na prática

O desafio do trabalho em equipe

Descrição da situação-problema

O gestor de uma Unidade Básica de Saúde observava que as ações desenvolvidas em sua UBS, apesar de contar com equipes de Saúde da Família, eram desenvolvidas segundo a lógica do modelo tradicional de um ambulatório de especialidades, onde os profissionais desenvolviam suas ações sem interação e troca de saberes, de forma que não havia planejamento e desenvolvimento de ações conjuntas entre os profissionais das diferentes áreas. Nas reuniões, os profissionais de Saúde Bucal apresentavam as ações que iriam desenvolver e os demais profissionais apresentavam as suas, como se fossem equipes distintas. Para solucionar o problema, o gestor organizou uma reunião na qual propôs que os membros da equipe de Saúde da Família discutissem o que era um trabalho interdisciplinar e sua importância para a Estratégia da Saúde da Família. Imagine que você faça parte dessa equipe, como você contribuiria na resolução desta problemática?



Lembre-se

É atribuição comum de todos os membros da equipe de Saúde da Família:

Desenvolver ações individuais e coletivas para promover a saúde, o cuidado integral e a prevenção de doenças, seja nas dependências da Unidade de saúde, no domicílio e/ou no território. Efetuar o planejamento e a organização das ações por meio de um trabalho conjunto entre os profissionais da equipe, estimulando a participação da comunidade, bem como promover ações intersetoriais que assegurem a melhoria da qualidade de vida das famílias adscritas.

Resolução da situação-problema

O modelo adotado pela estratégia de Saúde da Família pressupõe um cuidado integral e, para tal, não basta ter uma equipe multiprofissional que realize ações justapostas, é preciso que a equipe trabalhe em conjunto e não de forma fragmentada, mas com um trabalho interdisciplinar, ou seja, que o processo de trabalho dos membros da equipe envolva a reflexão, o diálogo, a integração dos diferentes membros que a compõem, e a incorporação de seus diferentes saberes na busca de resolução dos problemas de saúde.

Para auxiliar as equipes no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, deve-se possibilitar e estimular a participação e o envolvimento de todos os componentes da equipe por meio de reflexões e discussões entre todos os integrantes, respeitando a diversidade de culturas, de vivências, de práticas e de competências profissionais. Neste processo, deve ser estimulada a cooperação, a troca e a articulação dos saberes no enfrentamento das vulnerabilidades presentes na comunidade, para melhorar a qualidade e efetividade dos cuidados oferecidos às famílias adscritas.



Faça você mesmo

Agora que você conheceu a importância do trabalho em equipe, reflita sobre as atribuições de cada membro que a compõe e faça uma síntese sobre as contribuições de cada profissional para promover a saúde, prevenir doenças e oferecer cuidados de qualidade às famílias sob sua responsabilidade.

Faça valer a pena

1. Quais as atribuições dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família? Assinale a alternativa correta:

1. As visitas domiciliares são atribuições específicas e exclusiva dos Agentes Comunitários.
 2. Desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doença são atribuições específicas dos ACS.
 3. O cadastramento das famílias e indivíduos residentes no território é atribuição específica e exclusiva dos Agentes Comunitários.
- a) Se a 1 estiver correta.
 - b) Se a 2 estiver correta.
 - c) Se a 3 estiver correta.
 - d) Se a 1 e a 3 estiverem corretas.
 - e) Se todas estiverem corretas.

2. Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

Quais são as atribuições comuns às equipes de Saúde da Família?

() A identificação de situações de risco e vulnerabilidade no processo de territorialização.

() A busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, bem como notificá-los quando detectados.

() Encaminhar os usuários a outros ponto de assistência.

a) () V, V e V.

b) () V, F e V.

c) () V, V e F.

d) () F, F e V.

e) () V, F e F.

3. Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

Como são compostas as equipes de saúde da família?

1. As equipes de Saúde da Família são multiprofissionais.

2. Os médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que podem ser generalistas ou especialistas em Saúde da Família.

3. Por profissionais moradores da comunidade.

a) () V, V e V.

b) () V, F e V.

c) () F, V e F.

d) () V, V e V.

e) () V, F e F.

Seção 3.3

Núcleo de apoio à saúde da família

Diálogo aberto

Olá, aluno! Nesta seção, iremos abordar os objetivos e atribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os profissionais que o compõem e sua atuação junto às equipes de Saúde da Família (eSF).

Como proposto na situação exposta, Vera, de 37 anos, mora com seus dois filhos adolescentes na comunidade de Fonte Santa, onde trabalha em uma Unidade Básica de Saúde, como Agente Comunitária de Saúde, há quase um ano. Ela já conhecia bastante a área, pois reside no local há mais de vinte anos, mas, com esse trabalho, tornou-se bastante conhecida entre os moradores e famílias atendidas na UBS. Outro dia, Vera foi visitar Valdir, de 18 anos, morador de sua microárea, que apresenta deficiência física e é cadeirante. Ela ficou sabendo que o pai desse rapaz, responsável por seus cuidados e por acompanhá-lo no serviço de reabilitação, foi hospitalizado. Preocupada com as condições de saúde de Valdir, relatou a situação para Marta, enfermeira de sua equipe, que propôs a discussão do caso com apoio do NASF e visita domiciliar com a equipe. Devido ao pouco tempo de implantação do NASF na Unidade, Vera ficou com dúvidas: "Como os profissionais do NASF poderiam auxiliar a eSF a propiciar melhores cuidados para prevenir complicações na saúde de Valdir?"

Para esclarecer as dúvidas de Vera, iremos abordar os profissionais que compõem NASF, o processo e as ferramentas de trabalho utilizadas no cotidiano junto às equipes de Saúde da Família.

Vamos conhecer a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto às eSF(s)?

Não pode faltar

Como vimos anteriormente, as equipes de Saúde da Família (eSF) têm uma importante e desafiadora missão, a de melhorar e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, proporcionando uma atenção integral, com cuidados

humanizados e qualificados à população adscrita. Porém, devido à complexidade de necessidades presentes nos territórios, as dificuldades em superar a fragmentação da assistência na rede de atenção à saúde e, em oferecer cuidados acolhedores e resolutivos, foi criado, pelo Ministério da Saúde, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família compõe a Atenção Básica e, portanto, seus profissionais devem seguir seus princípios e diretrizes, como a territorialização, a integralidade, o trabalho em equipe multiprofissional, a participação social, a educação permanente, intersetorialidade e a humanização nos cuidados.

Objetivo e atribuições do NASF

O NASF tem como principal objetivo aumentar a resolutividade e a qualidade dos cuidados ofertados pela Atenção Básica. Para isso, deve dar suporte às equipes de Saúde da Família e à equipe de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes fluviais e ribeirinhas), compartilhando práticas e ampliando a modalidade de ações oferecidas, tanto individuais como em grupos, conforme as necessidades de saúde identificadas no território. Deve, ainda, aprimorar a gestão da saúde na eSF, superando fragmentação na atenção e favorecendo a construção de cuidados em rede, constituindo-se em apoio às equipes de eSF.

Dentre as atribuições do NASF, temos:

- Identificar as necessidades em saúde, as atividades, ações e práticas a serem adotadas.
- Identificar ações e o público-alvo das mesmas.
- Proporcionar o acolhimento e favorecer os cuidados humanizados aos usuários.
- Desenvolver ações intersetoriais, articulando o setor de saúde a outros setores, como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer etc.
- Promover a participação dos usuários nas decisões nos conselhos locais e municipais.
- Elaborar estratégias de divulgação e sensibilização das atividades, como material educativo e informativo em sua área de atuação.
- Desenvolver e implementar ações juntamente com as eSF e os Conselhos de Saúde.
- Elaborar indicadores que avaliem o impacto das ações e intervenções realizadas sobre a situação de saúde no território.

- Elaborar conjuntamente eSF/NASF, projetos terapêuticos individuais, realizando ações multiprofissionais com corresponsabilidade.
- Fortalecer a comunicação com outros pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- Organizar a agenda de trabalho que privilegie as atividades pedagógicas e assistenciais, com reuniões frequentes e espaços coletivos para discussões de casos e de processos de trabalho junto às eSF, com flexibilidade na agenda para dar suporte à equipe em situações imprevistas.
- Participar e promover educação permanente junto às eSF.
- Qualificar os encaminhamentos relativos ao seu núcleo de saber, tanto os recebidos das eSF(s), quanto os realizados por outros pontos ou serviços da RAS.
- Promover ações interdisciplinares com foco na promoção, prevenção e reabilitação.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família deve apoiar os cuidados em saúde a todas as famílias e usuários residentes no território adstrito, independente do ciclo de vida e, para isso, tem como foco a atenção ao usuário, a equipe de Saúde da Família e a equipe de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes fluviais e ribeirinhas).



Assimile

O NASF é composto por profissionais de diferentes profissões, que atuam oferecendo suporte especializado às equipes de Saúde da Família para qualificar e ampliar a oferta de cuidados, porém sua atuação é bem diferente daquela em ambulatório de especialidades, pois esses profissionais recebem a demanda através de discussão conjunta com as equipes vinculadas e não por encaminhamentos. Realizam atendimentos e atividades compartilhadas com as eSF, visitas domiciliares, grupos terapêuticos e educativos, mas nem sempre com toda a equipe e nem no mesmo local.

Composição do NASF

Os NASFs são equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes profissões e especialidades, tais como: assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico, nutricionistas, terapeuta ocupacional, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico homeopata, psiquiatra, geriatra, acupunturista, ginecologista/obstetra, veterinário e profissional de arte e educação (arte educador).

A composição dos profissionais que irão participar do NASF é determinada pelo gestor municipal, segundo o perfil demográfico, epidemiológico e as necessidades em saúde mais frequentes no município, bem como a disponibilidade de profissionais de cada ocupação na rede existente ou de referência em sua região de saúde.

Em razão de a equipe ser multiprofissional, cada profissional deve interagir e contribuir com saberes e técnicas específicas de sua profissão, integrando e complementando os conhecimentos das equipes de Saúde da Família referenciadas e, para isso, deve dar prioridade a atendimentos compartilhados entre os profissionais do NASF e os da eSF, para possibilitar a troca de saberes, a capacitação e a corresponsabilização entre os profissionais. Os atendimentos individuais pela equipe NASF deve ocorrer apenas em situações de extrema necessidade.

Segundo a Portaria nº 3.124/2012, a composição do NASF pode ser classificada em:

Quadro 3.1| Modalidades do núcleo de apoio à saúde da família

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (equipe consultório de rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo de 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (equipe consultório de rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo de 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (equipe consultório de rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo de 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: adaptado de Brasil (2014, p.16).

A modalidade do NASF dependerá do porte do município e, como exposto no quadro acima, terá maior ou menor número de equipes de referência (equipes de Saúde da Família e/ou de Atenção Básica para populações específicas) vinculadas.



Refleta

As equipes NASF podem ser compostas por diferentes profissionais conforme as necessidades locais e a efetividade da contribuição desses profissionais. As eSF dependem do processo de trabalho adotado. Mas, como interagir, integrar os saberes na prática cotidiana das equipes e nos cuidados dos usuários e famílias no território?

Processo de trabalho do NASF

As equipes NASF estruturam seu processo de trabalho numa lógica diferente da desenvolvida em ambulatorios de especialidades, nas quais a partir de encaminhamentos, cada profissional se responsabiliza pelo seu paciente, com atendimentos individuais. No NASF, embora seus profissionais sejam especializados, seus saberes devem dar apoio às equipes referenciadas por meio do **matriciamento** para melhoria na qualidade da atenção, assegurando a integralidade nos cuidados.



Vocabulário

Matriciamento - estratégia de organização do trabalho em saúde, utilizada para promover o diálogo entre as equipes de saúde, entre os diferentes serviços da rede de atenção à saúde, com objetivo de aumentar a resolutividade das equipes de Atenção Básica.

Através do matriciamento ocorre a integração entre as equipes de referência (equipes de Saúde da Família) que possuem perfil generalista, responsáveis e envolvidas na atenção à saúde e aos problemas presentes no território, com equipes compostas por profissionais do NASF que possuem outros saberes, conhecimentos complementares e específicos de sua profissão.

A partir de encontros multiprofissionais, reuniões com equipes são analisadas e são discutidas as necessidades em saúde no território, as equipes referenciadas apresentam as dificuldades encontradas na atuação no território, os casos mais complexos que necessitam de apoio da equipe NASF e, após análise conjunta com troca de saberes e práticas entre todos os profissionais eSF/NASF, são planejadas ações conjuntas no território, ações intersetoriais, e são elaboradas e pactuadas ações a serem implementadas.



Exemplificando

Em uma UBS que apresente grande número de usuários com diabetes num modelo tradicional de assistência, seriam realizados encaminhamentos para os profissionais nutricionista, educador físico para cada profissional elaborar um plano de cuidados específicos, enquanto, no modelo adotado pelo NASF seria discutido o tema Diabetes Mellitus com toda equipe eSF/NASF (nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, dentre outros) com propostas de atuação da equipe de referência (eSF), propostas e planos de ações conjuntas individuais entre eSF/NASF, como atendimentos compartilhados, ações coletivas no território de educação em saúde, com oficinas, grupos e pactuados acompanhamento de casos complexos, com apoio da equipe NASF.

Ferramentas de trabalho

Para auxiliar na organização do trabalho do NASF, são adotadas ferramentas, como: Apoio matricial, Clínica Ampliada, Projeto de Saúde no Território, Projeto Terapêutico Singular. Vamos compreender o que são e como são utilizadas?

- **Apoio matricial** – Estratégia metodológica que introduz a dimensão pedagógica no suporte e gerenciamento do trabalho, permitindo a integração, troca de saberes e práticas entre a equipe referenciada e a equipe de apoio NASF. Com esse modo de estruturar o trabalho há o apoio assistencial, clínico e técnico pedagógico, educativo para e com as eSF, possibilitando melhorar a capacidade das equipes no cuidado aos usuários, considerando questões de saúde mental, nutrição, de reabilitação, etc.

- **Clínica ampliada** - Método que permite ampliar as discussões clínicas, com foco na doença, focaliza a atenção da equipe para além das questões clínicas das doenças, com olhar ao indivíduo que está doente, suas necessidades, limitações e potencialidades e como a equipe com seus múltiplos e integrados saberes pode organizar e elaborar o plano de cuidados, levando em consideração a necessidade do indivíduo, se corresponsabilizar pelos cuidados e saúde e, ainda, os profissionais devem articular apoio com outros setores (Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), escolas, Academia de Saúde, entre outros.

- **Projeto de saúde no território** - Para a construção coletiva de ações que promovam a saúde no território, é preciso identificar as necessidades locais, os serviços existentes, refletir e articular com outros setores (educação, lazer e turismo, entre outros), ou seja, ação intersetorial, estimulando a participação da comunidade, presença de liderança local, na discussão e no planejamento conjunto das ações.

- **Projeto terapêutico singular** – É utilizado para casos complexos, através de discussões coletivas entre profissionais das equipes com apoio matricial para elaboração das condutas terapêuticas.



Pesquise mais

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica**: diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. n. 27. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2016.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Núcleo de apoio à saúde da família-volume 1**: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. n. 39. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

Atividades realizadas pelo NASF

Os profissionais que atuam no NASF realizam discussões de casos, atendimento compartilhado com profissionais das equipes referenciadas, atendimentos individuais, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, visitas domiciliares, ações intersetoriais, discussão do processo de trabalho das equipes, educação permanente e intervenções no território (em outros espaços da comunidade, como: escolas, creches, organizações sociais, entre outros).

Essas atividades podem ser organizadas por áreas estratégicas especificadas, como: Saúde da Criança e Adolescente, Saúde da Mulher; Saúde Mental; Serviço Social; Assistência Farmacêutica; Atividade Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição.

Sem medo de errar

Como vimos na situação exposta, Vera, de 37 anos, mora com seus dois filhos adolescentes na comunidade de Fonte Santa e trabalha na Unidade Básica de Saúde da localidade como Agente Comunitária de Saúde (ACS) há quase um ano. Ela já conhecia bastante a área, pois reside no local há mais de vinte anos, mas, com este trabalho, tornou-se bastante conhecida entre os moradores e famílias atendidas na UBS. Outro dia, Vera foi visitar Valdir, de 18 anos, morador de sua microárea, que apresenta deficiência física e saúde frágil. Ela ficou sabendo que o pai desse rapaz, responsável por seus cuidados e por acompanhá-lo no serviço de

reabilitação, foi hospitalizado. Preocupada com as condições de saúde de Valdir, relatou a situação para Marta, enfermeira de sua equipe, que propôs a discussão do caso com apoio do NASF e visita domiciliar com a equipe. Devido ao pouco tempo de implantação do NASF na unidade, Vera ficou com dúvidas: Como os profissionais do NASF poderiam auxiliar a eSF a propiciar melhores cuidados e prevenir complicações na saúde de Valdir?



Atenção

Fique atento ao processo e às ferramentas utilizadas pelo NASF que poderão ser úteis no caso apresentado por Vera.

Vimos que os profissionais do NASF devem dar apoio às equipes de referência, utilizando como estratégia o matriciamento. Para tal, o caso de Valdir deve ser apresentado na reunião da equipe eSF/NASF pela equipe de referência (eSF) aos apoiadores do NASF e, juntos, deverão refletir sobre as condições de saúde, definir quem poderá auxiliar nos cuidados, uma vez que este é dependente nos cuidados de higiene e nas transferências (cama, cadeira), identificar se tem algum familiar ou amigo que poderá ser orientado. Deverá ser revisto o plano de cuidados e discutido o profissional da equipe apoiadora que poderá acompanhar a visita. Caso tenha na equipe um fisioterapeuta, é interessante que este profissional possa acompanhar a visita domiciliar compartilhada.

Nessa visita, deverá ser observado se a condição de saúde do pai abalou o estado psicológico do paciente para posterior discussão com a equipe NASF.

Vera, a ACS da equipe que acompanha o caso, deverá comunicar a Valdir sobre a visita domiciliar compartilhada e sobre a necessidade da presença do familiar ou da pessoa que ficará temporariamente responsável pelos cuidados. Após a visita domiciliar, deve ser realizado novo encontro para discussão e planejamento conjunto do projeto terapêutico singular de Valdir, quando serão discutidas as condutas adotadas, os profissionais que ficarão responsáveis pelo caso, a frequência de acompanhamento e, inclusive, verificar a necessidade de acompanhamento do caso pela Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD), caso o município disponha do serviço.

Compete à equipe de referência e ao NASF acompanhar o estado de saúde do pai de Valdir, mesmo que esteja em outro ponto de atenção na rede de serviços, de forma a garantir a saúde da família.

Avançando na prática

O trabalho no NASF

Descrição da situação-problema

Maria Rita é nutricionista do NASF há 8 meses. Em sua admissão, participou de uma oficina de capacitação e, periodicamente, participa da educação permanente e das reuniões junto à coordenação das equipes NASF no Município. Ela relata que seu trabalho é gratificante, mas, ao mesmo tempo, bem desafiador, pois embora esteja capacitada, ainda encontra dificuldade em conciliar sua agenda com as atividades programadas junto às sete equipes vinculadas às três Unidades Básicas de Saúde, nas quais é apoiadora. Na última reunião de equipe NASF, questionou como poderia organizar sua agenda, para que pudesse atender satisfatoriamente às atividades a serem desenvolvidas com todas as equipes referenciadas.



Lembre-se

O NASF é uma equipe cujos profissionais devem atuar como apoiadores das equipes referenciadas, a partir de discussões e pactuações e, para isso, devem organizar sua agenda, contando com as atividades programadas e as não previstas junto às equipes.

Resolução da situação-problema

O modelo de matriciamento adotado pelo NASF na organização de seu processo de trabalho pressupõe que a organização da agenda do apoiador matricial esteja compatível com as atividades das equipes referenciadas. Para isso, recomenda-se que tenha horários reservados para reuniões de equipe NASF, atendimento individual compartilhado (com outros profissionais) e individual específico, visita domiciliar compartilhada, atividade coletiva compartilhada e atividade coletiva específica (grupos, oficinas).

Preconiza-se que os profissionais que referenciam de 5 a 9 equipes, ou seja, modalidade NASF 1, como é o caso de Maria Rita, tenha reservado um horário de reunião de equipe NASF (de 02 a 04 horas por semana), uma reunião de matriciamento por equipe referenciada por mês, (com duração mínima de 02 horas), turnos para atividades compartilhadas coletivas e individuais (dois a três) e turnos para ações específicas do profissional do NASF (individuais ou coletivas): conforme disponibilidade de agenda. E, considerando que os profissionais devem ter disponibilidade para atividades não previstas, deve-se disponibilizar e-mail ou telefone de contato para orientação ou apoio em caso de necessidade da equipe.



Faça você mesmo

Agora que você conheceu como organizar a agenda de profissionais de equipe NASF1, pesquise como as equipes NASF 2 e 3 podem organizar suas agendas, no link a seguir: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

Faça valer a pena

1. Quais as atribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família?

Assinale a alternativa correta:

1. Fortalecer a comunicação com outros pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS).
2. Elaborar indicadores que avaliem o impacto das ações e intervenções realizadas sobre a situação de saúde no território.
3. Cadastramento das famílias e indivíduos residentes no território.
 - a) Se a 1 estiver correta.
 - b) Se a 2 estiver correta.
 - c) Se a 3 estiver correta.
 - d) Se a 1 e a 2 estiverem corretas.
 - e) Se todas estiverem corretas.

2. Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

Como pode ser composto o NASF?

- () O NASF deve ser composto por profissionais de diferentes profissões e/ou especialidades.
- () Pode ser composto por médico acupunturista, médico veterinário e profissional de arte e educação (arte educador).
- () Pode ser composto por enfermeiro, educador físico e farmacêutico.
- a) () V, V e V.
 - b) () V, F e V.
 - c) () V, V e F.

d) () F, F e V.

e) () V, F e F.

3. Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

Quais os objetivos do Núcleo de apoio à Saúde da Família?

1. Aumentar a resolutividade e a qualidade dos cuidados ofertados pela Atenção Básica.

2. Dar apoio às equipes de referência.

3. Aprimorar a gestão na eSF.

a) () V, V e V.

b) () V, F e V.

c) () F, V e F.

d) () V, V e V.

e) () V, F e F.

Seção 3.4

Introdução dos processos de trabalho em saúde da família

Diálogo aberto

Olá, aluno! Nesta seção, iremos abordar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família na vigilância e monitoramento da Saúde das famílias no território e como atuam junto às redes de atenção à saúde.

Como proposto na situação exposta, Vera, de 37 anos, mora com seus dois filhos adolescentes na comunidade de Fonte Santa, onde trabalha em uma Unidade Básica de Saúde como Agente Comunitária de Saúde há quase um ano. Ela já conhecia bastante a área, pois reside no local há mais de vinte anos, mas, com este trabalho, tornou-se bastante conhecida entre os moradores e famílias atendidas na UBS. Na última reunião de equipe de Saúde da Família, foi discutido o surgimento de três novos casos de tuberculose na microárea e a necessidade de intensificar a busca ativa de sintomáticos respiratórios e de acompanhamento dos casos confirmados, em tratamento. Para tal, foi proposto que os profissionais organizassem seu processo de trabalho a fim de melhorar a efetividade no controle da doença. Os profissionais da equipe solicitaram aos apoiadores NASF que articulassem uma capacitação com a equipe de educação permanente sobre o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Samanta, ACS recém-chegada à equipe, ficou com dúvida e perguntou para Vera: Como poderemos nos organizar para realizar a busca ativa e o monitoramento da saúde dos pacientes com tuberculose?

Para auxiliar Vera a esclarecer as dúvidas de Samanta, iremos conhecer como é realizada a vigilância em saúde, com a busca ativa de doentes e de casos novos de doenças de notificação compulsória a notificação de casos, o monitoramento dos casos, com a assistência e acompanhamento dos doentes na Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Vamos conhecer a atuação da Atenção Básica, ou seja, das eSF (s) e NASF na vigilância em saúde, no monitoramento dos casos e no seguimento longitudinal da assistência em diferentes pontos da rede de atenção à saúde?

Não pode faltar

Nesta seção, vamos abordar como as equipes de Saúde da Família organizam seu processo de trabalho para realizar a vigilância em saúde no território, o monitoramento da saúde das famílias, a busca ativa de sintomáticos e, ainda, como os profissionais realizam a articulação dos cuidados na rede de atenção à saúde.

Vimos na Unidade 1 que é atribuição das equipes de Saúde da Família realizar o mapeamento e territorialização da área vinculada à equipe, identificando riscos, famílias e grupos vulneráveis, o cadastro das famílias, mantendo atualizado o sistema de informação, utilizando-o para o diagnóstico da situação de saúde, elegendo situações que devam ser monitoradas no planejamento local e, ainda, realizando a busca ativa de casos de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local. As eSF (s) são responsáveis pela coordenação do cuidado da população adscrita, mesmo em outros pontos de atenção do sistema de saúde, servindo de referência e contra referência a outros pontos de atenção, articulando o cuidado na rede de atenção à saúde (RAS).

Agora, vamos entender como as eSF organizam seu processo de trabalho para realizar essas atribuições em seu dia a dia.

Equipes de saúde da família e a vigilância em saúde

A vigilância em saúde é responsável por ações de vigilância, prevenção e controle de agravos e está envolvida, principalmente, com ações de promoção à saúde, monitoramento epidemiológico de doenças transmissíveis e não transmissíveis, de atividades sanitárias programáticas, de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador, elaboração e análise de perfis demográficos epidemiológicos e, ainda, com a proposição de medidas de controle de doenças e agravos.

Frente às mudanças demográficas, comportamentais, sociais e ambientais, intensificada pela globalização que tem promovido maior circulação das pessoas e mercadorias entre os países, e também de doenças entre países e continentes, há uma necessidade de os países terem organizado seus sistemas de vigilância em saúde com fluxograma de trabalhos, protocolos e diretrizes para monitoramento das doenças, principalmente as transmissíveis.



Refleta

Como os profissionais das equipes de Saúde da Família podem realizar a vigilância em Saúde no dia a dia? Você conhece alguma ação de vigilância em Saúde desenvolvida pela eSF?

A Vigilância está presente em todas as instâncias: federal, estadual, municipal e regional, mas a base de todas as informações que ocorrem no nível local é a microárea. As informações obtidas na Atenção Básica são armazenadas, processadas e utilizadas para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática nas diferentes áreas, tais como: vigilância epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e sanitária.

As informações coletadas, especialmente as relacionadas à morbidade, mortalidade, ao estado imunitário e nutricional da população, à situação socioeconômica e ao saneamento ambiental, são de extrema importância para o planejamento das ações junto às Unidades Básicas de Saúde.

Atuação das equipes de saúde da família na vigilância em saúde

A vigilância em saúde deve estar incorporada na prática cotidiana das equipes de saúde da família que levantam os dados na sua área de atuação por meio de visitas domiciliares às famílias adscritas, na busca ativa de casos novos e na convocação de usuários faltosos, ou ainda na vigilância passiva, com registro de casos suspeitos e confirmados atendidos na unidade. Outra importante atuação das eSF é a notificação de doenças e agravos que servirá para construção de indicadores locais de saúde e que orientarão o desenvolvimento das ações que promovam melhores condições de saúde e vida na comunidade. A notificação inclui casos suspeitos e confirmados, além disso, também compete às equipes de Saúde da Família a elaboração de relatórios e acompanhamentos de casos presentes na Unidade Básica de Saúde.

As equipes de Saúde da Família devem alimentar e analisar os dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas de informação, fornecendo subsídios para o planejamento, a programação e a avaliação de ações programadas e de demandas espontâneas.

Dessa forma, é importante termos consciência de que um mesmo caso, como o de tuberculose, identificado e notificado pela equipe de Saúde da Família, irá desencadear informações e ações, contribuindo para a elaboração de indicadores para os serviços de vigilância em saúde, e ações programáticas do Ministério da Saúde e, ao mesmo tempo, a nível local, o estabelecimento de medidas de prevenção e promoção de saúde no território, de assistência e acompanhamento das condições de saúde desse paciente e de sua família, com articulação e acompanhamento do plano de cuidados na Rede de Atenção à Saúde.

É de responsabilidade das eSF desenvolver ações educativas que estimulem a comunidade a adotar medidas de proteção para a prevenção de doenças/agravos, a nível individual e ambiental, como medidas para o controle de vetores e outras ações de proteção coletiva.



Assimile

As equipes de Saúde da Família devem incorporar ações de vigilância em saúde e assistência em suas práticas diárias. Os profissionais devem planejar a busca ativa de casos novos, realizar o registro e a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, devem realizar ações de vigilância no território, identificando condições que favoreçam o surgimento de doenças, fontes e criadouros de vetores, ações educativas para proteção individual e ambiental, desenvolvendo ações programáticas para doenças imunopreveníveis, ações de promoção de saúde intersetorial, de prevenção das doenças transmissíveis e não transmissíveis. É fundamental que seja realizado o diagnóstico com a respectiva notificação; acompanhamento dos casos e aplicação de medidas efetivas para o controle de surtos e epidemias, melhorando as condições de saúde no território.

As equipes devem investigar a incidência de doenças que possam estar relacionadas à qualidade da água, do ar e com a presença de resíduos tóxicos industriais.

Na vigilância em Saúde, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate de Endemias são de vital importância, pois são um elo entre a comunidade e as equipes de saúde.



Vocabulário

Agente de Combate de Endemias (ACE) - É um profissional de nível médio, que realiza vistoria de residências, inspeção de caixas d'água, calhas e telhados, depósitos, terrenos baldios e estabelecimentos comerciais para buscar focos endêmicos de larvas. Realiza a aplicação de larvicidas e inseticidas, recenseamento de animais. Essas atividades são fundamentais para prevenir e controlar doenças, como: dengue, chagas, leishmaniose e malária. Este profissional deve trabalhar de forma integrada às equipes de Saúde da Família, participando das reuniões e trabalhando sempre em parceria com o ACS.

Os gestores e as equipes de saúde devem definir claramente os papéis, competências e responsabilidades entre os ACS e ACE, evitando ações em duplicidade. Para isso, são importantes a integração e o trabalho em conjunto com as equipes, para determinarem conforme a realidade local e o fluxo de trabalho.



Exemplificando

Nas ações de busca ativa de casos de dengue no território, é importante realizar a divisão do trabalho, por exemplo, após as visitas domiciliares realizadas pelo ACS que realizou a identificação de problemas que não puderam ser resolvidos por ele, como, uma caixa de água de difícil acesso e/ou a necessidade de utilização de larvicida, este deverá passar o caso ao seu parceiro ACE e, juntos, poderão planejar e promover melhor a resolução do caso.

Dentre as atribuições específicas do ACE, estão: a mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores; realização, quando indicado, de aplicação de larvicidas/inseticidas químicos e biológicos; de atividades de identificação e mapeamento de acúmulo de água de importância epidemiológica e o planejamento e programação das ações de controle das doenças/agrivos em conjunto com o ACS e a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família.

Organização do processo de trabalho pelas eSF

Ações na vigilância em saúde

Busca ativa de casos

A busca ativa de casos pode ser realizada nas visitas domiciliares, quando se busca identificar casos sintomáticos ou, ainda, assintomáticos em comunicantes. Para isso, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde é fundamental. E, ainda, pode se realizar a busca ativa em espaços, como: escolas, creches, asilos, penitenciárias, ou ainda em campanhas realizadas no território.

Notificação de casos suspeitos e/ou confirmados

Quando identificada a presença de indivíduos sintomáticos e/ou sob suspeita de um agravo, deve-se preencher a ficha de notificação individual, na qual deve constar os dados de identificação, características socioeconômicas, o local da residência do paciente e a identificação do agravo notificado, dados referentes aos antecedentes epidemiológicos, dados clínicos e laboratoriais específicos de cada agravo e dados da conclusão da investigação e, no caso da hanseníase e tuberculose, ainda deve ser preenchido dados de acompanhamento. Para cada doença de notificação compulsória há um modelo específico padronizado pelo Ministério da Saúde. Esses dados devem ser alimentados no sistema de informação de saúde.

Após a notificação, a Secretaria Estadual de Saúde e a área técnica responsável pelo agravo na SVS/MS, conforme fluxos estabelecidos, definem a necessidade de apoio e/ou participação direta do Ministério da Saúde nas ações de prevenção e controle.

Ações no monitoramento

Como abordamos, a vigilância não deve ser dissociada da assistência, dessa maneira, os dados coletados pelas equipes de Saúde da Família devem ser devidamente registrados nas fichas padronizadas adotadas pelo Sistema de Vigilância em Saúde, os quais serão úteis para análise dos indicadores de saúde, contribuindo no planejamento de saúde do município. A atenção básica possui uma série de indicadores para uso dos gestores e profissionais da saúde para monitoramento e avaliação do desempenho de programas e de ações realizadas.

O monitoramento das condições de saúde no território por meio de indicadores é um importante instrumento de gestão, que possibilita verificar a efetividade nos cuidados, nas ações educativas e a necessidade de ajuste no processo de trabalho e de educação permanente junto às equipes da Atenção Básica.

Cada ação programada precisa ter um indicador que permita o monitoramento da mesma, isso deve ser definido no planejamento, portanto, a equipe deve fazer os registros adequados de quais ações serão realizadas e quais indicadores serão utilizados, para que seja possível determinar os resultados do trabalho desenvolvido, no período de realização da ação e sua respectiva avaliação.

Para isso, é fundamental ter registrado corretamente todas as ações realizadas segundo os programas e atividades desenvolvidas, como na saúde da criança e do adolescente, da gestante, no controle da tuberculose e hanseníase, diabetes e hipertensão, entre outros. O monitoramento das doenças e agravos deve seguir os protocolos e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde segundo cada doença e agravo.

O monitoramento das condições de saúde individual pela equipe de saúde permite a avaliação da clínica e da terapêutica adotada, observando a necessidade de adequação e reformulação do plano de cuidados do paciente, por exemplo, em um paciente com tuberculose permite acompanhar e avaliar a necessidade de acompanhamento e assistência em outros pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde e monitorar a saúde dos comunicantes.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família e as atribuições dos profissionais das equipes de Atenção Básica na vigilância em saúde, o processo de trabalho e o fluxo de informações sobre os determinantes e condicionantes de saúde no território devem ser compartilhados e trabalhados no cotidiano das equipes de Saúde da Família. Para tal, há necessidade de educação permanente,

com espaços de troca de informações, de reflexão conjunta sobre a vigilância com todos os profissionais da saúde, para que esses possam integrar em sua prática diária a vigilância e a assistência no atendimento às famílias, assegurando maior efetividade nas medidas de controle, promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

Redes de atenção à saúde (RAS)

Os profissionais da equipe de Saúde da Família devem conhecer os serviços de média e alta complexidade presentes em sua região, os fluxos e as condições para encaminhamento, que devem ser definidos no momento da construção das linhas de cuidado dos usuários. É de fundamental importância que os profissionais da eSF e os profissionais dos outros pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde desenvolvam uma relação colaborativa, de parceria, na qual os profissionais da equipe de Saúde da Família tenham compromisso e responsabilidade pelo caso, fazendo o encaminhamento, ou seja, passando o histórico do usuário, do contexto de vida e do processo da doença. E, por meio de pactuações entre os profissionais, se construa o plano de cuidados conjunto (equipe de referência e especialistas), os recursos tecnológicos, exames e apoios necessários com o objetivo de assegurar maior efetividade na assistência e resolutividade.

O encaminhamento das eSF deve ser feito preferencialmente em sistema informatizado, o qual deve constar as seguintes informações: nome da pessoa, data de nascimento, informação de contato, nome do especialista e informação de contato, razão da referência, breve descrição do problema, resultados de exames mais recentes, tratamentos recomendados, sua duração e situação, perguntas de interesse do profissional que refere, diagnósticos primário ou secundário, plano de cuidado desenvolvido com a pessoa, monitoramento proposto pelo especialista e data.

Os profissionais da equipe NASF podem colaborar na articulação, comunicação e aproximação entre os profissionais e a RAS, porém, é de fundamental importância que os profissionais da equipe de referência da Saúde da Família assumam sua responsabilidade na coordenação dos cuidados, realizando o acompanhamento longitudinal da saúde do usuário, na assistência em todos os pontos e no retorno aos atendimentos na unidade, para continuidade no plano de cuidados elaborado, levando-se em consideração a periodicidade de exames, consultas definidas segundo a linha de cuidados, a necessidade do paciente, registrando todas as informações, seja no prontuário e em boletins de acompanhamento em caso de doenças de notificação compulsória, seguindo as diretrizes do Sistema de Vigilância em Saúde (SVS).



Pesquise mais

Sobre a atuação das equipes de Saúde da Família na vigilância em saúde e monitoramento de casos veja as referências a seguir:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_vigilancia_saude.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

SILVA, A. M.; PHILIPI, J. M. S. **Vigilância em saúde** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/198/MOD%2016.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Tuberculose na atenção primária à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2.ed, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_tuberculose11.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

Sem medo de errar

Como vimos na situação exposta, Vera, de 37 anos, mora com seus dois filhos adolescentes na comunidade de Fonte Santa e trabalha na Unidade Básica de Saúde da localidade como Agente Comunitária de Saúde (ACS) há quase um ano. Ela já conhecia bastante a área, pois reside no local há mais de vinte anos, mas, com este trabalho, tornou-se bastante conhecida entre os moradores e famílias atendidas na UBS. Na última reunião de equipe de Saúde da Família, foi discutido o surgimento de três novos casos de tuberculose na microárea e a necessidade de intensificar a busca ativa de sintomáticos respiratórios e de acompanhamento dos casos confirmados, em tratamento e ainda dos pacientes que já tiveram alta, para tal, foi proposto que os profissionais organizassem seu processo de trabalho a fim de melhor efetividade no controle da doença. Os profissionais da equipe solicitaram aos apoiadores NASF que articulassem uma capacitação com a equipe de educação permanente sobre o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Samanta, ACS recém-chegada à equipe, ficou com dúvida e perguntou à Vera como elas poderiam se organizar para realizar a busca ativa e o monitoramento da saúde dos pacientes com tuberculose.



Atenção

Fique atento à atuação e à organização do trabalho das equipes de Saúde da Família na vigilância, monitoramento e acompanhamento de pacientes na RAS.

As eSF devem atuar incorporando as ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios (perguntando sobre a presença de tosse há mais de três semanas ou mais aos moradores) com notificação dos casos suspeitos e confirmados e, ainda, realizar o acompanhamento dos casos. A busca ativa pode ser realizada durante as visitas domiciliares, visitas à creches, escolas, asilos, penitenciárias e, ainda, podem ser organizadas campanhas para busca ativa, mas também deve-se questionar a todos os usuários que procurarem a UBS, independente da queixa. Os casos com sintomas respiratórios deverão ser encaminhados para exames de escarro, bem como os comunicantes deverão ser orientados a passar em consulta para diagnóstico e quimioprofilaxia.

Todos os resultados deverão ser registrados nas fichas de notificação individual e no sistema de informação (SINAM) e os casos confirmados deverão receber tratamento diretamente observado, quanto ao uso da medicação (DOT) pelos profissionais da eSF, a frequência e periodicidade do acompanhamento e o local da observação serão estabelecidos pela equipe com o paciente, seguindo as diretrizes estabelecidas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

O monitoramento de caso individual deve ser realizado com consultas periódicas até a alta, casos resistentes ao tratamento poderão ser encaminhados a centros de referência especializados na região.

O monitoramento dos casos de tuberculose é realizado por indicadores, portanto, é imprescindível que as equipes estejam conscientes da importância do registro de ações, e da notificação e acompanhamento dos casos confirmados.

Vale destacar que na organização do processo de trabalho e nas agendas, a equipe deve estar atenta à importância da busca ativa, do monitoramento do tratamento para o controle da doença no território e para a cura dos pacientes e, para isso, as práticas educativas com a mobilização da comunidade devem ser inclusas, reforçando os cuidados de prevenção.

Avançando na prática

A equipe de saúde da família e a rede de atenção à saúde

Descrição da situação-problema

Adelaide, de 56 anos, costureira, é acompanhada na UBS Fortaleza, pois possui um diagnóstico de hipertensão arterial, em tratamento medicamentoso. Ela participa de um grupo de HIPERDIA e tem se queixado durante as consultas de dor de cabeça de média intensidade e de insônia. Na última consulta, ela se queixou novamente das dores, referindo piora. Seu médico recomendou que passasse em consulta com neurologista e que ela seria comunicada sobre a data da consulta.

Em consulta com o especialista, ao aferir sua pressão, o médico se preocupou com o valor de 150X100 mmHg e aumentou a dose da medicação anti-hipertensiva, além de prescrever uma medicação para insônia.

Duas semanas depois, Adelaide procurou a unidade com queixa de dor de cabeça, sonolência, fraqueza e dificuldade para trabalhar. Ao passar pelo acolhimento, observaram que sua pressão estava baixa e a encaminharam para consulta com o Dr. Caio, médico que a acompanha na UBS. Ao avaliá-la, ele a questionou sobre o que o neurologista do ambulatório de especialidades havia solicitado, os remédios prescritos e se ela estava fazendo uso adequado. Perguntou se algum exame fora solicitado e por que a dose da medicação anti-hipertensiva foi aumentada. Adelaide, sem entender, pensou consigo: "a dor que eu tinha continua, mesmo após a alteração da medicação e agora até para trabalhar e para realizar as minhas atividades estou com dificuldade e o pior é que os médicos não sabem o que fazer!"

Frente ao caso, reflita e discuta sobre a atuação da equipe de Saúde da Família, a responsabilidade dos profissionais nos cuidados à paciente e de que forma eles poderiam atuar para melhorar os cuidados e prover melhor atenção a ela.



Lembre-se

É responsabilidade dos profissionais da equipe de Saúde da Família a elaboração, coordenação do plano de cuidados, bem como o referenciamento e acompanhamento contínuo na assistência das famílias e usuários adscritos.

Resolução da situação-problema

O caso demonstra que o cuidado está fragmentado, faltou diálogo e comunicação entre os profissionais da eSF com a Rede de Atenção à Saúde. Ao que parece, não houve referenciamento e contra referenciamento entre os profissionais, comprometendo a assistência e os cuidados.

Compete à equipe de Saúde da Família promover o cuidado integral e acolhedor, seus profissionais devem desenvolver vínculo com o paciente, sendo necessário que ampliem o olhar para além das questões clínicas, que verifiquem possíveis fatores que possam estar relacionados às queixas e às condições de saúde. Se tiver implantado uma equipe NASF, podem solicitar matriciamento para discussão compartilhada do caso e a proposição de atividades que possam amenizar as queixas. E se, mesmo assim, não houver resposta satisfatória ao plano de cuidados estabelecidos na Atenção Básica, deve-se realizar o encaminhamento, mas com referenciamento e acompanhamento contínuo dos cuidados.

Para tornar mais eficiente e permitir a continuidade do cuidado, é importante que seja realizado o referenciamento pelo profissional da equipe de referência, ou seja, o médico que acompanha Dona Adelaide, preferencialmente por sistema eletrônico, e, caso o município não possua sistema informatizado, que seja enviado relatório via fax, para troca de informações sobre as condições de saúde, tratamentos realizados, o motivo do encaminhamento para que os profissionais possam compreender e estabelecer as melhores condutas a serem adotadas, considerando as necessidades e singularidades dos casos, construindo um plano de cuidados com contra referência.



Faça você mesmo

Ainda refletindo sobre este caso, considerando que é uma paciente com quadro de hipertensão arterial, que participa do grupo HIPERDIA, para melhor acompanhamento do caso pelas equipes, discuta quais informações deveriam estar presentes no referenciamento.

Faça valer a pena

- 1.** Quais as atribuições das Equipes de Saúde da Família na Vigilância em Saúde? Assinale a alternativa correta:
 1. Identificação de riscos, famílias e grupos vulneráveis.
 2. Usar indicadores para avaliar o impacto das ações e intervenções realizadas.
 3. Realizar busca ativa de casos novos de doenças de notificação compulsória.

- a) Se a 1 estiver correta.
- b) Se a 2 estiver correta.
- c) Se a 3 estiver correta.
- d) Se a 1 e a 3 estiverem corretas.
- e) Se todas estiverem corretas.

2. Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

Como as equipes de Saúde da Família podem realizar a Vigilância em Saúde?

Os agentes de combate a endemias podem orientar a mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores.

Os agentes comunitários de saúde podem realizar a busca ativa de novos casos.

Realizando a notificação de casos de doenças de notificação compulsória.

- a) V, V e V.
- b) V, F e V.
- c) V, V e F.
- d) F, F e V.
- e) V, F e F.

3. Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

Como as equipes de Saúde da Família devem organizar o processo de trabalho para vigilância em saúde?

1. Devem atuar integrando ações de vigilância com assistência.

2. Por meio de busca ativa de casos em domicílio e em outros espaços no território.

3. Por meio de monitoramento de casos e referenciamento a outros pontos de atenção.

- a) V, V e V.
- b) V, V e F.
- c) F, V e F.
- d) V, V e V.
- e) V, F e F.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2016..

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf2.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde**. Coordenação da atenção básica, 2. ed. São Paulo, SMS, 2012. p. 126. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/ManualTecnico.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Cadernos de Atenção Básica. n. 27. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Cadernos de Atenção Básica. n. 39. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose, 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_vigilancia_saude.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

SILVA, A. M.; PHILIPI, J. M. S. **Vigilância em saúde** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/198/MOD%2016.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Tuberculose na atenção primária à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2.ed, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_tuberculose11.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

Processo de trabalho e sistemas de informações na ESF

Convite ao estudo

Olá, aluno! Iremos conhecer a importância da estrutura organizacional, do processo de trabalho e dos sistemas de informações na ESF, com o objetivo de nos capacitarmos a atuar enquanto profissionais de saúde junto às equipes de saúde da família e/ou na rede de atenção à saúde.

Vimos, nas unidades anteriores, as políticas de atenção básica da ESF, como estão estruturados os cuidados em saúde na ESF e a estrutura organizacional da ESF. Agora, vamos aprofundar nossos conhecimentos em relação ao processo de trabalho e aos sistemas de informações na estratégia de saúde da família.

Nesta unidade veremos como as equipes de saúde da família realizam o diagnóstico de vulnerabilidades, os instrumentos utilizados para a compreensão da família, a fim de elaborarem o planejamento estratégico situacional, as demandas e os fluxos adotados para o acolhimento aos usuários, como são realizadas as visitas domiciliares e quais os instrumentos de coleta e registros de dados, além do uso dos sistemas de informação em saúde SIAB e e-SUS.

Agora que você já sabe o que iremos estudar, para aproximá-lo do cotidiano dos profissionais das eSF e facilitar a compreensão a respeito do processo de trabalho e do sistema de informação, vamos refletir sobre a situação hipotética a seguir:

A UBS Jardim das Margaridas, uma das quatro unidades de saúde do município de Cosmopolândia, está implantando duas equipes de saúde da família. Estas eSFs participaram do curso introdutório a fim de capacitar seus profissionais para atuarem junto às famílias no diagnóstico, planejamento de ações, acolhimento aos usuários e junto ao sistema de informações em saúde.

Seção 4.1

Planejamento estratégico

Diálogo aberto

Nesta seção, vamos conhecer como as equipes de saúde da família realizam o diagnóstico e quais são os instrumentos de abordagem familiar para o planejamento estratégico situacional.

Para isso, vamos retomar a situação já apresentada: a UBS Jardim das Margaridas, uma das quatro unidades de saúde do município de Cosmopolândia, está implantando duas equipes de saúde da família (ESF), as quais participaram de curso introdutório a fim de capacitar seus profissionais para atuarem no diagnóstico, planejamento de ações, acolhimento aos usuários e junto ao sistema de informações em saúde. As equipes, nas primeiras semanas, tiveram como tarefa realizar o diagnóstico situacional de saúde no território, conhecendo os riscos e vulnerabilidades das famílias. Helena é uma enfermeira nova e estava com dúvidas a respeito do uso de genograma e do ecomapa, por isso perguntou a Anita, outra enfermeira da unidade, quando e como utilizar esses instrumentos.

Para auxiliar Anita a esclarecer as dúvidas de Helena, vamos conhecer os instrumentos utilizados pelas equipes de saúde da família, visando compreender a estrutura, a dinâmica familiar e suas vulnerabilidades, quando e como utilizá-los para auxiliar no diagnóstico e planejamento estratégico situacional.

Não pode faltar

Vimos anteriormente, nas Unidades 2 e 3, que as equipes de saúde da família, para oferecerem atenção integral à saúde, devem realizar o planejamento das ações em saúde a partir do diagnóstico situacional do território e das vulnerabilidades nas famílias. Para isso, vamos conhecer os instrumentos utilizados pelas equipes de saúde da família visando possibilitar maior compreensão da estrutura familiar, dos riscos e dos processos de adoecimento aos quais as famílias estão expostas, bem como conhecer a rede social de apoio ao usuário e suas famílias.

Abordagem familiar e as equipes de saúde da família

A abordagem familiar permite compreender a estrutura familiar, o estágio do ciclo de vida familiar, as relações interpessoais, os conflitos existentes, interações que podem interferir na saúde, no processo saúde-doença dos familiares e nos cuidados aos seus membros, principalmente quando há presença de uma doença crônica e/ou de condições que comprometam o bem-estar e a harmonia na família, como drogadição e violência.



Assimile

Conhecer a família, como é constituída, os membros que a compõem, o estágio do ciclo de vida familiar que se encontra (família com filhos pequenos, adolescentes, casais de meia idade, ou idosos), sua dinâmica, a interação entre seus membros e a presença de doenças crônicas e/ou condições que tornam a família vulnerável é de fundamental importância para a equipe de saúde da família realizar o diagnóstico situacional da família e das famílias no território, bem como para o planejamento de ações e a programação de cuidados.

Para entender a estrutura familiar, precisamos conhecer não somente a quantidade de pessoas que moram na casa, mas suas funções (os papéis que cada membro assume), as idades de seus membros, se os progenitores (pais, avós) estão vivos, moram na mesma casa ou são divorciados, separados e vivem com outros parceiros. Deve-se observar a família nuclear (pais e filhos) e no mínimo três gerações (avós, pais e filhos) para avaliar padrões de repetição de doenças e, inclusive, de crenças, hábitos consolidados entre as gerações.



Refleta

Como os profissionais podem conhecer o contexto familiar para oferecer cuidados efetivos às famílias?

Para assegurar uma atenção integral e cuidados que atendam às necessidades das famílias é preciso que as equipes conheçam algumas ferramentas que as auxiliem a compreender, abordar e programar esses cuidados.

Instrumentos para avaliação e compreensão das famílias: a avaliação do contexto familiar pode ser realizada de diversas maneiras, buscando favorecer a comunicação, o registro de dados e o diagnóstico familiar, para isso existem alguns instrumentos, mas é extremamente importante a entrevista com muitos membros da família, principalmente com o seu responsável por esta.

Escala de avaliação de risco de Coelho: é uma escala de risco na família que classifica as condições de risco baseada em dados colhidos pelos agentes comunitários de saúde na Ficha A (instrumento que registra tipo de moradia, número de pessoas, presença de membros acamados, com deficiência, drogadição etc.). A classificação é obtida pelo escore, que estratifica em Risco 1, Risco 2 ou Risco 3 (risco leve, moderado ou grave). Essa escala permite às equipes maior compreensão sobre a relação entre aos fatores que determinam a saúde e as situações vivenciadas.

Quadro 4.1 | Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco / classificação das famílias segundo pontuação

Dados da Ficha A	Escore
Acamado	3
Deficiência física	3
Deficiência mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição (grave)	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Menor de seis meses	1
Maior de 70 anos	1
Hipertensão arterial sistêmica	1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1 3
	Se igual a 1 2
	Se menor que 1 0

Fonte: adaptado de Escala de Coelho e Savassi (2004, p. 23).

A escala possibilita à equipe planejar diferentes intervenções, variando segundo os riscos observados nas famílias adscritas, por meio de um planejamento estratégico que considere as famílias mais vulneráveis, estabelecendo a programação de cuidados segundo as prioridades identificadas.

A classificação de risco é obtida pelo escore total, de forma que um escore entre 5 e 6, o Risco 1 (leve); escore entre 7 e 8, o Risco 2 (moderado); e escore maior que 9, Risco 3 (grave).

Genograma: é um instrumento que faz uso de representação gráfica da composição de três gerações da família, com símbolos que auxiliam a compreensão de cada um de seus membros, sua idade, escolaridade, profissão e relação com os demais membros, permitindo conhecer os problemas clínicos, os agravos à saúde e suas repercussões. Possibilita, ainda, aos pacientes e suas famílias, entender a

repetição de determinada doença, os agravos que acometeram seus membros e as repercussões do adoecimento na vida familiar, auxiliando na compreensão da doença e da importância dos cuidados com agravos.

A estrutura familiar sofre modificações ao longo do tempo: no ciclo familiar, os filhos crescem, casam, chegam novos membros e, portanto, o genograma pode e deve ser refeito, conforme ocorram modificações.

Esse instrumento é útil para compreender e identificar a presença de problemas de saúde, pessoas que necessitem de cuidados especiais, que possuam relações afetivas conflituosas que possam influenciar no desenvolvimento psicossocial e no adoecimento. De forma rápida e resumida, apresenta informações que podem ser compreendidas universalmente por todos os membros da equipe, possibilitando a estes analisar e dialogar sobre os cuidados e estratégias que podem auxiliar no projeto terapêutico do paciente e sua família e no planejamento de ações no território.



Exemplificando

O genograma é utilizado para identificar o padrão de repetição das doenças crônicas entre as gerações de uma família (por exemplo: hipertensão arterial sistêmica, diabetes ou problemas com drogadição, violência domiciliar). A partir da compreensão dos fatores que possam estar influenciando a doença, agravos ou comportamentos de risco, a ESF pode estabelecer não apenas o programa de cuidado específico para cada família, mas também o planejamento estratégico e situacional que objetive promover a saúde e prevenir casos no território, como ações que promovam atividade física, educação em saúde, atividades em grupos na Unidade e junto a outros serviços no território.

Esse instrumento pode ser usado por qualquer membro da equipe de saúde e deve ser utilizado tendo objetivos definidos, quando existirem sintomas inespecíficos, utilização excessiva dos serviços de saúde, em casos de doença crônica, isolamento e/ou problemas emocionais graves, em situações de risco familiar decorrentes de violência doméstica ou drogadição, em mudanças no ciclo de vida, resistência ao tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico e alteração nos papéis familiares, por eventos agudos.

Vamos entender como construir um genograma?

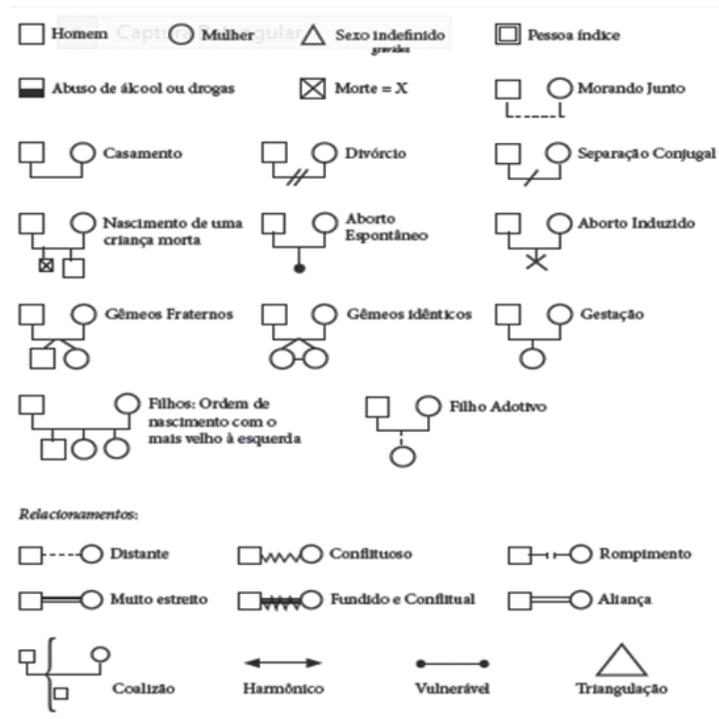
Inicia-se com a entrevista, preferencialmente com mais de um membro da família, em que são anotados todos os problemas de saúde, situações sociais, comportamento afetivo e hábitos de estilos de vida daquela família que sejam relevantes ao processo saúde-doença; doenças, condições que causam

estresse, como uso de medicamentos, alcoolismo, drogadição e outros; dados socioculturais e econômicos que possam influenciar o funcionamento familiar, questões de crença religiosa, de trabalho, de vida social e de lazer. Devem ser incluídos os eventos marcantes na família, como morte, nascimento, casamento, doenças graves, separação, mudança de cidade e as relações interpessoais, de conflito e problemas de comunicação.

Na elaboração do genograma, deve-se realizar a representação de no mínimo três gerações, com nomes, idades de todos os componentes, inclusive os mortos, com a idade em que ocorreu a morte e causa; doenças e problemas significativos dos membros da família. Indicação dos membros que vivem juntos na mesma casa, datas de casamentos e divórcios, com uma lista dos primeiros nascimentos de cada família à esquerda, e demais irmãos, na sequência, à direita.

As figuras geométricas são as pessoas, utilizam-se quadrados para membros masculinos e círculos para femininos; a pessoa-chave ou índice é o usuário em questão, que deve ser representado com dois círculos, no caso feminino, ou dois quadrados, no masculino. Deve-se colocar legenda com os símbolos utilizados. A Figura 4.1 apresenta os símbolos mais comumente utilizados em genogramas:

Figura 4.1 | Símbolos no genograma



Fonte: Schlithler, Ceron e Gonçalves (2010, p. 10).

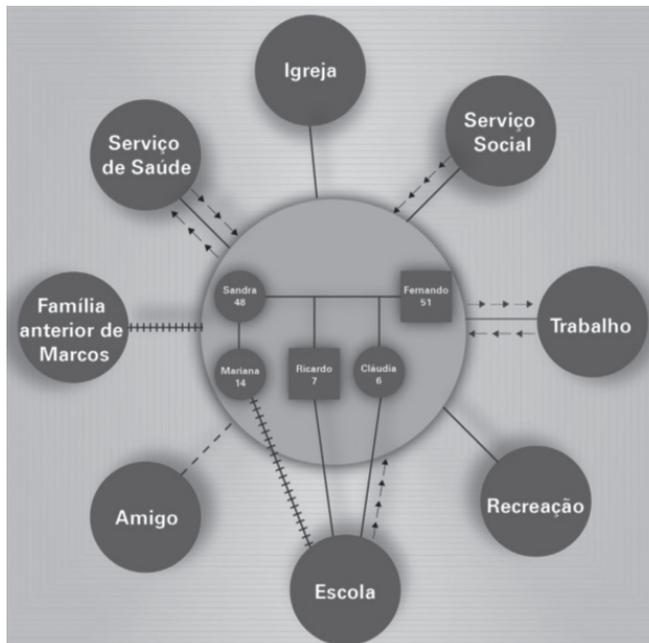
Ecomapa: é o instrumento que, por meio de uma representação gráfica, complementa os dados do genograma, acrescentando informações a respeito de relação intrafamiliar com o meio onde vivem, a comunidade e as instituições presentes, que servem de suporte familiar.

Assim como os demais instrumentos, também pode ser elaborado e usado por qualquer profissional da saúde, e é muito útil para favorecer a compreensão pelas eSF do equilíbrio entre as necessidades e os recursos que a família tem à sua disposição e utiliza, como rede de apoio social, inclusive identificando fragilidades nessas relações.

Para construção do ecomapa é necessário colocar todos os suportes da família: trabalho, igreja, grupos comunitários, clubes, vizinhança e outros que a família relate como estrutura de apoio. Coloca-se o genograma no centro e nos círculos externos, os contatos da família com membros da comunidade ou com pessoas, grupos relevantes e instituições, e as linhas, que indicam o tipo de conexão: linhas contínuas representam ligações fortes; linhas pontilhadas, ligações frágeis; linhas com barras, fatos estressantes. As setas indicam energia e fluxo de recursos, e a ausência de linhas demonstra ausência de ligação.

Famílias com poucas conexões com a comunidade necessitarão de maior suporte da eSF e é papel das equipes fortalecer essas relações e potencializar as conexões no território.

Figura 4.2 | Ecomapa de uma família



Fonte: Chapadeiro, Andrade e Araújo (2011, p. 67).



Pesquise mais

Você poderá aprofundar seus conhecimentos sobre instrumentos de abordagem familiar lendo:

SCHLITHLER, Ana Cristina Belizia; CERON, Mariane; GONÇALVES, Daniel Almeida. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. Universidade Federal do Estado de São Paulo. Especialização em Saúde da família. Módulo psicossocial. v. 18, p. 45-68, 2010. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade26/unidade26.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.

CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Hyso; ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros de. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

Sem medo de errar

Como vimos na situação exposta, as equipes, nas primeiras semanas, tiveram como tarefa realizar o diagnóstico situacional de saúde no território, conhecendo os riscos e vulnerabilidades das famílias. Helena, a nova enfermeira, estava com dúvidas a respeito do uso de genograma e do ecomapa, e perguntou a Anita, outra enfermeira da unidade, quando e como utilizar esses instrumentos.



Atenção

Fique atento aos instrumentos de abordagem familiar utilizados para auxiliar no diagnóstico e planejamento estratégico pelas equipes de saúde da família.

Vimos que o genograma e o ecomapa são representações gráficas que permitem às eSF conhecerem o contexto familiar, suas vulnerabilidades e a relação com o adoecimento, a fim de orientar o diagnóstico e planejamento de ações com as famílias no território.

O genograma permite identificar, mais facilmente, a dinâmica familiar, a composição da família e o padrão de repetição de adoecimentos e agravos, o relacionamento entre seus membros e a presença de conflitos. Por meio desse instrumento é possível reconhecer informações a respeito da doença da pessoa analisada, os adoecimentos de outros familiares, causas de morte, antecedentes

mórbidos e fatores psicossociais que possam ter influência no processo de saúde e doença da família, por exemplo, identificar pessoas com depressão, uso de álcool e/ou drogas, entre outros. Pode ser utilizado por qualquer profissional da equipe, embora não deva ser usado de rotina, mas em casos de doença crônica e/ou problemas emocionais graves, em situações de risco familiar decorrentes de violência doméstica ou drogadição, em mudanças no ciclo de vida, resistência ao tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico e alteração nos papéis familiares, por eventos agudos (perda de algum ente, desemprego, nascimento, acidentes, entre outros), e ainda quando há utilização excessiva dos serviços de saúde.

Para sua elaboração, devem ser realizadas entrevistas com muitos familiares, além da pessoa analisada (pessoa índice). Nessas entrevistas são colhidas informações de no mínimo três gerações, com nomes, idades de todos os componentes, incluindo os já falecidos, com a idade em que ocorreu a morte e causa, além de comportamentos e vícios dos membros da família. Por meio de símbolos gráficos se estabelece a relação entre os membros, por exemplo, nascimentos, casamentos e divórcios.

O ecomapa complementa o genograma: enquanto o genograma possibilita conhecer a relação intrafamiliar entre as gerações, o ecomapa permite entender e identificar a relação entre os membros da família com o meio social, com a comunidade. É uma ferramenta útil para reconhecer o suporte social que a família tem à sua disposição e como o utiliza, a fim de potencializar o uso dos recursos e promover a saúde. Para sua construção, deve ser colocado, no centro, o genograma do núcleo familiar analisado, e nos círculos externos, a ligação com membros da comunidade, instituições e serviços. A representação da conexão é realizada por linhas: as contínuas representam ligações fortes; linhas pontilhadas, frágeis; linhas com barras, fatos estressantes

Avançando na prática

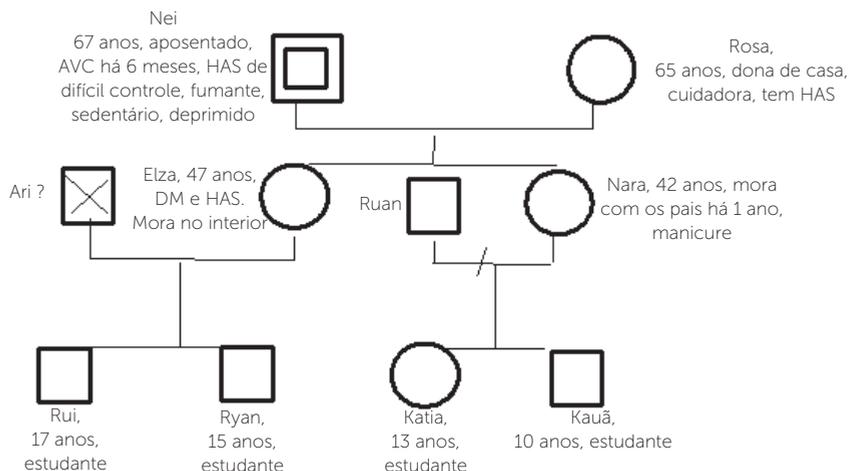
Como utilizar o genograma da família Correia?

Descrição da situação-problema

Nei, 67 anos, aposentado, casado com Rosa, 65 anos, sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) há seis meses, e é portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle há mais de 3 anos. Sempre trabalhou como motorista de ônibus, se cuidava pouco, é fumante e sedentário. Agora, após o AVC, fica em casa, entristecido, passa o dia vendo televisão e brigando com os netos Kauã, 10 anos, e Kátia, 13 anos. Rosa, 65 anos, é dona de casa, cuida do marido, dos netos e da casa, também é portadora de hipertensão arterial sistêmica. Uma de suas filhas, Nara, 43 anos, manicure, passou a morar com eles há um ano, após sua

separação de Rony. A outra filha, Elza, viúva de Ari, mora no interior com seus dois filhos adolescentes, Rui, 18 anos, e Ryan, 15 anos, e devido à sua saúde frágil (tem diabetes e hipertensão arterial) quase não se veem. A equipe identificou que o Sr. Nei não tem relação com amigos, clube, tem fraca relação com a UBS e ligação conflituosa com os netos. Elabore o genograma da família Correia e discuta o quanto este pode auxiliar na programação e no planejamento de ações para Sr. Nei e sua família.

Resolução da situação-problema



Fonte: elaborado pela autora.

Podemos observar que a família é composta por integrantes idosos, na idade adulta e crianças, com histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica, que no caso do Sr. Nei é de difícil controle, com fatores contribuintes, como fumo e sedentarismo, que podem ter predisposto ao AVC.

Diante do contexto familiar, é importante que a equipe de saúde, ao elaborar o plano de cuidados ao Sr. Nei, considere seu estado emocional, se este tem relação com o AVC ou com o relacionamento conflituoso com as crianças, e ainda, o quanto essas questões de relacionamento podem impactar não apenas em sua saúde, mas também no bem-estar de todos os familiares, inclusive de Dona Rosa, também hipertensa.



Lembre-se

Ao elaborar o genograma, os profissionais acabam se aproximando do contexto familiar, favorecendo o vínculo e a identificação de condições de risco e vulnerabilidades, que devem ser consideradas pela eSF na construção do plano de cuidados, para melhorar a atenção à saúde da família.



Faça você mesmo

Pensando no caso do Sr. Nei, elabore o ecomapa e reflita, diante do contexto familiar e do suporte social presente, sobre o que os profissionais de saúde poderiam fazer para melhorar os cuidados à família.

Faça valer a pena

1. Qual é a importância do conhecimento das equipes de saúde da família do contexto familiar?

I. Identificar a presença de risco.

II. Identificar as relações interpessoais e como estas podem estar interferindo no processo saúde e doença.

III. Reconhecer o estágio do ciclo familiar e suas vulnerabilidades.

Assinale a alternativa correta:

- a) Apenas I está correta.
- b) Apenas II está correta.
- c) Apenas III está correta.
- d) I e III estão corretas.
- e) I, II e III estão corretas.

2. Por que as equipes de saúde da família devem conhecer o contexto familiar? Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

() Para o médico realizar o diagnóstico clínico.

() Para possibilitar o diagnóstico das condições e necessidades em saúde das famílias.

() Para possibilitar o planejamento de ações e programação de cuidados.

- a) V, V, V.
- b) V, F, V.
- c) V, V, F.
- d) F, V, V.
- e) V, F, F.

3. Quais aspectos devem ser considerados para avaliação da estrutura familiar? Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

- () Conhecer apenas a quantidade de pessoas que moram na casa.
 - () Identificar as pessoas que moram na casa, suas idades e funções.
 - () Deve-se considerar padrões de repetição de doenças, inclusive de crenças e hábitos consolidados entre as gerações.
- a) V, V, V.
 - b) V, F, V.
 - c) F, V, F.
 - d) F, V, V.
 - e) V, F, F.

Seção 4.2

Acolhimento

Diálogo aberto

Nesta seção, vamos conhecer como as equipes de saúde da família devem compreender os processos, as demandas e os fluxos, visando adotar práticas de cuidado mais acolhedoras para oferecer atenção qualificada e resolutiva.

Antes de iniciarmos nossos estudos, vamos relembrar a situação hipotética apresentada no início desta unidade? A UBS Jardim das Margaridas, uma das quatro unidades de saúde do município de Cosmopolândia, está implantando duas equipes de saúde da família (eSF), as quais participaram de um curso introdutório a fim de capacitar seus profissionais para atuarem no diagnóstico, planejamento de ações, acolhimento aos usuários e junto ao sistema de informações em saúde. Durante a capacitação, foi discutido o caso de Sr. João, usuário adscrito à UBS, que procurou a unidade devido a uma forte dor lombar. Ele chegou logo cedo e encontrou a fila do lado de fora, pegou sua senha e ficou aguardando. Na sua vez, foi informado de que não seria atendido, pois já tinha sido atingido o número de atendimentos para demanda espontânea daquele dia. Após horas de espera, com dor mais intensa, foi orientado a voltar no outro dia ou procurar por um pronto atendimento (PA). Ele explicou que estava com muita dor, tinha perdido o dia de trabalho, pois era autônomo, e estava sem dinheiro para ir ao PA, mas não teve jeito, ouviu que deveria ter chegado mais cedo. Diante do caso, as eSF deveriam refletir e buscar uma alternativa para que outras situações como essa não ocorram. Se você fosse profissional de uma das eSF, o que sugeriria?

Para responder adequadamente, será preciso entender como os usuários são acolhidos, as suas demandas, os fluxos adotados na Unidade e como está organizado o processo de trabalho.

Na seção anterior, vimos como as equipes de saúde da família realizam o diagnóstico e quais os instrumentos de abordagem familiar para o planejamento estratégico situacional.

Nesta seção, vamos aprender sobre a importância do acolhimento como estratégia para facilitar o acesso aos serviços de saúde, e, ao mesmo tempo, como a atitude

profissional auxilia na formação de vínculo, na responsabilização das equipes de saúde da família e na organização do processo de trabalho para oferecer respostas oportunas e adequadas às necessidades de saúde dos usuários.

Bom estudo!

Não pode faltar

Como vimos na Unidade 3, as equipes de saúde da família (eSF) devem organizar o processo de trabalho para atender a demandas programadas e espontâneas, conciliar ações de vigilância em saúde, monitoramento dos casos, referenciamento e acompanhamento longitudinal de casos encaminhados a outros pontos nas redes de atenção à saúde.

Vamos aprender agora sobre a importância das equipes conhecerem as demandas trazidas pelos usuários e como elas devem organizar os processos e fluxos de trabalho para ofertar cuidados mais resolutivos e humanizados.

Acolhimento e seus conceitos

Acolhimento enquanto postura profissional

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem o acolhimento como uma de suas principais diretrizes, e define que o acolhimento deve ser realizado por meio da escuta das queixas, do reconhecimento das necessidades dos usuários e de uma atitude ética, de relação de compromisso e confiança, fortalecendo o vínculo entre usuário e profissionais de saúde. E não deve ser exercido somente na recepção, tampouco há um profissional específico para realizar o acolhimento, essa atitude deve ser exercida por todo e qualquer profissional de saúde.

Acolhimento como ferramenta para melhorar a acessibilidade

O acolhimento também pode ser entendido como um mecanismo utilizado para ampliar o acesso às unidades básicas de saúde, como forma de assegurar que não apenas usuários de determinados ciclos de vida (como crianças e idosos) ou participantes de determinados programas (como de diabetes, hipertensão, tuberculose e gestantes), mas todo usuário que apresentar uma queixa ou necessidade em saúde possa ser ouvido e ter sua demanda atendida.

Acolhimento como artifício para organizar o processo de trabalho

Nesse sentido, o acolhimento é um importante indutor de mudança no processo de trabalho nas equipes de saúde, englobando a forma como organizam o trabalho, a relação entre as equipes e o modo como realizam o cuidado ao usuário.

Não é aceitável que a unidade básica de saúde ofereça senhas, com número limitado de atendimentos/dia, nem há necessidade de que todos os usuários passem pelo médico, as equipes devem refletir sobre como agir segundo as necessidades, definir os fluxos para atendimento, encaminhamentos para exames e outros pontos da rede, agendamento para consultas e ainda como os profissionais irão participar do acolhimento. Esses profissionais devem estar aptos para identificar as necessidades em saúde, vulnerabilidades e possíveis intervenções.

Acolhimento e as equipes de saúde da família

Você já refletiu sobre quantos usuários buscam diariamente uma unidade básica de saúde com queixas sem terem agendamento prévio? Como acolher esses usuários de forma a atender suas necessidades, sem deixar de oferecer atendimento a todos, nem de realizar as atividades programadas?

Para atender a essas demandas, utiliza-se o acolhimento como uma estratégia adotada pelos profissionais de saúde, visando favorecer e melhorar o acesso à assistência integral. Para isso, é imprescindível a adoção de atitude profissional mais humanizada, com vínculo e escuta qualificada, ou seja, que permita identificar as necessidades do usuário a fim de priorizar atendimentos e resolver adequadamente suas demandas, ao mesmo tempo em que se organiza o processo de trabalho.

Para que o acolhimento seja efetivo, há necessidade dos profissionais de saúde, além de assumirem uma postura aberta, empática, de escuta e diálogo, conhecerem os fluxos, os protocolos existentes que auxiliam na tomada de decisão junto aos usuários.



Assimile

O acolhimento é uma ferramenta útil para melhorar o acesso dos usuários à assistência integral, fortalecer os vínculos e responsabilização dos profissionais junto aos usuários e organizar o processo de trabalho entre as equipes.

Não deve ser realizado apenas na recepção dos serviços e por determinados profissionais, mas no encontro com o usuário e em qualquer local da Unidade onde possa haver privacidade.

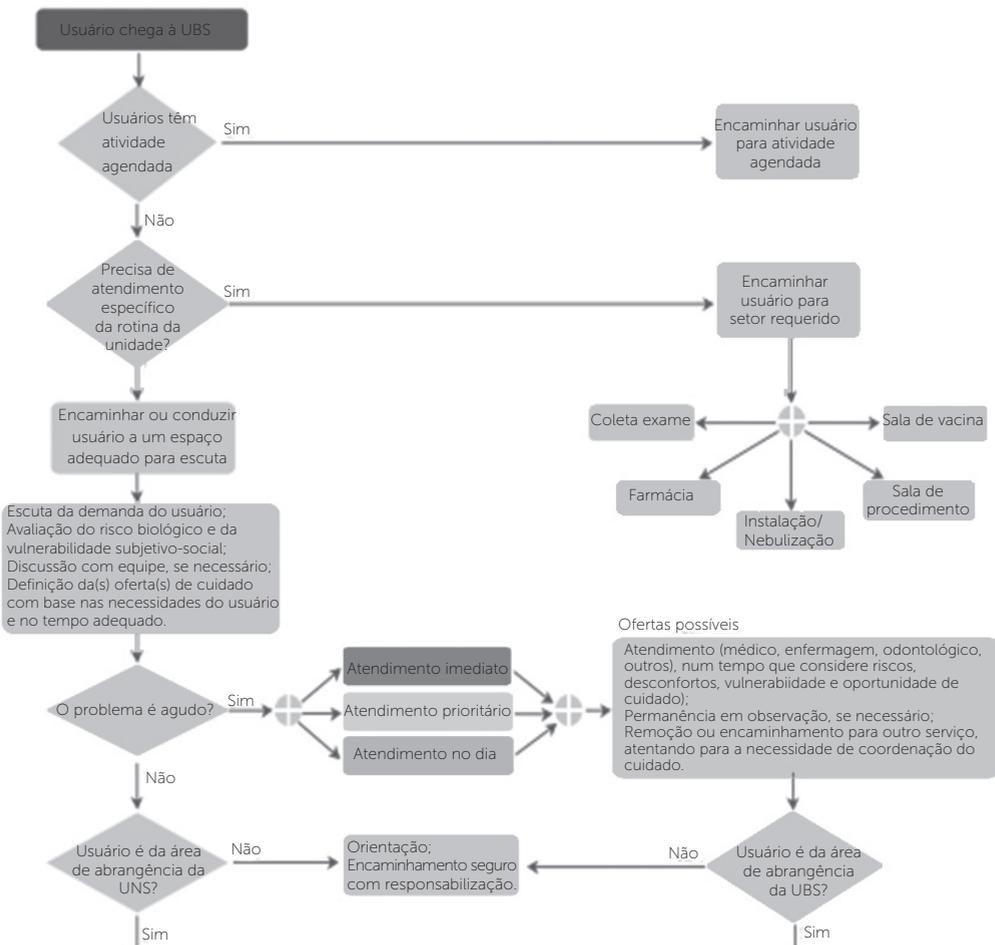
Para oferecer o acolhimento, os membros das equipes de saúde da família devem adotar uma postura profissional humanizada, ou seja, chamar o usuário pelo nome, realizar contato visual, olho no olho, ter uma voz em tom amigável, ouvindo e compreendendo suas queixas, colocando-se no lugar do outro, respeitando suas necessidades e particularidades, para oferecer um atendimento resolutivo.

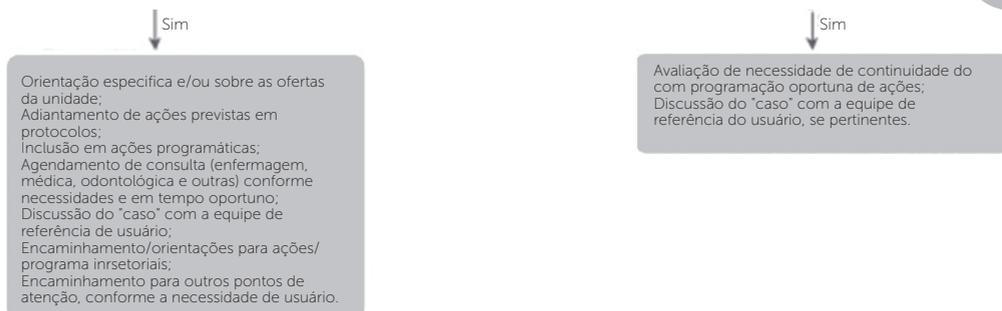
Abordamos anteriormente, na Unidade 3, que a Política Nacional da Atenção Básica preconiza o acolhimento com escuta qualificada, realizando a classificação de risco, para avaliar as necessidades de saúde e a presença de vulnerabilidades, possibilitar a assistência resolutiva à demanda espontânea, priorizando o primeiro atendimento às urgências, os casos de emergência e urgência. Agora, vamos entender como devem ser organizados os fluxos e o processo de trabalho entre as equipes!

Fluxos nas unidades básicas de saúde

Embora não deva existir um local fixo para o acolhimento, devemos lembrar que a recepção geralmente é o local do primeiro encontro do usuário na Unidade, mas para a escuta das queixas, das necessidades, aflições e demandas é recomendável que haja um local (sala) onde exista possibilidade para o diálogo e o acolhimento com privacidade.

Figura 4.3 | Fluxograma: fluxo do usuário na unidade básica de saúde





Fonte: Brasil (2011, p. 28). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2016.

Observamos que o usuário, quando chega à Unidade, dependendo de sua necessidade, deve ser encaminhado a determinados setores e profissionais que irão atendê-lo.

Porém, surgem situações inusitadas em que a equipe deve estar preparada para atender e ajustar o processo de trabalho, adequando o fluxo com cooperação entre os profissionais, por isso a importância do preparo da equipe para identificar riscos e vulnerabilidades e o conhecimento dos profissionais sobre a possibilidade de oferta de cuidados na Unidade, a fim de atender às necessidades do usuário em tempo adequado e condições seguras.

Devemos lembrar que o fluxograma é uma forma de auxiliar os profissionais a organizar os fluxos do usuário e dos processos, mas os profissionais devem estar atentos e sensíveis às necessidades e particularidades de cada caso e devem se ajustar de acordo com as vulnerabilidades apresentadas.



Exemplificando

Muitas situações que ocorrem no cotidiano do serviço exigem das equipes proatividade, sensibilidade e cooperação, tais como: número pequeno de equipes, equipes com número de profissionais reduzidos, limitações físicas da Unidade, entre outras, necessitando ajuste dos profissionais. Imagine um paciente com dispneia (falta de ar) expressiva: o próprio profissional que fez a escuta, o acolhimento, identificou o desconforto respiratório e pode levar o paciente a uma sala de procedimentos ou observação, para maior conforto e segurança. Ou ainda, se o usuário na escuta refere tosse há mais de três semanas, e a escuta está sendo realizada por enfermeiro, pode ser solicitada a realização do teste de escarro enquanto o usuário aguarda a consulta médica.

Modelos de acolhimento

Vamos conhecer os diferentes modelos adotados para o acolhimento nas unidades básicas de saúde:

- **Equipe de referência:** um ou mais profissionais de cada equipe ficam na escuta, tendo os profissionais médicos realizando os atendimentos de casos agudos e agendados. Outra possibilidade é ter o enfermeiro da equipe de referência na escuta nas primeiras horas, depois este assume outras atividades, sendo substituído pelo técnico, que terá a equipe na retaguarda. Esse modelo favorece mais o vínculo e a continuidade do cuidado, pois os usuários serão acolhidos sempre por sua equipe de referência.

- **Equipe de acolhimento:** o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas para isso. Os profissionais das outras equipes, não “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais. Esse modelo exige que o caso seja discutido com as equipes de referência.

- **Misto:** faz-se uma escala na qual um enfermeiro de cada equipe, em determinados horários, fica na escuta, acolhendo a demanda espontânea de sua área durante o turno, e um enfermeiro a cada dia fica sem atendimentos agendados, atendendo à demanda espontânea de todas as áreas a partir do momento que ultrapasse a quantidade ou o horário previamente estipulados para o acolhimento das equipes. Um médico fica sem atendimentos agendados para atender aos casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederam a quantidade predeterminada a que cada um dos outros médicos atenderia, independentemente da área.

- **Acolhimento coletivo:** no início do turno, toda a equipe participa da escuta, em que é apresentado o fluxo aos pacientes e o acolhimento. Depois do horário coletivo, estabelece-se qual dos modelos de acolhimento será adotado.



Refleta

Você já buscou uma unidade básica de saúde sem ter agendado atendimento e passou por acolhimento? Como este foi realizado?

Caso tenha passado, você consegue identificar o modelo adotado pela unidade?

Cada unidade básica de saúde, conforme a realidade local, deve organizar o processo de trabalho, selecionando o modelo de acolhimento e construindo os processos e fluxos a serem adotados, porém, deve assegurar que o acolhimento aconteça em todos os turnos de trabalho, para que os usuários possam ser acolhidos em qualquer horário em que busquem a unidade.



Pesquise mais

PELOTAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes de saúde da atenção básica de Pelotas**. Pelotas, 2016. 136p. Disponível em: <<http://www.pelotas.com.br/dev/arquivo/DIRETRIZES-DA-ATENCAO-BASICA-11-ABRIL-2016.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento a demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. Cadernos de Atenção Básica n. 28. v. I. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2016.

Sem medo de errar

Durante a capacitação das equipes, foi discutido o caso do Sr. João, usuário adscrito à UBS, que procurou a unidade por causa de uma forte dor lombar. Ele chegou à unidade logo cedo e encontrou a fila já do lado de fora, pegou a senha e ficou aguardando. Na sua vez, foi informado que não seria possível ser atendido, pois o número de atendimentos espontâneos para o dia já tinha sido atingido. Após horas de espera, com a dor ainda mais intensa, foi orientado a voltar no outro dia ou procurar por um Pronto Atendimento (PA). O Sr. João explicou que estava com muita dor, tinha perdido o dia de trabalho, pois era autônomo, e estava sem dinheiro para ir ao PA, mas de nada adiantou e ele ainda ouviu que deveria ter chegado mais cedo. Diante do caso, as equipes de Saúde da Família deveriam refletir sobre os seguintes aspectos, a fim de que essa situação não ocorresse novamente:

- * Como está sendo realizado o acolhimento nesta Unidade Básica de Saúde?
- * Existe uma organização no processo de trabalho das equipes para que ocorra o acolhimento às demandas espontâneas?
- * O profissional que atendeu o Sr. João agiu de forma a compreender suas necessidades?

Agora, coloque-se na situação do Sr. João. Como você avaliaria a assistência prestada? Houve acolhimento? A postura adotada pelo profissional que recebeu o Sr. João favoreceu o vínculo entre paciente e UBS? O profissional se responsabilizou pela saúde dele?



Atenção

Fique atento à importância do acolhimento, enquanto postura profissional, como ferramenta para melhorar o acesso ao serviço e a organização do processo de trabalho!

O caso do Sr. João demonstra a falta de escuta, de sensibilidade do profissional com as necessidades em saúde, com o sofrimento do usuário e retrata a necessidade de sensibilizar os profissionais e de repensar o fluxo e a organização do trabalho da Unidade, a fim de ofertar cuidados mais humanizados. De certa forma, o profissional que o recepcionou seguiu o protocolo previamente determinado, mas na avaliação do Sr. João sua atitude pode ter sido de descaso, má vontade, de não responsabilização por sua saúde.

De acordo com essa situação-problema, seria interessante que fosse repensado o modo como o acolhimento é realizado pelos profissionais, que se organizasse o fluxo de usuários e adotasse um modelo de acolhimento que permita aos usuários que necessitam de assistência recebê-la oportunamente segundo sua necessidade, evitando insatisfação e oferecendo uma atenção à saúde de qualidade e resolutiva.

Avançando na prática

O acolhimento na unidade básica de saúde

Descrição da situação-problema

Rita chegou à Unidade Básica de Saúde às 10:30 da manhã, trazendo seu bebê de 11 meses que apresentava febre e vômito. Ao chegar na recepção, foi avisada que não poderia ser atendida naquele dia, pois os atendimentos para casos sem agendamento eram apenas das 8h às 10h. Ela explicou que sabia do horário de atendimento da sua área de referência, mas que estava trabalhando quando recebeu um telefonema da creche, avisando que sua filha não estava bem, e não tinha dado tempo de pegá-la e chegar à Unidade no horário.

A profissional a orientou a procurar o pronto atendimento, pois só poderia ser atendida na manhã do dia seguinte. Qual é o modelo de acolhimento adotado na Unidade? Considerando o caso, o que poderia ser feito para melhorar o acolhimento e a resolutividade dos problemas de saúde na UBS?



Lembre-se

O acolhimento é uma estratégia para ampliar o acesso às unidades básicas de saúde e, para tal, as equipes devem organizar o processo de trabalho, os processos e fluxos visando assegurar que o acolhimento aconteça em todos os turnos de trabalho, ou seja, ao longo do dia.

Resolução da situação-problema

O modelo de acolhimento adotado na unidade básica de saúde, pelo que foi descrito, é o de equipe de referência, porém, da forma como está sendo ofertado, não oferece acesso em todo o turno de trabalho, como preconizado. Assim, o acolhimento não está sendo um mecanismo para favorecer o acesso, tampouco acolher as necessidades do usuário e organizar o processo de trabalho.

O caso retrata a necessidade de as equipes repensarem e organizarem esse processo de trabalho e a atitude dos profissionais, que devem ser proativos, colaborativos, de forma a se organizar e ajustar, atendendo, na medida do possível, as necessidades dos usuários e oferecendo a eles uma melhor atenção e assistência.



Faça você mesmo

Diante desse caso, reflita sobre a importância do acolhimento e discuta: qual é a consequência do acolhimento inadequado?

Faça valer a pena

1. Quais os conceitos atribuídos ao acolhimento? Assinale a alternativa correta:

- I. Postura profissional que deve ser adotada por todo profissional de saúde.
- II. Dispositivo para organizar o processo de trabalho das equipes de saúde.
- III. Mecanismo utilizado para ampliar o acesso às unidades básicas de saúde, para assegurar que apenas usuários de determinados ciclos de vida e programas tenham acesso ao serviço.

- a) Apenas I está correta.
- b) Apenas II está correta.
- c) Apenas III está correta.
- d) I e II estão corretas.
- e) I, II e III estão corretas.

2. Qual a importância do acolhimento na Política Nacional de Humanização (PNH)? Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

- O acolhimento é uma das principais diretrizes dessa política.
 - Deve ser uma postura adotada por todos os profissionais.
 - Deve ser realizado por meio da escuta das queixas e do reconhecimento das necessidades dos usuários.
- a) V, V, V.
 - b) V, F, V.
 - c) V, V, F.
 - d) F, F, V.
 - e) V, F, F.

3. Quais os cuidados a serem adotados pelos profissionais da equipe para assegurar o acolhimento nas UBS? Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

- Devem conhecer os fluxos e os processos da Unidade.
 - Devem seguir estritamente os fluxos, respeitando os processos determinados, independentemente da circunstância.
 - Devem adotar uma postura profissional humanizada.
- a) V, V, V.
 - b) V, F, V.
 - c) F, V, F.
 - d) V, V, F.
 - e) V, F, F.

Seção 4.3

Visita domiciliar

Diálogo aberto

Olá, aluno! Nesta seção iremos abordar os objetivos e a prática da visita domiciliar pelos profissionais da estratégia de Saúde da Família (eSF).

A UBS Jardim das Margaridas, uma das quatro unidades de saúde do município de Cosmopolândia, está implantando duas equipes de Saúde da Família (eSF), as quais participaram de um curso introdutório a fim de capacitar seus profissionais para atuarem no diagnóstico, planejamento de ações, acolhimento aos usuários e junto ao sistema de informações em saúde. Nas primeiras reuniões foi proposto às equipes que fossem organizadas as visitas domiciliares no território. Dayane, uma das técnicas de enfermagem da equipe "A", sugeriu que os agentes comunitários de saúde (ACS) discutissem e propusessem como fariam as VDs, uma vez que estes profissionais eram os principais responsáveis pelas visitas domiciliares. A sugestão causou mal-estar entre os presentes. Roberto, enfermeiro da equipe "A", ponderou, destacando a importância do planejamento conjunto, uma vez que todos realizam a atividade e isso reflete diretamente no processo de trabalho das equipes, então sugeriu que, inicialmente, pensassem nos objetivos das visitas e, a partir daí, refletissem sobre como iriam planejá-las. Se você fosse um dos profissionais das equipes, quais aspectos consideraria relevantes para o planejamento das visitas domiciliares?

Para auxiliar as equipes no planejamento das VD, abordaremos o conceito e os objetivos das visitas domiciliares, e como estas devem ser planejadas e incorporadas na prática dos profissionais das equipes de saúde da família.

Vamos conhecer como deve ser a atuação das equipes de saúde da família nas visitas domiciliares?

Não pode faltar

Vimos, em unidades anteriores, que várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, a busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Porém, essas ações, quando desenvolvidas isoladamente, diferem muito das VDs, que têm como objetivo o cuidado aos pacientes com dificuldade de se locomover até a unidade básica de saúde e que apresentam agravos que justifiquem o acompanhamento e o atendimento domiciliar.

Conceito e objetivos da visita domiciliar

A visita domiciliar é uma prática assistencial adotada na estratégia de saúde da família que permite conhecer o contexto familiar, o modo de viver das famílias adscritas, identificando suas vulnerabilidades e riscos à saúde. É um instrumento valioso para proporcionar a atenção integral, humanizada e continuada às famílias, principalmente aquelas que apresentam dificuldades ou impossibilidade de ir até a UBS.

A atenção domiciliar é uma categoria de promoção de cuidados no domicílio, composta por visita, atendimento e internação domiciliar. A VD é uma das modalidades dessa atenção e tem a importante função de fornecer informações, conhecimentos sobre o contexto familiar, suas necessidades, seus hábitos, crenças e vulnerabilidades. Na visita podemos verificar as possibilidades de ações que devem ser adotadas, sejam educativas, preventivas e/ou curativas, melhorando os cuidados com a saúde.

Porém, nem todas as idas ao domicílio, e nem todos os encontros podem ser considerados visita domiciliar, pois para que seja caracterizada a VD é necessário que esta tenha objetivos claros previamente estabelecidos e que sejam adotadas técnicas de entrevista, além de um olhar ampliado sobre as condições sociais e do ambiente familiar.

É importante destacarmos que em materiais mais recentes, como o manual para preenchimento das fichas (CDS), do Ministério da Saúde, publicado em 2013 (Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf>. Acesso em 17 nov. 2016.), essa modalidade é denominada visita domiciliar apenas quando realizada pelo ACS; quando realizada pelos demais profissionais da equipe, é designada atendimento domiciliar. Porém, em artigos científicos e no cotidiano dos serviços ainda se utiliza visita domiciliar independentemente do profissional da equipe que a realiza.



Assimile

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve que compete a todos os profissionais da equipe de saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, seja na unidade básica de saúde, no domicílio ou demais espaços da comunidade. A visita domiciliar é um componente da atenção domiciliar, que é um instrumento extremamente útil para que a estratégia da saúde da família identifique as necessidades em saúde, as vulnerabilidades presentes no território e nas famílias, e possibilite a atenção continuada. Porém, para ser caracterizada como visita domiciliar, esta deve ser planejada e seguir uma sistematização.

Objetivos

Dentre os objetivos da VD, temos:

- Conhecer a moradia, as características do ambiente, identificando as condições sociais, econômicas e culturais.
- Identificar a estrutura e o contexto familiar com a construção do genograma e/ou ecomapa.
- Verificar os fatores de risco, vulnerabilidades presentes, tanto no indivíduo como na família.
- Realizar a assistência domiciliar do paciente, principalmente nos casos em que há impossibilidade de locomoção até o serviço de saúde.
- Auxiliar no monitoramento e na prevenção das doenças transmissíveis e doenças crônicas, favorecendo a adesão aos cuidados e ao tratamento.
- Realizar ações para promoção da saúde que incentivem a adoção de estilo de vida saudável.
- Favorecer a participação e corresponsabilização no processo saúde-doença.
- Oferecer atendimento compatível com às necessidades e expectativas do usuário/família.
- Realizar ações educativas e intervenções a fim de prevenir complicações e internações hospitalares.
- Promover práticas de autocuidado, a autonomia e a independência do indivíduo e de sua família.

- Aprimorar a utilização dos recursos disponíveis para melhoria das condições sociais e da participação na comunidade.

É importante destacarmos que os objetivos da VD devem ser traçados previamente e estes podem ser diferenciados conforme os saberes e competências do profissional que realizará a VD.



Refleta

Você ou algum familiar seu já recebeu visita domiciliar? Você consegue identificar qual era o objetivo da visita domiciliar?

Atuação da equipe de saúde da família na prática das VD

A visita domiciliar impõe aos profissionais da eSF a necessidade de domínio técnico, habilidades de comunicação, observação com um olhar ampliado para as condições ambientais, sociais, econômicas e culturais das famílias e uma atitude de acolhimento, estabelecendo uma relação de vínculo, corresponsabilização, respeitando os princípios éticos e a privacidade das famílias.

Como abordado anteriormente, o trabalho multidisciplinar em equipe é fundamental nas VDs, e é de extrema importância que os profissionais realizem as anotações no prontuário do paciente e sua família e discutam o caso, a fim de que os profissionais responsáveis tenham conhecimento das condutas adotadas, da evolução e de mudanças no plano de cuidados. É aconselhável que, devido ao maior vínculo do ACS com a família e com o território, essas visitas sejam realizadas juntamente com esse profissional.

A VD inicia-se com a abordagem do indivíduo e depois a da família. Após a avaliação, são realizados os cuidados, procedimentos, encaminhamentos e orientações necessárias. É fundamental que as pessoas sejam chamadas pelo nome, que seja estabelecida uma relação que respeite as diferentes crenças, religiões e culturas, que os profissionais assumam a postura de escuta sem qualquer julgamento.

Durante a visita domiciliar, há a possibilidade de aproximar-se da família, compreender suas relações e fortalecer o vínculo, além de ser uma ótima oportunidade para realizar orientações visando à promoção da saúde e do autocuidado. Para isso, é importante que os profissionais tenham uma atenção ampliada à saúde, e não fiquem apenas centrados na doença, considerando todos os aspectos que podem estar influenciando na dinâmica familiar e em suas condições de vida, para que possam oferecer uma atenção integral.

A partir das necessidades identificadas, podem ser estabelecidos os cuidados, o planejamento de ações e atividades que auxiliem os indivíduos e sua família a lidar com as dificuldades encontradas, a ter maior participação e inclusão social e responsabilização por sua saúde.

Todas as informações colhidas devem ser preenchidas na ficha guia de visita domiciliar, pois serão úteis na elaboração do plano de cuidados, no acompanhamento da evolução do caso pelos profissionais responsáveis.



Pesquise mais

CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUTTI, W. (org.) **Assistência domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 p. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

Atualmente, existe o Programa Melhor em Casa, que fornece atendimento domiciliar para os usuários conforme a gravidade do caso, necessidade de recursos e intensidade de acompanhamento, classificados em AD1, AD2 e AD3. Na modalidade AD1, os usuários apresentam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e problemas de saúde controlados, não precisam de cuidados frequentes e de muitos recursos de saúde, recebem assistência das equipes de atenção básica, ou seja, as equipes de saúde da família (eSF) e de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Porém, nas modalidades AD2 e AD3 os usuários necessitam de cuidado com maior frequência, mais recursos de saúde e acompanhamento contínuo, inclusive de atenção de outros serviços da rede, por isso a responsabilidade dos cuidados é da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), uma vez que estas desenvolvem apenas atendimento domiciliar.

Planejamento das visitas domiciliares

As eSF devem planejar as visitas domiciliares no seu dia a dia, para isso, deve-se:

- Inicialmente, **selecionar o usuário e a família** que serão visitadas, utilizando alguns critérios de prioridades, tais como:

- Condições ou mudanças no contexto familiar que podem impactar a saúde (morte repentina ou abandono de um dos responsáveis pelo sustento e/ou cuidados, condição econômica crítica, desemprego, entre outros).
- Agravamento de um problema crônico.
- Situação de urgência.
- Dificuldade de locomoção até a unidade de saúde, seja por limitações físicas ou por barreiras de acesso, como falta de transporte, problemas no trajeto.
- Para adultos, quando for necessária a internação domiciliar, ou devido a faltas em atendimentos programados, e para portadores de doenças transmissíveis de notificação compulsória, pacientes dos programas de diabetes e hipertensão, hanseníase e tuberculose que não aderiram ao tratamento.
- Para idosos que se encontram acamados e/ou apresentem dificuldade de locomoção, sem cuidador, que sejam portadores de doenças crônicas e tenham dificuldade de adesão ao tratamento.
- Recém-nascidos com problemas de saúde, crianças com atraso no crescimento e/ou no desenvolvimento e faltas nos atendimentos programados, puericultura ou vacinação.
- Gestantes com gravidez de risco devido a condições de saúde da mãe e do feto, como déficit nutricional, entre outros, ou que estejam faltando nas consultas de pré-natal.

Deve-se observar ainda situações específicas para cada área de atuação, como na saúde mental, bucal, da criança, do adulto, idoso e gestante.



Exemplificando

Nos casos de **saúde bucal**, em que são detectados dor, sangramento, inchaço, problemas com higienização bucal, ou ainda devido ao uso de chupeta, mamadeira. Na **saúde mental** quando se detecta negligência, abandono, violência doméstica, uso de drogas, cárcere privado, tentativa de suicídio, saída de internação.

Na **saúde infantil**, presença de maus-tratos com crianças, problemas alimentares, situações de risco de acidentes, dificuldade de aprendizagem e muita procura pelo serviço de saúde.

Na **saúde do adulto, do idoso e da gestante**, falta frequente em consultas e/ou atividades programadas, dificuldade na adesão a tratamento e autocuidado.

Para priorizar as famílias mais vulneráveis, utilizam-se as informações colhidas na Ficha A e a escala de Coelho, abordada na seção anterior.

- Uma vez selecionados os casos, ter clareza do objetivo da visita domiciliar, se esta será avaliativa, assistencial, educativa.
- Estabelecer a **periodicidade e a duração** da visita. Estas variam conforme seu objetivo, a área de atuação do profissional que a realizará, o risco e a complexidade do caso: quando houver risco máximo, as visitas devem ser semanais; com risco médio, quinzenais; e risco baixo, mensais.

Dentre os profissionais da eSF, os ACS têm que realizar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias adscritas, no mínimo, com uma visita por mês. Os demais profissionais deverão realizar conforme a necessidade e a situação de risco.

- Observar a rota da VD e meio de transporte.
- Confirmar o horário, marcação e confirmação da VD com usuário/família.
- Verificar os materiais necessários para serem levados (fichas, prontuário, receituário, equipamentos como estetoscópio, esfigmomanômetro, glicosímetro com fitas, luvas, materiais para curativos, dentre outros).
- Reunir todos os dados da família que vai visitar.
- Verificar quais os profissionais poderão auxiliar na condição apresentada, bem como se há necessidade de recursos externos.

Sem medo de errar

A UBS Jardim das Margaridas, uma das quatro unidades de saúde do município de Cosmopolândia, está implantando duas equipes de saúde da família (eSF). Estas participaram de um curso introdutório a fim de capacitar seus profissionais para atuarem no diagnóstico, planejamento de ações, acolhimento aos usuários e junto ao sistema de informações em saúde. Nas primeiras reuniões foi proposto às equipes que estas organizassem as visitas domiciliares no território. Dayane, uma das técnicas de enfermagem da equipe "A", sugeriu que os agentes comunitários de saúde (ACS) discutissem e propusessem como fariam as VDs, uma vez que estes profissionais eram os principais responsáveis pelas visitas domiciliares. A sugestão causou mal-estar entre os presentes. Roberto, enfermeiro da equipe "A", ponderou, destacando a importância do planejamento conjunto, uma vez que todos realizam a atividade e isso reflete diretamente no processo de trabalho das equipes, então sugeriu que, inicialmente, pensassem nos objetivos das visitas e, a partir daí, refletissem sobre como iriam planejá-las. Se você fosse um dos profissionais das equipes, quais aspectos consideraria relevantes para o planejamento das visitas domiciliares?



Atenção

Fique atento aos objetivos das visitas domiciliares e aos aspectos a serem considerados no seu planejamento destas.

Vimos que os profissionais das equipes de saúde da família devem realizar as visitas domiciliares e, para tal, devem fazer o planejamento prévio, considerando os objetivos propostos na VD e os profissionais que deverão realizá-la, para adequar o processo de trabalho.

Vale destacar os aspectos relevantes a serem considerados para a realização da visita domiciliar, que são:

- Conhecer os critérios estabelecidos para a seleção dos casos.
- Observar os horários prioritários para a realização da VD.
- Estabelecer, conforme o objetivo proposto e a complexidade do caso, a frequência da VD.
- Determinar os profissionais que realizarão a VD em cada caso.
- Estimar o tempo de duração da VD.
- Agendar previamente a VD com o usuário e a família.
- Estabelecer a rota das visitas domiciliares, se será necessário transporte.
- Checar os materiais e equipamentos necessários.

Avançando na prática

Atuação da eSF na VD e a continuidade dos cuidados

Descrição da situação-problema

Dona Henriqueta, 86 anos, é hipertensa e diabética, faz acompanhamento com Vanusa (ACS) e Rose (enfermeira), ambas da eSF São Francisco da UBS Novo amanhã. Devido à sua dificuldade de locomoção e condição de saúde, é atendida em domicílio, porém, ela sofreu uma queda, foi submetida à cirurgia no quadril e está hospitalizada. Rose e Vanusa, sabendo que Dona Henriqueta receberá alta hospitalar e preocupadas com a continuidade na atenção, discutiram o caso com a equipe, apontando os cuidados de que ela necessitará para higienização, medicação e curativos, informando que não há suporte familiar disponível, uma

vez que ela vive apenas com seu esposo, Sr. Belmiro, 86 anos, também hipertenso, cardíaco, que apresenta déficit de memória. Seu filho mora em outra cidade, mas ela tem uma sobrinha que vez ou outra a visita. Apresentaram o ecomapa elaborado, o qual demonstra forte relação com a sobrinha e relação existente com Dona Aurea, sua vizinha, e amigas da igreja que ela frequenta. Analise o caso e discuta quais profissionais e recursos podem ser acionados para assegurar a continuidade dos cuidados e uma atenção integral, conforme as necessidades atuais de Dona Henriqueta e seu Belmiro.



Lembre-se

As eSF são responsáveis pelo atendimento domiciliar de usuários, pacientes com impossibilidade de locomoção até a UBS, doenças crônicas e condições de saúde compensadas, e para isso realizam as visitas domiciliares a fim de oferecer acompanhamento e cuidados no domicílio, mas em situações mais complexas e que exijam maior frequência nos cuidados, é possível acionar outros recursos e serviços na rede de atenção à saúde. Vamos discutir quais serviços e recursos poderão auxiliar no caso apresentado.

Resolução da situação-problema

A enfermeira e a ACS, preocupadas com a continuidade e integralidade na atenção, estão definindo com sua equipe como conduzir e organizar o plano de cuidados de Dona Henriqueta. Considerando que ela necessitará de cuidados no pós-cirúrgico, pois se encontrará restrita ao leito e necessitará de reabilitação, convém que a equipe discuta o caso com a equipe NASF, especialmente com os profissionais fisioterapeuta e assistente social, e verifique a necessidade de acionar a equipe EMAD de seu município, para acompanhamento do caso nesse período em que a paciente necessitará de cuidados mais frequentes e de atenção especializada de profissionais.



Faça você mesmo

Agora você pode pesquisar mais sobre o atendimento domiciliar, as modalidades AD2 e AD3 e os profissionais que podem compor as equipes EMAD e EMAP no link a seguir: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 16 ago. 2016.

Faça valer a pena

1. A visita domiciliar é uma das modalidades da _____ e tem a importante função de _____, _____ e _____.

Assinale a alternativa que completa as lacunas corretamente:

- a) atenção domiciliar; fornecer informações; conhecer as famílias; suas necessidades.
- b) internação domiciliar; fornecer informações; conhecer as famílias; suas necessidades.
- c) avaliação domiciliar; fornecer informações; conhecer as famílias; suas necessidades.
- c) internação hospitalar; fornecer informações; conhecer as famílias; suas necessidades.
- d) busca ativa; fornecer ações de vigilância; promoção; educação em saúde.
- e) internação ambulatorial; fornecer vigilância; promoção; educação em saúde.

2. Como pode ser conceituada a visita domiciliar? Assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

() É uma prática de assistência à saúde adotada na estratégia de saúde da família.

() É um instrumento valioso para proporcionar a atenção integral, humanizada e continuada às famílias.

() É uma modalidade da atenção domiciliar.

- a) V, F, V.
- b) V, V, V.
- c) V, V, F.
- d) F, F, V.
- e) V, F, F.

3. É correto afirmar que a visita domiciliar tem como objetivo:

I. Identificar a estrutura e o contexto familiar, com a construção do genograma e/ou ecomapa.

II. Realizar assistência domiciliar do paciente, principalmente nos casos em que há impossibilidade de locomoção até o serviço de saúde.

III. Auxiliar no monitoramento e na prevenção de doenças transmissíveis e doenças crônicas, favorecendo a adesão aos cuidados e tratamento.

- a) Apenas I está correta.
- b) Apenas II está correta.
- c) Apenas III está correta.
- d) II e III estão corretas.
- e) I, II e III estão corretas.

Seção 4.4

Coleta e registros de dados

Diálogo aberto

Olá, aluno! Nesta seção iremos abordar o Sistema de Informação em Saúde, os instrumentos de coleta e registro de dados, o sistema de informação da atenção básica (SIAB) e o e-SUS.

A UBS Jardim das Margaridas, uma das quatro unidades de saúde do município de Cosmopolândia, está implantando duas equipes de Saúde da Família (eSF). Estas participaram de um curso introdutório a fim de capacitar seus profissionais para atuarem no diagnóstico, planejamento de ações, acolhimento aos usuários e junto ao sistema de informações em saúde. Léia e Sara, agentes comunitárias de saúde, ficaram com dúvidas sobre o sistema de informação da atenção básica e pediram auxílio a Andreia, enfermeira da equipe. Elas se lembravam das melhorias no sistema citadas no curso, mas como a UBS em que atuavam ainda não dispõe de computadores, estavam confusas com o uso e o preenchimento das fichas e queriam entender: quais fichas iriam usar para a coleta de dados?

Para auxiliar Andreia a esclarecer as dúvidas das ACS, iremos conhecer o sistema de informação da atenção básica (SIAB), o atual SISAB, a implantação do e-SUS AB, as fichas utilizadas no sistema SIAB e SISAB para coleta e registro de dados. Vamos conhecer como os profissionais da equipe de saúde da família coletam e registram os dados no sistema de informação da atenção básica?

Não pode faltar

Nesta seção, vamos abordar como as equipes de saúde da família coletam e registram as informações no sistema de informação da atenção básica e as modificações que ocorreram neste com a implantação do atual sistema SISAB e e-SUS.

Vimos anteriormente que muitas informações são colhidas pelos profissionais de saúde e que estas são de extrema importância não apenas para a identificação das necessidades em saúde, a elaboração de plano de cuidados do indivíduo e o acompanhamento das condições de saúde, mas também para o planejamento de ações e projetos terapêuticos em saúde no território. Mas, como essas informações são operacionalmente coletadas e registradas por diferentes profissionais das equipes da atenção básica?

Vamos entender como as equipes da atenção básica, ou seja, as eSF (equipes de saúde da família), assim como profissionais do NASF, de atendimento domiciliar, dentre outros, operacionalizam a coleta e o registro dos dados no sistema de informação.

Sistema de informação da atenção básica

Esse sistema foi implantado em 1998 para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do programa saúde da família (PSF), atual eSF. Nele é possível obter informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde e monitoramento das ações realizadas na atenção básica.

O SIAB tem a importante missão de disponibilizar informações agregadas relacionadas à morbidade, à mortalidade, ao estado imunitário e nutricional da população, à situação socioeconômica e do saneamento ambiental, que são de vital importância para o planejamento das ações junto às unidades básicas de saúde. Dessa forma, é uma ferramenta muito importante para o planejamento e a gestão das ações desenvolvidas e para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família.

As informações coletadas pelas equipes de saúde da família no domicílio nas fichas de cadastramento e de acompanhamento das famílias adscritas são registradas no sistema, e através deste é possível obter relatórios e informações consolidadas de todo território e todas as áreas no município.

Muitas vezes, os profissionais se limitam a coletar e registrar, sem compreender a importância e o uso da informação, e não sabem como preencher as fichas com informações, limitam-se a anotar os dados e não utilizam os relatórios fornecidos pelo sistema, que são de grande valia para o diagnóstico da situação de saúde, para o planejamento de ações e para a organização do processo de trabalho das equipes.

Sistema de informação em saúde da atenção básica

Frente a algumas limitações, o SIAB foi aprimorado para qualificar as informações e facilitar seu uso pelos gestores e profissionais de saúde. Nessa nova

formulação, em 2013, o sistema passou a ser denominado sistema de informação em saúde da atenção básica (SISAB) e visava possibilitar maior detalhamento de informações do usuário, tais como tipo e condições de moradia, informações sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, situação conjugal) e condições de saúde autorreferidas, além de facilitar o acompanhamento dos usuários, pois os dados passaram a ser individualizados, bem como das ações desenvolvidas pelos profissionais de equipe individualmente, uma vez que os dados são vinculados ao número do profissional do SUS que preencheu a ficha e o número do cadastro do usuário, ou seja, cartão SUS. Esse sistema também integra os diferentes sistemas da atenção básica, possibilitando que profissionais da atenção básica (das equipes eSF, NASF, Consultórios de Rua, Atenção Domiciliar, de Programas da Academia de Saúde e Programa Saúde Escolar) registrem e tenham acesso a informações mais qualificadas sem ter que preencher diferentes sistemas, com duplicidade de informações, ou ainda, dados discrepantes. O gestor tem acesso a um resumo do envio de informações por equipe, auxiliando no gerenciamento local, nos municípios e no território nacional.



Assimile

O SIAB é um importante instrumento de monitoramento das ações da atenção básica, foi reformulado e está sendo substituído pelo SISAB, que usa o software e-SUS AB para facilitar o acesso de gestores e profissionais de saúde das equipes de atenção básica (EAB). Porém, para assegurar sua eficiência, as equipes de saúde da família devem conhecer o sistema, a importância das informações coletadas, as fichas utilizadas para coleta dos dados, os campos para preenchimento das informações, bem como devem saber registrar e analisar os relatórios fornecidos pelo sistema, a fim de auxiliar no diagnóstico, planejamento de ações, avaliação e reorganização do processo de trabalho das equipes.

Esse novo sistema possui uma plataforma tecnológica mais moderna, fazendo uso do software do e-SUS AB. Nas unidades básicas de saúde que não estejam informatizadas com prontuário eletrônico do cidadão (PEC), é utilizado um sistema de coleta de dados simplificado para preenchimento de fichas, de maneira a facilitar e reduzir o tempo gasto pelos profissionais com coleta das informações.



Vocabulário

e-SUS: estratégia usada para informatizar as unidades de saúde, reformular o sistema de informação do SUS, informatizando os processos de trabalho, para integrar os dados, melhorando o fluxo e uso das informações pelos gestores e profissionais de saúde a fim de melhorar os cuidados nos serviços e nas redes de atenção em saúde.

e-SUS AB: é um software usado na atenção básica que alimenta o sistema de informação em saúde da atenção básica, e utiliza duas formas – a CDC, para coleta de dados simplificada, e o PEC (prontuário eletrônico do cidadão) em unidades básicas de saúde que possuam os equipamentos e a conectividade.

A implantação do SISAB depende do e-SUS, da estrutura do município. Há municípios em que apenas a secretaria de saúde possui computador, em outros, com mais recursos, as unidades básicas de saúde já estão informatizadas, disponibilizando computadores nos consultórios e demais espaços com acesso à internet. Devido à diversidade de condições quanto ao uso dos sistemas, iremos conhecer como são coletadas as informações em ambos.



Refleta

Você sabe se seu município tem acesso ao e-SUS? Se é utilizado o SIAB ou SISAB na sua unidade básica de saúde? Reflita: de que forma isso pode interferir na qualidade da assistência e no processo de trabalho das equipes?

Para a coleta de dados no SIAB são utilizadas fichas de cadastro, nas quais são realizados preenchimentos dos dados do domicílio e do usuário, e fichas de acompanhamento, vamos conhecê-las?

Fichas para coleta de dados no SIAB

• Cadastramento

Ficha a – Reúne informações obtidas no cadastramento das famílias, possibilitando conhecer características familiares importantes, tais como número de residentes por sexo e idade, doenças referidas, nível de escolaridade, ocupação e informações referentes ao saneamento e moradia.

É importante destacarmos que essas informações são coletadas no cadastramento das famílias e preenchidas na ficha A pelos ACS, e estes devem verificá-las, sendo, portanto, necessário que sejam preenchidas na visita domiciliar, dentro do domicílio, para que possam ser observadas questões de saneamento, como consumo de água (água é proveniente de rede de abastecimento, poço, cisterna, rio, carro-pipa), destinação de lixo (coletado, queimado, enterrado), do esgoto sanitário (se é coletado por rede de esgoto, se tem fossa séptica, ou se é destinado a um rio ou a uma vala a céu aberto). Devido à dinâmica das famílias, é imprescindível que os dados da ficha A sejam periodicamente atualizados, sempre que ocorram alterações.

• Acompanhamento

Existem as **Fichas B**, que são usadas para o acompanhamento de pacientes hipertensos (FICHA B HA), diabéticos (FICHA B-DIA), com tuberculose (FICHA B-TB), hanseníase (FICHA B-HAN) e gestantes (FICHA B GES), portanto temos Fichas B diferenciadas para esses públicos. Essas fichas são preenchidas pelo profissional quando é realizado o diagnóstico e depois são entregues ao ACS para registros posteriores, nas visitas domiciliares mensais.

As **Fichas C** são utilizadas pelo ACS e também denominadas cartão sombra, pois são uma cópia do cartão da criança, para acompanhar e registrar informações sobre a vacinação e condições de saúde das crianças, durante a visita domiciliar.

Nas **Fichas D** são registradas consultas médicas, de enfermagem, procedimentos, notificações, internações hospitalares e encaminhamentos.

Para possibilitar outras informações, como registro de atendimentos de outras categorias profissionais, por exemplo, a equipe da saúde bucal, e ainda sobre o tipo de consulta médica (se agendada, demanda espontânea, de urgência), foi criado o relatório PMA-C (Produção e Marcadores de Avaliação – Complementar), possibilitando monitorar e quantificar essas informações complementares.

Registro no SIAB

As informações coletadas nas fichas acima são posteriormente registradas no SIAB em blocos: cadastramento das famílias (Fichas A), relatório da situação de saúde e acompanhamento das famílias, e relatório de produção e marcadores para avaliação (PMA).

Fichas para coleta de dados no SISAB

No SISAB são usadas sete fichas, dependendo do profissional e do foco de sua atenção, ou seja, para cadastramento, atendimento individual ou grupo, procedimentos e visita domiciliar serão utilizadas fichas diferenciadas. O Quadro 4.2 apresenta a classificação das fichas de coleta simplificada de dados (CDS), classificados em blocos:

Quadro 4.2 | Distribuição das fichas CDS/e-SUS AB

Cadastro da Atenção Básica	Fichas de Atendimento de Nível Superior	Ficha de Atendimento de Nível Médio e outros
<ul style="list-style-type: none"> • Cadastro Domiciliar • Cadastro Individual 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Atendimento Individual • Ficha de Atendimento Odontológico Individual • Ficha de Atividade Coletiva • Ficha de Procedimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Procedimentos • Ficha de Visita Domiciliar

Fonte: Brasil (2013, p. 7).

Podemos observar que as fichas usadas pelos ACS para cadastro da AB podem ser: domiciliar, para caracterização social e sanitária dos domicílios no território; e individual, a fim de caracterizar condições sociodemográficas, necessidades e problemas de saúde dos usuários no território das EAB.

As fichas usadas por profissionais de nível superior são para:

- **Atendimento individual** – utilizada pelos profissionais de nível superior da atenção básica, com exceção dos dentistas (que possuem ficha específica), traz informação individual do usuário, com número do Cartão Nacional do SUS, identificação do estabelecimento de saúde e dos profissionais de saúde envolvidos.

- **Atendimento odontológico individual** – usada apenas pela equipe de saúde bucal da atenção básica.

- **Atividade coletiva** – usada por profissionais para registros de ações em saúde, como oficinas, rodas de conversas, grupos terapêuticos e ações como reuniões de equipe para educação permanente e/ou organização de processo de trabalho, discussões de casos.

- **Procedimentos** – usada para coleta de dados sobre a realização de procedimentos ambulatoriais, tanto por profissionais de nível superior quanto nível médio.

Fichas de atendimento de nível médio e outro para:

- **Visita domiciliar:** a ficha de visita domiciliar coleta dados sobre a realização de visitas domiciliares dos ACS, sendo possível coletar informações de até dez usuários por ficha, com o motivo da visita (cadastro ou periódica) e também possibilita registrar o profissional que acompanhou essa visita. Importante destacarmos, no caso de atendimentos domiciliares realizados por profissionais de nível superior, estes serão registrados nas fichas de atendimento, e no local de atendimento se preenche domicílio, pois no SISAB, o termo visita domiciliar é usado apenas quando realizado pelo ACS.



Exemplificando

Um usuário da UBS Progresso procurou atendimento devido à dor na coluna lombar. Nesse caso, qual ficha deverá ser utilizada pelo profissional que o atender? Vamos considerar o caso da UBS não possuir o e-SUS AB implantado: poderá ser usado o SIAB, a Ficha D (utilizada para consulta, encaminhamento e procedimentos), ou o sistema CDS do SISAB, pois este não necessita de acesso aos computadores, usando manualmente as fichas de atendimento individual e procedimento, caso seja realizada administração de medicamentos, acupuntura, dentre outros. Porém, se a UBS for informatizada, com software de prontuário eletrônico, não será necessário o preenchimento de fichas, pois essas informações irão alimentar o sistema.

Registro no SISAB

As informações coletadas e registradas manualmente nas fichas CDS, posteriormente são digitadas e importadas para o sistema pelo administrador, coordenador. No caso do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão, não há necessidade de utilizar as fichas de CDS: o registro é automático, pois cada atendimento gera uma ficha CDS de atendimento individual e/ou de procedimento no banco de dados do sistema, logo, dispensa fichas impressas.

Sem medo de errar

Como vimos, Léia e Sara, agentes comunitárias de saúde, ficaram com dúvidas sobre o sistema de informação da atenção básica e pediram auxílio a Andreia, enfermeira da equipe. Elas se lembravam das melhorias no sistema citadas no curso, mas como a UBS em que atuavam ainda não dispõe de computadores, estavam confusas com o uso e o preenchimento das fichas e queriam entender: quais fichas iriam usar para a coleta de dados.



Atenção

Fique atento à reestruturação do SIAB, o e-SUS, o novo sistema SIAB e as diferentes fichas usadas na coleta de dados conforme o sistema utilizado.

Devido à falta de equipamentos e acessibilidade na referida UBS, há a possibilidade de uso do SIAB, caso ainda não tenha sido feita transição para o novo sistema SISAB, ou, em caso de transição, poderá ser utilizado SISAB com a forma de coleta de dados simplificada CDS, por meio de fichas.

Caso estejam usando o SIAB, serão usadas pelas ACS as fichas de cadastramento (fichas A), fichas de acompanhamento de pacientes hipertensos, diabéticos, com tuberculose, hanseníase e gestantes (Fichas B) e fichas de acompanhamento da criança (Fichas C) e Fichas D, para registro de visitas domiciliares, notificações e internações. Já no SISAB, usarão as fichas de cadastro domiciliar e individual e de visita domiciliar.



Pesquise mais

Você poderá pesquisar mais sobre o e-SUS AB, SISAB e no SIAB nos *links* a seguir:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **e-SUS atenção básica**: sistema com coleta de dados simplificada. Departamento de atenção básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

Sobre o SIAB:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.esfma.org.br/manuais/siab.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

Avançando na prática

Utilização do sistema de informação pelas equipes da atenção básica

Descrição da situação-problema

Maria Alice, coordenadora de uma unidade básica de saúde que se encontra em fase de transição do sistema SIAB para o SISAB, participou de uma reunião na Secretaria de Saúde. Ela, preocupada com a transição e o impacto no processo de trabalho das equipes, questionou: quais são os benefícios desse sistema SISAB?

Frente ao caso, reflita e discuta sobre as limitações do SIAB e as mudanças ocorridas com a implantação do e-SUS AB e o novo sistema de informação em saúde da atenção básica, o SISAB.



Lembre-se

Para implantação do SISAB, há necessidade de recursos tecnológicos, como equipamentos de informática, por essa razão, ainda há uso do SIAB em algumas unidades básicas de saúde.

Resolução da situação-problema

O atual sistema de informação em saúde da atenção básica (SISAB), por fornecer dados mais detalhados, individualizados e oferecer integração com os demais sistemas da atenção básica, utilizando dados recolhidos por todas as equipes da atenção básica, permite melhora no acompanhamento de cada usuário e da atenção prestada pelos profissionais de saúde. Permite ainda obter relatórios sobre a produção por equipes, auxiliando o gestor no gerenciamento local e, quando implantado, o sistema reduz o tempo gasto pelos profissionais com preenchimento de fichas.



Faça você mesmo

Pesquise mais informações e esclareça suas dúvidas em relação à utilização do sistema SISAB nas duas formas, CDS e prontuário eletrônico do cidadão. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

Faça valer a pena

1. Quais os objetivos do SIAB?

- I. Acompanhar ações desenvolvidas pelos profissionais da estratégia saúde da família.
 - II. Fornecer informações individualizadas das condições de saúde do usuário.
 - III. Fornecer informações agregadas sobre condições socioeconômicas, sanitárias e ambientais das famílias adscritas no território.
- a) Apenas I está correta.
 - b) Apenas II está correta.
 - c) Apenas III está correta.
 - d) I e III estão corretas.
 - e) I, II e III estão corretas.

2. Analise as afirmativas sobre os sistemas e assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

- () Após a reestruturação do sistema, em 1998, o SISAB integra e possibilita o registro de profissionais e equipes da atenção básica.
- () O SIAB permite apenas o monitoramento das equipes da estratégia da família.

() O SIAB foi reformulado, sendo atualmente denominado SISAB e utilizando o software e-SUS.

- a) V, V, V.
- b) V, F, V.
- c) F, V, F.
- d) F, F, V.
- e) V, F, F.

3. Analise as afirmativas sobre os sistemas e assinale a sequência correta com V para Verdadeiro e F para Falso:

() O e-SUS é um software usado na atenção básica.

() O e-SUS é uma estratégia usada para reformular o sistema de informação do SUS.

() O e-SUS AB é o software que alimenta o sistema de informação em saúde da atenção básica.

- a) V, V, V.
- b) F, V, V.
- c) F, V, F.
- d) V, V, F.
- e) V, F, F.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos de atenção básica, n. 28, v. 1). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de atenção básica, n. 28, v. 1). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2016.

BRASÍLIA, Ministério da Saúde. **Melhor em casa**: a segurança do Hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Domiciliar, v. 2). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-SUS atenção básica**: sistema com coleta de dados simplificada CDS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.esfma.org.br/manuais/siab.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Hyso; ARAÚJO, Maria Rizeide Negreiros de. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

COELHO, Flavio Lucio G.; SAVASSI, Leonardo C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Minas Gerais, 2004. Disponível em: <http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/Aplicacao_Escala_Risco_Familiar.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

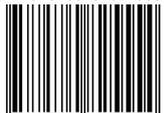
CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In: MALAGUTTI, W. (Org.) **Assistência domiciliar**: atualidades da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

PELOTAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes de saúde da atenção básica de Pelotas**, Pelotas: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. 136p. Disponível em: <<http://www.pelotas.com.br/dev/arquivo/DIRETRIZES-DA-ATENCAO-BASICA-11-ABRIL-2016.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2016.

SCHLITTLER, Ana Cristina Belizia; CERON, Mariane; GONCALVES, Daniel Almeida. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. 2010. 16 f. (Especialização em Saúde da Família)-Universidade no Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade26/unidade26.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.



ISBN 978-85-8482-555-4



9 788584 825554 >