

**CADERNO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

Sezifredo Paz
Diretor Geral

Márcia Huçulak
Superintendente de Atenção à Saúde

Shunaida Namie Sonobe
Departamento de Atenção Primária à Saúde

Equipe Técnica da Divisão de Atenção à Saúde da Família

Ana Lidia Lagner
Fandila Maria Rossetto
Malvina Gonçalves Ferreira
Noemi Esther Brittes
Patricia Goulart Duque Estrada Santos
Rosiane Aparecida da Silva

Equipe Técnica da Divisão de Atenção à Saúde da Mulher

Ana Maria Bittar
Izabel Christina Mello de Brito
Julia Eliane Murta

APRESENTAÇÃO

SAÚDE PARA TODO PARANÁ!

Levar saúde para todos os paranaenses é um desafio que demanda comprometimento de gestores e profissionais de saúde de todos os municípios. Adotar novas formas de gestão, melhorar processos de trabalho e rever procedimentos faz parte da rotina de quem tem a função de cuidar da vida no Paraná.

É com esse olhar que a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu os “Cadernos de Atenção à Saúde”, nos quais são detalhados os protocolos das redes Mãe Paranaense e Paraná Urgência para apoiar as equipes de saúde dos municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

O conjunto de “Cadernos” constitui ferramenta essencial para a atuação em Redes de Atenção, política pública de saúde do Paraná que tem se mostrado eficaz.

Queremos que cada profissional se aproprie dos conteúdos disponibilizados nessa coleção e que juntos possamos cada vez mais interferir para melhorar os índices de saúde do Paraná.

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

SUMÁRIO

1. SISTEMA ÚNICO DA SAÚDE – SUS	7
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	7
2.1 ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF	8
2.2 ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA DE AGENTE COMUNITÁRIO - EACS	8
2.3 ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DA APS	8
2.4 DAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	9
3. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	9
3.1 PERFIL DO ACS	10
3.2 AÇÕES DO ACS.....	10
3.3 O ACS E AS SITUAÇÕES DE RISCO	10
4. TRABALHO EM EQUIPE.....	11
4.1 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA EQUIPE DE SAÚDE.....	11
5. INSTRUMENTALIZAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE.....	12
5.1 CADASTRO FAMILIAR.....	12
5.2 MAPEAMENTO DA ÁREA DE ATUAÇÃO.....	12
5.3 VISITA DOMICILIAR.....	13
5.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE.....	13
6. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES	13
6.1 ETAPAS DO PLANEJAMENTO.....	14
7. FERRAMENTAS DE TRABALHO	14
7.1 CADASTRO DOMICILIAR.....	15
7.2 CADASTRO INDIVIDUAL.....	15
7.3 FICHA DE PROCEDIMENTOS	15
7.4 FICHA DE VISITA DOMICILIAR	15
8. O ACS E OS CICLOS DE VIDA.....	15
8.1 REDE MÃE PARANAENSE.....	16
8.2 FLUXO DA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	16
8.2.1 VISITA DOMICILIAR E GESTANTE: O QUE OBSERVAR?	17
8.2.3 COMPETE AO ACS – REDE MÃE PARANAENSE	17
8.3 FLUXO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	17
8.3.1 AÇÕES DO ACS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA	19
9. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	19
9.1 PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE	19
9.1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
9.1.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA / CENTRO MÃE PARANAENSE.....	20
9.1.3 ATENÇÃO HOSPITALAR – NÍVEL TERCIÁRIO.....	20
REFERÊNCIAS	21

1. SISTEMA ÚNICO DA SAÚDE – SUS

O **Sistema Único de Saúde – (SUS)** foi criado pela Constituição Federal de 1988, para que toda população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde, tem por finalidade promover a saúde da população, para melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A Constituição Brasileira de 1988 trata em seus artigos de 196 a 200 sobre a saúde, determinando que:

1. A saúde é direito de todos;
2. O direito à saúde deve ser garantido pelo Estado. O Estado quer dizer: Poder Público: o governo do Distrito Federal, estadual e municipal;
3. O direito à saúde deve ser garantido mediante políticas pública e econômica, com acesso universal, igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção, recuperação e para reduzir o risco de doenças e outros agravos.

O artigo 198 da Constituição Brasileira define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede de regionalização e hierarquizada e deve constituir um sistema único, organizado de acordo como os seguintes princípios e diretrizes.

Princípios:

Universalidade: Garante o acesso à saúde a toda população, sem qualquer preconceito ou privilégio, em todos os níveis de assistência. Todos os usuários têm direitos a exames, consulta, tratamento nos serviços de saúde público ou privado (contratado pelo gestor).

Integralidade: O SUS deve se organizar de forma que garanta a oferta necessária aos indivíduos e coletividade, em ações de serviços de promoção a saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Equidade: O SUS deve disponibilizar serviços que promovam a justiça social, cujo objetivo é diminuir as desigualdades, canalizando maior assistência aos que mais necessitam.

Diretrizes:

Descentralização: princípio que define o sistema de saúde organizado tendo uma única direção, com único gestor em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), cada gestor em cada esfera do governo tem atribuições comuns e competências específicas.

Regionalização: orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, favorece as pactuações entre ges-

tores considerando suas responsabilidades, tem como objetivo garantir o direito à saúde da população reduzindo as desigualdades sociais e territoriais.

Hierarquização: é uma forma de organizar os serviços e ações para atender às diferentes necessidades de saúde da população. Desta forma têm-se serviços voltados ao atendimento das necessidades mais comuns e freqüentes desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde com ou sem Saúde da Família.

Participação da comunidade: É o princípio que prevê a organização e a participação da comunidade na gestão SUS, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, na esfera federal, estadual e municipal.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Atenção Primária à Saúde – APS, também conhecida como Atenção Básica, é estabelecida através da Portaria GM nº 2.488 de 21/10/2014 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, deve ser o contato preferencial do usuário e principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Fundamentos e diretrizes

- I- ter **território adstrito** sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, em consonância com o princípio da equidade;
- II- possibilitar o **acesso universal e contínuo aos serviços de saúde** com qualidade e resolutividade;
- III- **adscrever os usuários** e desenvolver relações de vínculo

e responsabilização entre as equipes e população, garantindo a longitudinalidade do cuidado;

IV- coordenar a integralidade em seus vários aspectos, como a integração de ações programáticas e demanda espontânea, integração das ações de promoção em saúde, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe;

V- estimular a participação dos usuários como forma de ampliar a autonomia e capacidade na construção do cuidado à saúde das pessoas e coletividades do território;

2.1 ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, busca favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A equipe multiprofissional da ESF é composta por: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). A equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais: de odontologia - cirurgião dentista e um técnico ou auxiliar da saúde bucal. Cabe ao gestor municipal a decisão de incluir ou não outros profissionais às equipes.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo no máximo 750 pessoas por ACS, e de 4 a 12 ACS por equipe de ESF.

As equipes de ESF devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com sua conformação e modalidade. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho e funcionamento das UBS deve ser organizada de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

2.2 ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA DE AGENTE COMUNITÁRIO - EACS

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS, como uma possibilidade para a reorganização da Atenção Básica, com vistas à implantação gradual da estratégia de saúde da família ou como uma forma de agregar os ACS a outras maneiras de organização da atenção básica.

Para a implantação desta estratégia é necessário que exista uma UBS inscrita no sistema de cadastro nacional vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe, um

enfermeiro responsável pela equipe para no máximo 12 ACS e no mínimo 4 ACS, e o cumprimento de 40 horas semanais.

Cada ACS deve ter uma micro área sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse a 750 pessoas.

O enfermeiro da EACS, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão, tem a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função da prioridade definidas conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros.

2.3 ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DA APS

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de APS devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. Sendo atribuições comuns a todos os profissionais:

- I- participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos de vulnerabilidade;
- II- manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III- realizar o cuidado da saúde da população adscrita, quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escola, associação, entre outros);
- IV- realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade da população local, bem com as previstas nas prioridades e protocolos locais;
- V- garantir a atenção à saúde, buscando a integralidade por meio de ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento a demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI- participar do acolhimento dos usuários, procedendo a primeira avaliação e identificando as necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando um atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII- realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de

- notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII- responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX- praticar cuidado familiar e dirigido a coletividade e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, famílias, coletividade e da própria comunidade;
- X- realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI- acompanhar e avaliar as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII- garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na APS;
- XIII- realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando ares técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV- realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- XV- participar das atividades de educação permanente;
- XVI- promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII- identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII- realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da APS poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades definidas nacionais e estaduais pactuadas.
- espontânea;
- V- acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas devem ser programadas em conjunto com a equipe considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
- VI- desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII- desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, no combate à Dengue, malária, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de situações de risco; e
- VIII- estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.
- É permitido ao ACS desenvolver outras atividades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

2.4 Das atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde

- I- trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;
- II- cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;
- III- orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV- realizar atividades programadas e de atenção à demanda

3. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

O trabalho do ACS tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, pois desenvolve um serviço de extensão da saúde junto à sua comunidade. Por residir na localidade de atuação, o ACS, conhece os problemas enfrentados pela comunidade, as demandas e necessidades peculiares de cada morador, têm conhecimento de que a saúde é o resultado das condições de vida, do acesso ao trabalho, à moradia e à alimentação.

O ACS é um líder natural e se destaca pela sua capacidade de comunicação junto aos membros da comunidade em que atua. Devido a sua liderança, o ACS, tem mais facili-

dade para atuar junto a situações problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intra-familiar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc.

O Agente Comunitário de Saúde - ACS é muito importante para o desenvolvimento das ações da comunidade e pode integrar tanto a equipe Estratégia da Saúde da Família quanto uma equipe do Programa de Agente Comunitária de Saúde (PACS), de acordo com a realidade do município.

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

3.1 Perfil do ACS

- Conhecer o território;
- Conhecer os problemas da comunidade, sua potencialidade de crescer e se desenvolver social e economicamente;
- Ser proativo;
- Gostar de aprender coisas novas;
- Observar as pessoas, coisas e os ambientes;
- Agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais;

3.2 Ações do ACS

O ACS deve acompanhar todas as famílias e pessoas do seu território através da visita domiciliar onde irá desenvolver ações de educação em saúde, porém sua atuação não está restrita ao domicílio, e deve ocorrer também nos diversos espaços comunitários.

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

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

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

3.3 O ACS e as situações de risco

O termo *risco*, popularmente, significa a probabilidade, chance ou perigo e embora pareça evidente não significa certeza; já para a epidemiologia risco é a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado.

Portanto situações de risco são aquelas em que uma pessoa ou grupo de pessoas tem maior possibilidade ou chance de adoecer ou até mesmo de morrer, sendo assim o ACS deve estar sempre atento para situações como:

- Bebês que nascem com menos de dois quilos e meio (baixo peso);
- Crianças desnutridas;
- Filhos de mães que fumam, bebem bebidas alcoólicas e usam drogas na gravidez;
- Gestantes que fumam;
- Gestantes que não realizam pré-natal;
- Gestantes com diabetes e/ou pressão alta;
- Acamados;
- Pessoas com deficiência que não tem acesso às ações de saúde sejam estas de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação;
- Pessoas em situação de violência;
- Pessoas que estão com peso acima da média e vida sedentária com ou sem uso do tabaco ou álcool.
- Além das situações de risco o ACS também deve observar as condições que aumentam o risco de as pessoas adoecerem, tais como:
 - Baixa renda;
 - Desemprego;
 - Acesso precário a bens e serviços: água, luz elétrica, transporte etc.;
 - Falta de água tratada;
 - Lixo armazenado em locais inadequados;
 - Uso incorreto de venenos na lavoura;
 - Poluição do ar ou da água;
 - Esgoto a céu aberto;
 - Falta de alimentação ou alimentação inadequada;
 - Uso inadequado de medicamentos prescritos;
 - Automedicação;
 - Descontinuidade de tratamento.

Devemos lembrar que as situações de risco podem ser agravadas por obstáculos ou fatores que dificultem ou impeçam as pessoas de terem acesso às unidades de saúde e,

para tanto devemos considerar:

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

O ACS deve estar consciente de que existem situações de risco que afetam a pessoa individualmente e, portanto, têm soluções individuais. Outras atingem um número maior de pessoas em uma mesma comunidade, o que irá exigir uma mobilização coletiva, por meio da participação da comunidade integrada às autoridades e serviços públicos. Os Conselhos de Saúde (locais, municipais, estaduais e nacional) e as Conferências são espaços que permitem a participação democrática e organizada da comunidade na busca de soluções, mas também há outras formas de mobilização coletiva tais como: reunião das equipes de saúde com a comunidade e associação de moradores, caixas de sugestões, ouvidoria, disque-denúncia, entre outras.

4. TRABALHO EM EQUIPE

Podemos entender que uma equipe é formada por pessoas com diversas formações saberes e práticas diferentes permitindo assim uma troca e maior abrangência de conhecimentos com ênfase em um mesmo objetivo.

Em uma equipe todos sabem a importância e responsabilidade de suas funções, bem como, as atividades desempenhadas por outros, podendo substituí-lo em caso de necessidade. Na equipe o que agrega valor é o “resultado do conjunto”. Portanto, podemos observar que saber trabalhar em equipe é tarefa difícil, lenta e progressiva que demanda esforço, paciência, persistência e tolerância.

Todo trabalho que necessita de espírito cooperativo, compartilhamento de informações, divisão de tarefas, e que esteja sujeita à derrotas e vitórias, exige de todo profissional uma compreensão significativa do comportamento humano e da interação entre as pessoas. Muitas vezes, equipes possuem objetivos claros, mas que geram dificuldades, conflitos, ambiente tenso e comunicação nebulosa ao longo do processo.

Somente o fato de as pessoas trabalharem juntas não, constitui uma equipe: as pessoas precisam aprender a “ser equipe”. Ou seja, a equipe precisa ser construída e, para essa construção acontecer, os trabalhadores precisam aprender um “modo-equipe” de trabalhar, reorganizando-se em tor-

no de projetos terapêuticos para assistir os usuários em sua integralidade. É importante que toda a equipe assuma a tarefa de cuidar do usuário, reconhecendo que, para abordar a complexidade do trabalho em saúde, são necessários diferentes olhares e fazeres.

4.1 Atribuições dos profissionais na equipe de saúde

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

O quadro abaixo nos indica algumas ações que são específicas e outras que são comuns aos profissionais da equipe da unidade de saúde.

Quadro 1 Atividades X profissionais da Equipe de Saúde da Família

Ações/Profissionais	ACS	AE e TE	Enfermeiro	Médico	ACE	Cirurgião Dentista	Téc. Saúde Bucal	Auxiliar de Saúde Bucal
Realizar Planejamento	x	x	x	x	x	x	x	x
Prescrever medicamento	x	x*	x	x	x	x**	x	x
Realizar visita domiciliar	x	x	x	x	x	x	x	x
Orientação sobre higiene bucal	x	x	x	x	x	x	x	x
Escutar/acolher usuário	x	x	x	x	x	x	x	x
Realizar cadastramento das famílias***	x	x	x	x	x	x	x	x
Realizar avaliação	x	x	x	x	x	x	x	x
Realizar consulta médica				x				
Realizar consulta de enfermagem			x					
Realizar consulta odontológica						x		
Realizar ações de educação em saúde	x	x	x	x	x	x	x	x
Territorialização	x	x	x	x				

*Enfermeiro - pode prescrever observando a legislação vigente.

**Cirurgião Dentista – pode prescrever observando a legislação vigente.

***Realizar cadastramento das famílias é uma das atribuições do ACS, mas pode ser desenvolvidos pelos demais membros da equipe.

Ao observar o quadro, percebemos que muitas atividades que são comuns a todos da equipe, afinal, todos atuam no mesmo campo da saúde. Devemos estar atentos a este

quadro para avaliar se as atividades comuns aos diversos trabalhadores estão acontecendo de forma articulada, pois este é um indicador de trabalho em equipe, afinal as atividades quando realizadas em conjunto trazem benefícios para todos.

5. INSTRUMENTALIZAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

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

Há diversos instrumentos que podem ser utilizados para a coleta dos dados sendo que cada um tem seu próprio objetivo e a soma de todos auxilia na construção do diagnóstico. Dentre os instrumentos é importante destacar:

- Cadastro das famílias;
- Mapa da comunidade;
- Visita domiciliar/ entrevista;
- Reuniões e educação em saúde.

5.1 Cadastro Familiar

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

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

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

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

Para o diagnóstico da comunidade, é importante e necessário identificar outros locais onde os moradores costumam ir para resolver seus problemas de saúde, como casa de benzedeiros ou rezadores, raizeiros ou pessoas que são conhecidas por saberem orientar sobre nomes de remédio

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

Ao realizar o cadastramento e identificar os principais problemas de saúde, o trabalho do ACS contribui para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade. Os dados desse cadastramento devem ser de conhecimento de toda a equipe de saúde, e o cadastramento da população deve ser atualizado constantemente.

O território é à base do trabalho do ACS. Território, segundo a lógica da saúde, não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura.

5.2 Mapeamento da área de atuação

Trabalhar com território implica em um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, políticos culturais, epidemiológicos e sanitários, identificados por meio do cadastramento e devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe.

O mapeamento do território/área/micro área consiste em uma forma de retratar e aumentar conhecimentos sobre a comunidade. O mapa é um desenho que representa no papel o que existe naquela localidade: ruas, casas, escolas, serviços de saúde, pontes, córregos e outras coisas importantes. O mapa deve ser uma ferramenta indispensável para o trabalho. É o desenho de toda a área/território de atuação da equipe de saúde. O mapa ajuda a organizar melhor o trabalho.

O conjunto de mapas produzidos pelos ACS formarão um grande mapa da área de atuação da equipe de Saúde da Família (ESF/PACS) e, esse mapa mais abrangente, feito com todas as informações sobre a área, pode originar outros mais específicos. Como exemplo: destacar as informações das ruas, caminhos e as linhas de ônibus de uma comunidade, desenhando um mapa específico. Em uma região que chove muito, é importante conhecer bem os rios, açudes, lagos, lagoas da região e locais propensos à inundação.

É necessário identificar no mapa da equipe as micro áreas de risco, as quais são espaços dentro de um território que apresentam condições mais favoráveis ao aparecimento de doenças e área acidentadas. Por exemplo: área mais propensa à inundação, área próximas de barreiras ou encostas, áreas

com esgoto a céu aberto e sem água tratada, áreas com maior incidência de crimes e acidentes.

Não se deve esquecer que o mapa retrata o território onde acontecem mudanças, portanto, ele deve ser dinâmico e inteligente e constantemente atualizado. O ACS deve sempre ter a cópia do mapa de sua micro área para facilitar o acompanhamento das mudanças na comunidade. Neste mapa o ACS deve:

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

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

5.3 Visita Domiciliar

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

A sensibilidade/capacidade de compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança é uma das habilidades mais importantes do ACS. Isso ajudará a construir o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação. É importante que o ACS estabeleça um bom vínculo com a família, mas saiba dissociar à sua relação pessoal do seu papel como agente Comunitário de Saúde.

Uma visita domiciliar deve ser efetiva e para isso deve ser planejada, pois, ao planejar, utilizamos melhor o tempo e respeitamos tempo das pessoas visitadas. Após a realização da visita, devemos verificar se o objetivo foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias, pois esta avaliação permite corrigir possíveis falhas nas próximas visitas.

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

5.4 Educação em saúde na comunidade

As ações educativas têm como objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O desenvolvimento de ações educativas em saúde na comunidade ocorrem por meio do exercício do diálogo e do saber escutar.

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

As ações educativas têm início nas visitas domiciliares, mas podem ser realizadas em grupo, sendo desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. O trabalho em grupo reforça a ação educativa aos indivíduos e, vale lembrar que a ação educativa é de responsabilidade de toda a equipe.

Ao realizar ações educativas o ACS e a equipe devem utilizar linguagem deve acessível, simples e precisa, considerar o conhecimento e experiência dos participantes intermediando a troca de idéias.

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

6. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

Planejar não é improvisar, é preparar e organizar bem o que se irá fazer, acompanhar sua execução, reformular as decisões já tomadas, redirecionar sua execução, se necessário, e avaliar o resultado ao seu término. No acompanhamento da execução das ações, verifica-se se os objetivos pretendidos estão sendo alcançados ou não, para poder intervir a tempo de modificar o resultado final, alcançando assim seu objetivo.

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

O ACS em conjunto com a equipe deve planejar o seu trabalho, dando prioridade para aquelas famílias que necessitam ser acompanhadas com maior frequência, pois, as famílias em risco e as que pertencem aos grupos prioritários precisam ser acompanhadas mais de perto. Esse diagnóstico é um ponto de partida para o ACS e equipe organizarem o

calendário de visitas domiciliares e demais atividades.

6.1 Etapas do planejamento

O planejamento pressupõe passos, momentos ou etapas básicas estabelecidos em uma ordem lógica. De forma geral, seguem-se as seguintes etapas: diagnóstico, plano de ação, objetivos, meta, estratégia, recursos, cronograma, execução e acompanhamento e avaliação.

Diagnóstico

É a primeira etapa do planejamento para quem busca conhecer as características socioeconômicas, culturais e epidemiológicas, entre outras. As fontes de dados podem ser fichas, bem como anotações próprias, relatórios, livros de atas, aplicação de questionário, entrevistas, dramatização e outras fontes à disposição. O diagnóstico se compõe de três momentos específicos: levantamento, análise e reflexão dos dados, e priorização das necessidades.

Plano de ação e objetivos

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

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

Objetivos

Os objetivos correspondem às mudanças almejadas e para atingir um objetivo precisamos realizar uma ou várias ações que possibilitem a mudança da realidade apresentada no diagnóstico.

Meta

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

Estratégia

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

Recursos

É o levantamento de tudo que é necessário para realizar a atividade. Nesse ponto, é importante levantar dados sobre os recursos financeiros, materiais e, sobretudo, humanos, para sabermos o que temos à nossa disposição para a concretização do projeto.

Cronograma

Cronograma e estratégia estão intimamente ligados. O cronograma organiza a estratégia no tempo, ou seja, o tempo que será utilizado para cada ação a ser realizada.

Execução

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

Acompanhamento e avaliação

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

7. FERRAMENTAS DE TRABALHO

O Departamento de Atenção Básica (DAB) /Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) /Ministério da Saúde (MS) está reestruturando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com o objetivo de melhorar a qualidade da informação em Saúde e o seu uso pelos gestores, profissionais de Saúde e cidadãos. O ponto de partida dessa reestruturação está em aprimorar o detalhamento da informação, que anteriormente era consolidada, para a perspectiva de uso de dados individualizados, permitindo o acompanhamento de cada usuário atendido, assim como as ações desenvolvidas por cada profissional da equipe. Além disso, o novo sistema de informações (e-SUS AB) integra os diversos sistemas de informação existentes na Atenção Básica (AB), reduzindo a necessidade de registrar as mesmas informações em mais de um instrumento (fichas/sistemas), aproximando a informação produzida ao processo de trabalho dos profissionais da AB, qualificando o cuidado em Saúde e a cultura do uso da informação.

O novo sistema de coleta de dados utiliza sete fichas para o registro das informações, as quais estão divididas em três blocos (quadro 2).

Quadro 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

O agente comunitário de saúde utiliza quatro fichas: Cadastro Domiciliar, Cadastro Individual, Ficha de Procedimentos e Ficha de Visita Domiciliar.

7.1 Cadastro Domiciliar

O cadastro domiciliar identifica as características socio-sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Este cadastro busca identificar situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua (IBGE, 2009), no entanto devem ser monitorados pela equipe de Saúde.

Também este cadastro viabiliza a identificação dos núcleos familiares, um componente que amplia e qualifica o cuidado em saúde, a partir da abordagem familiar, que será tratada inicialmente na visita domiciliar do ACS.

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

O ACS deve estar atento ao preencher o Cadastro Familiar para algumas observações importantes, tais como:

- Preencher ou atualizar a Ficha de Cadastro Familiar, com os dados da gestante, se houver gestante no domicílio;
- Fornecer e anotar SISPRENATAL – Programa de Humanização do Pré Natal – PHPN

7.2 Cadastro Individual

O cadastro individual identifica as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território das equipes de AB. Esse cadastro é composto por duas partes, sendo elas: informações de identificação/sociodemográficas e condições de saúde auto-referidas pelo usuário.

Atenção: Devemos estar cientes de que o cidadão pode se recusar a fornecer os dados para o preenchimento do seu cadastro, neste caso é solicitado ao entrevistado que assine o **termo de recusa** para assegurar que o mesmo está ciente.

7.3 Ficha de Procedimentos

A ficha de procedimentos é uma ficha de coleta de dados sobre a realização de procedimentos ambulatoriais.

O fluxo da unidade em atenção à demanda espontânea, poderá eventualmente realizar um atendimento de escuta inicial/orientação. No entanto, no caso dos profissionais de nível superior, não deve ser preenchido novamente na nessa ficha se o atendimento já tiver sido marcado na Ficha de Atendimento.

A escuta inicial/orientação: é aquela realizada no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele. Durante o acolhimento e escuta qualificada, o profissional, quando possível, irá resolver o caso por meio de orientação. Caso contrário, deverá ser realizada a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para o encaminhamento do usuário em situação aguda ou não.

7.4 Ficha de Visita Domiciliar

A ficha de visita domiciliar é uma ficha de coleta de dados que busca por meio de sua estrutura coletar as informações sobre a realização de visitas domiciliares do ACS que como todas as fichas, também passam a conter registros individualizados. Além dos blocos de informações que constam no cabeçalho de cada ficha, a de visita domiciliar ainda contempla: Bloco de identificação (nº do prontuário, nº do cartão SUS, data de nascimento), bloco motivo da visita, Visita Periódica (busca ativa, Acompanhamento, egresso de internação, controle de ambientes / vetores, convite para atividades coletivas / campanha de saúde e outros) e o bloco desfecho (visita realizada, recusada, ausente ou outro).

O trabalho do ACS tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e comunidade e para que isso aconteça, deve estar sempre alerta e vigilante. Todas as informações que o ACS, conseguir sobre a comunidade serão úteis na organização do seu trabalho.

8. O ACS E OS CICLOS DE VIDA

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

A idéia em se dividir a atuação da atenção primária por ciclos de vida se remete ao princípio da integralidade, visto que em uma família pode ter adultos, adolescentes, idosos e crianças. Neste momento estaremos abordando a **Rede Mãe Paranaense**.

8.1 Rede Mãe Paranaense

A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

8.2 Fluxo da gestante na Atenção Primária

A Unidade de Atenção Primária (UAP) que está no território de abrangência da residência da mulher é a porta de entrada para realização do pré-natal. A captação precoce da gestante para o pré-natal é realizada pela Atenção Primária à Saúde, que pode ser pelo Agente Comunitário de Saúde, pela Equipe de Saúde da Família ou pela UBS. O ideal é que seja realizada antes do final do 3º mês de gestação.

Para mulheres que procuram a UAP, com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a contar da data da última menstruação, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional médico ou enfermeiro da UAP. Será realizado o Teste Imunológico para Gravidez TIG (urina) e/ou Gonadotrofina Coriônica Humana, Beta HCG e também está disponível o teste rápido para Gravidez adquirido pelo município.

Após confirmação da gravidez, dá-se início ao cadastramento no SISPRENATAL WEB para acompanhamento da gestante. Identifica-se o risco e a respectiva vinculação ao serviço hospitalar que fará o parto. É importante que o pai/parceiro acompanhe a gestante no pré-natal.

a) Passos para cadastramento

- Preencher ou atualizar a Ficha de Cadastro Familiar, com os dados da gestante;
- Cadastrar a gestante no SISPRENATAL WEB.

Nesse momento, a gestante e o acompanhante devem receber as orientações necessárias ao acompanhamento que será realizado no pré-natal, como:

- A carteira da gestante, com identificação preenchida, número do cartão SUS, do SISPRENATAL, hospital de referência para a realização do parto e o calendário das consultas de pré-natal;
- O calendário de vacinas e suas orientações;
- A solicitação dos exames de rotina

b) Vinculação da gestante ao serviço hospitalar

No momento do cadastramento a gestante deverá ser vinculada ao serviço hospitalar, que é a referência da Uni-

dade/Município, para o parto, de acordo com a estratificação de risco gestacional, devendo ser observados os seguintes cuidados:

- Anotar na Carteira da Gestante o nome do hospital de referência para a realização do parto, endereço e telefone;
- Orientar a gestante a se dirigir a esse serviço quando apresentar intercorrências clínicas e a UAP estiver fechada, e nos primeiros sinais de parto;
- Programar visita guiada ao hospital vinculado, com acompanhante, até o 6º mês de gestação.

c) Consultas

O cadastramento já conta como primeira consulta. No mesmo dia do cadastro, o médico ou a enfermeira que atender a gestante deve solicitar os primeiros exames de rotina.

A primeira consulta será realizada o mais precocemente possível ou até o final do 3º mês de gestação, garantindo no mínimo 7 (sete) consultas durante a gravidez e 1 (uma) no puerpério sendo 8 (oito) consultas para o atendimento a gestante na seguinte distribuição:

- 2 (duas) no primeiro trimestre;
- 2 (duas) no segundo trimestre;
- 3 (três) no terceiro trimestre da gestação;
- 1 (uma) no puerpério.

Durante a consulta o profissional deve coletar a história clínica, realizar a anamnese, preencher a Ficha de Identificação e Clínica do SISPRENATAL, realizar exame Físico: geral e ginecológico/obstétrico, solicitar exames laboratoriais conforme período gestacional ou necessidade, orientar dieta alimentar e prescrever, conforme Linha Guia: Mãe Paranaense, de acordo com a necessidade.

d) Orientações complementares

A avaliação e a estratificação de risco da gestação devem acontecer na primeira e nas demais consultas do pré-natal, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Deve ser garantido o acesso da gestante aos serviços de atenção especializada à gestação de risco, conforme desenho da Rede de Atenção Mãe Paranaense.

e) Hora do parto

Quando chegar a hora do parto, orientar a gestante a procurar o serviço de referência para o parto.

f) O puerpério

- A Equipe de Atenção Primária à Saúde deverá realizar visita domiciliar na primeira semana

- após o parto e nascimento (até o 5º dia), para acompanhamento da puérpera e da criança;
- Será realizada 1 (uma) consulta no puerpério, na primeira semana pós-parto. A mulher deve ter acesso garantido às ações do planejamento familiar;
 - Deverá ser estimulado o aleitamento materno;
 - Pacientes com abortamento e com interrupção prematura de gestação também devem ser acompanhadas na unidade de saúde de referência;
 - Dar baixa no SISPRENATAL.

8.2.1 Visita domiciliar e gestante: o que observar?

- Identificar a gestante por faixa etária e raça, ressaltando situações como idade gestacional, desnutrição, deficiência, etc.;
- Conhecer os principais problemas de saúde dos moradores da comunidade que convivem com a gestante ou no período puerperal;
- Conhecer as condições de moradia, de trabalho, hábitos, crenças e costumes;
- Perceber quais as orientações que as gestantes precisam ter para cuidar melhor da sua saúde, melhorar sua qualidade de vida e garantir uma gestação saudável;
- Ajudar as gestantes a refletir sobre as necessidades de mudanças de hábitos no período gestacional como, frequência de consulta clínica, acompanhamento da gestação;
- Identificar as famílias que necessitam de acompanhamento mais freqüente ou especial, para assistência a gestante adolescente ou de idade acima dos 40 anos;
- Divulgar e explicar o funcionamento do serviço de saúde e quais as atividades disponíveis;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população do território de abrangência da unidade de saúde;
- Ensinar medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde, como os cuidados de higiene com o corpo, no preparo dos alimentos, com a água de beber e com a casa, incluindo o seu entorno;
- Orientar a gestante, quando prescrito, o uso correto dos medicamentos e a verificação da validade deles;
- Alertar quanto aos cuidados especiais com gestante, puérperas e recém-nascidos de alto risco,

portadoras de deficiências;

- Registrar adequadamente as atividades realizadas, assim como outros dados relevantes, para os sistemas nacionais de informação disponíveis para o âmbito da Atenção Primária à Saúde;
- Agendar consulta quando necessário.

8.2.3 Compete ao ACS – Rede Mãe Paranaense

- Cadastrar as famílias da sua micro área, identificando precocemente gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas ou que necessitem de cuidado especial;
- Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, priorizando aquelas em situações de risco;
- Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à UAP para a inscrição no pré-natal;
- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante por meio de visita domiciliar, priorizando as gestantes de Risco Intermediário e Alto Risco;
- Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não comparecem à UAP para o seu acompanhamento;
- Captar as puérperas para consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram altas hospitalares;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo – ACS “Amigo do Peito”;
- Garantir o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando a equipe sinais de risco social, biológico, clínico e/ou situações de risco de violência.

8.3 Fluxo da Criança na Atenção Primária

O acompanhamento da criança inicia-se na gravidez, por meio da avaliação do crescimento intra-uterino.

No dia da alta, o hospital/maternidade onde foi realizado o parto entrega a carteira da criança com os dados registrados para mãe e deverá comunicar a Unidade de Atenção Primária (UAP) de referência sobre as condições de saúde da mãe e do bebê. A partir desse comunicado, a equipe de saúde da APS deve programar a visita domiciliar até o 5º dia após o parto, para avaliação da mãe e do bebê. Até essa data, a UAP já deverá ter recebido a Declaração de Nascidos Vivos (DN) e a estratificação de risco da criança, para a identificação precoce de fatores de risco.

Lembrando: Tanto a visita domiciliar quanto a de-

manda espontânea caracterizam-se como oportunidades para captação e inscrição da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

a) Visita domiciliar até o 5º dia após o parto

Até o 5º dia de nascimento deverá ser realizada visita domiciliar para:

- Atualizar o Cadastro Familiar;
- Verificar o estado geral da criança, presença de icterícia e sinais de perigo como: gemido, vômito, sinais de dor à manipulação, fontanela abaulada, secreção no ouvido ou no umbigo, letargia, febre (temperatura axilar > 37,5º), hipotermia (temperatura axilar < 35,5º), frequência respiratória > 60 mpm e convulsões;
- Observar o estado geral da mãe;
- Orientar sobre o aleitamento materno (conforme preconizado pela OMS), cuidado com o coto umbilical e cuidado de higiene;
- Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, que deverá acontecer até o 10º dia após o parto na UAP;
- Avaliar a carteira da criança, quanto:
 - ✓ A realização dos testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçãozinho;
 - ✓ A aplicação da vacina prevista ao nascer: hepatite B. Caso não tenha sido aplicada no hospital, orientar a procurar a UAP para realizar a imunização.

b) Acompanhamento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, sendo previsto: o registro na Carteira da Criança, a avaliação do peso, altura, perímetro cefálico, desenvolvimento, vacinação, intercorrências, estado nutricional, bem como orientações sobre os cuidados com a criança (alimentação, prevenção de acidentes e higiene);

A monitorização do crescimento (aumento da massa corporal) e desenvolvimento (habilidades cada vez mais complexas) é considerada a ação eixo na atenção primária à saúde da criança;

A equipe da UAP/ESF é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento da criança. O Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança contempla um intervalo de oito consultas no 1º ano de vida:

- Mensal até 6º mês
- Trimestral do 6º ao 12º mês

Duas consultas no 2º ano de vida (semestral de 12 até 24 meses). E uma consulta/ano a partir do 3º ano de vida.

Também deverá ser feita uma consulta odontológica

para o bebê, mesmo antes da primeira dentição, com o objetivo de prevenir e controlar a doença cárie em crianças de 0 a 36 meses.

Em todas as consultas realizadas deve-se registrar o atendimento da criança na Carteira da Criança e no prontuário.

Até a faixa etária de cinco anos, recomenda-se uma visita domiciliar mensal realizada pelo agente comunitário.

A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento independentemente do calendário previsto.

Deveres da equipe de UAP/ESF em relação a consultas e visitas domiciliares:

- estimular o aleitamento materno, conforme preconizado pela OMS;
- orientar o processo de desmame e a alimentação complementar;
- verificar o calendário vacinal;
- acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança;
- aferir o peso, a estatura e o perímetro cefálico e avaliar as curvas de referência para analisar o crescimento global da criança;
- avaliar a saúde bucal e orientar sobre a higiene oral;
- orientar sobre a prevenção de acidentes;
- tratar as intercorrências patológicas;
- identificar maus-tratos e notificá-los às autoridades.

c) Situações de risco

Da mesma forma que as gestantes, é necessário estratificar o risco das crianças para garantir o cuidado mais intensivo às crianças de risco que têm maior probabilidade de adoecer e morrer.

Para a estratificação de risco foram estabelecidos os seguintes critérios:

Risco Habitual: Toda criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco.

Risco Intermediário:

- Filhos de mãe negra e indígena;
- Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos;
- Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos;
- Filhos de mães com menos de 20 anos com 1 (um) filho morto anteriormente;
- Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
- Filhos de mães que morreram no parto/puerpério.

Existem algumas situações nas quais é necessária

uma atenção especial por parte da equipe de saúde ou, até mesmo, o encaminhamento para especialista. Entre essas situações, destacamos:

Alto Risco:

- Asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida);
- Baixo peso ao nascer;
- Desnutrição grave;
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV) e triagem neonatal positiva.
- Observações:
- atentar que para a mãe soro positiva é contra-indicado o Aleitamento Materno.
- prestar atenção especial às crianças, onde as condições ambientais, sociais e familiares sejam desfavoráveis, com história de internação anterior, história de morte de crianças com menos de 5 anos na família, recém nascido de mãe adolescente ou com baixa instrução.
- a equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento independentemente do calendário previsto de puericultura e vacinação.

d) Busca de faltosos

A UAP deverá realizar visita às crianças faltosas nas atividades programadas e agendar nova consulta, priorizando as que estejam em situações de risco. Caso a falta seja devida ao internamento da criança, a UAP deverá entrar em contato com o hospital e programar uma consulta após a alta.

8.3.1 Ações do ACS na promoção da saúde da Criança

- Realizar a visita domiciliar à puérpera e ao recém nascido logo após sua alta hospitalar;
- Incentivar ao aleitamento materno, caso a puérpera não tenha nenhuma contra-indicação.
- Encaminhar os recém nascidos com dificuldade de amamentação à UBS ou solicitar a equipe de atenção básica que realize uma visita domiciliar para acompanhamento;
- Orientar à mãe sobre a higiene do coto umbilical, que não pode colocar moeda, pó de café, faixa, fumo, etc, e caso apresente secreção levar a criança urgentemente à UAP;
- Identificar durante a entrevista familiar situações de risco para a criança e orientar a procurar o serviço de saúde o mais rápido possível, nas seguintes

situações: diarreia e vômitos, febre alta, criança gemente e com dificuldade de respirar;

- Orientar e estimular à puérpera para levar o recém-nascido à UAP para iniciar a puericultura;
- Realizar o controle das crianças faltosas na puericultura;
- Orientar a mãe sobre a realização do esquema vacinal da criança na UBS,
- Incentivar ao cumprimento do calendário vacinal;
- Realizar busca ativa das crianças faltosas às vacinas.

9. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Paraná avança com ações coordenadas na Atenção Primária, na área de especialidades e na retaguarda hospitalar. Mãe Paranaense, Paraná Urgência, Saúde Bucal e Saúde Mental são redes já consolidadas. As Redes de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência estão sendo construídas e devem ser lançadas durante a gestão 2015-2018.

Programas Estratégicos

A Secretaria de Estado da Saúde lançou programas estratégicos que sustentam a implantação das Redes de Atenção à Saúde:

APSUS - Qualificação da Atenção Primária

COMSUS - Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde

HOSPSUS - Qualificação dos Hospitais públicos e Filantrópicos

VIGIASUS - Qualificação da Vigilância em Saúde

FARMÁCIA DO PARANÁ - Qualificação da Assistência Farmacêutica

HOSPITAIS DO PARANÁ - Estruturação dos Hospitais Próprios

Educação Permanente do SUS, oferecida pela Escola de Saúde Pública do Paraná

As informações sobre as Redes de Atenção à Saúde e Programas Estratégicos estão disponíveis na página da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) na internet, pelo endereço www.saude.pr.gov.br

9.1 PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE

As Redes de Atenção à Saúde se estruturam por meio de pontos de atenção à saúde, que são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços realizados através de uma função de produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios onde se faz atenção domici-

liar terapêutica, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, os centros de especialidades odontológicas, os centros de convivência para idosos, os centros de atenção paliativa etc. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia entre outros.

É importante destacarmos que o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde é constituído pelo ponto de Atenção Primária à Saúde (Unidade Básica de saúde/equipe do PSF). Esse é o nó intercambiador, em que se coordenam os fluxos e os contra fluxos do sistema de serviços de saúde.

9.1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária é a porta de entrada da rede e ordena o cuidado nos outros níveis de atenção. Toda a unidade de Atenção Primária organiza as ações de pré-natal e acompanhamento, de forma que toda gestante tenha como referência a Unidade de Atenção Primária (UAP) mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da Estratégia de Saúde da Família. Estrutura-se, portanto, um processo de detecção precoce de gestação de risco que estabelece a vinculação da gestante aos serviços de maior complexidade, contudo mantém o seu acompanhamento e monitoramento pela equipe de saúde da UAP.

A estratificação de risco da gestante e da criança deve ser registrada na carteira da gestante e da criança, assim como todos os exames e seus resultados, pois, dessa forma, as carteiras da gestante e da criança permitem a comunicação das equipes da APS com os demais níveis: pontos de Atenção Secundários e Terciários.

Já no momento da inscrição, no pré-natal terá seu parto assegurado no hospital de referência, de acordo com avaliação de risco gestacional, por meio de um sistema de vinculação hospitalar.

9.1.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA / CENTRO MÃE PARANAENSE

O Centro Mãe Paranaense é um ponto de atenção secundário ambulatorial da Rede Mãe Paranaense que oferece atendimento por equipe multidisciplinar para a gestante e criança estratificada como de Alto Risco ou Risco Intermediário, conforme estabelecido na Linha Guia da Rede Mãe Paranaense.

A equipe multiprofissional do Centro Mãe Paranaense realiza atendimentos e orientações, complementando as ações desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária.

9.1.3 ATENÇÃO HOSPITALAR – NÍVEL TERCIÁRIO

Quando chega a hora do parto, a gestante procura o serviço de referência para o parto ao qual foi vinculada durante a realização do pré-natal. Compete aos serviços de Atenção Hospitalar receber a gestante em trabalho de parto e/ou para tratamento clínico realizar o parto, atender o recém-nato, realizar os testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçõzinho, completar a Carteira da Gestante, preencher a Carteira da Criança, dar alta e encaminhar orientações para Atenção Primária à Saúde (APS).

Para esse nível de atenção, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) estabeleceu uma tipologia para os hospitais que atendem a gestante de Risco Habitual, a de Risco Intermediário e a de Alto Risco (Anexo I).

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: “UM AGENTE DE MUDANÇAS”!

Você, Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um personagem muito importante para a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade.

Reconhecemos que o processo de qualificação dos ACS deve ser permanente e neste sentido apresentamos este material com informações atualizadas relacionadas a temas frequentes do cotidiano, com o objetivo oferecer subsídios para o desenvolvimento do trabalho do ACS e auxiliar no esclarecimento de dúvidas de forma objetiva.

Esperamos que este material contribua para o fortalecimento de seu trabalho, pois você, Agente comunitário de Saúde, é um AGENTE DE MUDANÇAS!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

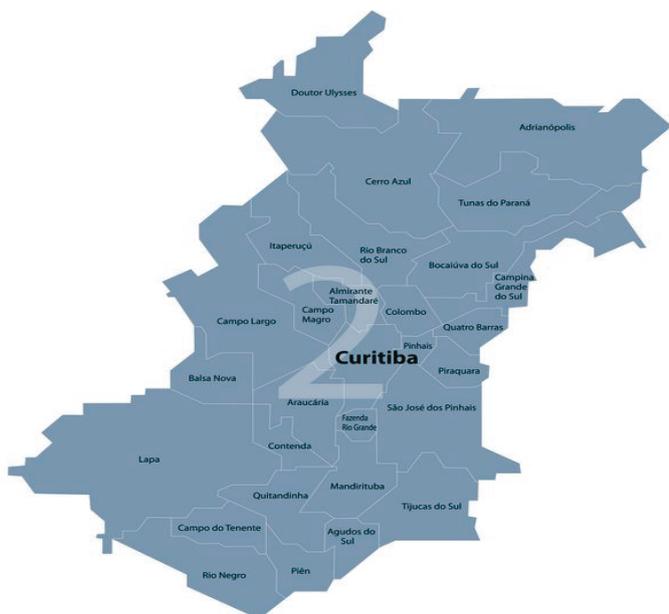
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. E-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia: Mãe Paranaense. Curitiba: Editora Azul, 2014.

Oficinas do Plano Diretor de Atenção Primária: As Redes de Atenção à Saúde no Paraná. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2970>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2014.

ANEXO I

Municípios da 2ª Regional de saúde do Paraná – Curitiba e Região Metropolitana



NÚMERO DE PONTOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REDE MÃE PARANAENSE POR MUNICÍPIO

MUNICÍPIOS	Pontos de Atenção Primária à Saúde
ADRIANÓPOLIS	3
AGUDOS DO SUL	2
ALMIRANTE TAMANDARÉ	12
ARAUCÁRIA	18
BALSA NOVA	5
BOCAIÚVA DO SUL	2
CAMPINA GRANDE DO SUL	13
CAMPO DO TENENTE	4
CAMPO LARGO	18
CAMPO MAGRO	9
CERRO AZUL	16
COLOMBO	23
CONTENDA	7
CURITIBA	122
DOUTOR ULYSSES	6
FAZENDA RIO GRANDE	11
ITAPERUÇU	4
LAPA	19
MANDIRITUBA	8
PIÊN	5
PINHAIS	13
PIRAQUARA	15
QUATRO BARRAS	8
QUITANDINHA	14
RIO BRANCO DO SUL	5
RIO NEGRO	15
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	29
TIJUCAS DO SUL	9
TUNAS DO PARANÁ	3
SCNES: outubro de 2014	

ANEXO II

Referencias hospitalares para parto vinculado na Região Metropolitana de Curitiba

Referências para gestação e parto de Alto Risco Região Metropolitana de Curitiba

Contenda
Lapa

Município/ RS
Hospital Evangélico - Hospital de Clínicas - Hospital do Trabalhador - Curitiba
Curitiba
Almirante Tamandaré
Campo Magro
Cerro Azul
Pinhais
Piraquara
Rio Branco do Sul
Doutor Ulysses
Itaperuçu
Quitandinha
Tunas do Paraná
Hospital Angelina Caron - Campina Grande do Sul
Adrianópolis
Bocaiúva do Sul
Campina Grande do Sul
Colombo
Quatro Barras
Hospital N S Rocio - Campo Largo
Agudos do Sul
Balsa Nova
Campo do Tenente
Campo Largo
Fazenda Rio Grande
Mandirituba
Piên
Rio Negro
Hospital São José - São José dos Pinhais
São José dos Pinhais
Tijucas do Sul
Hospital Municipal de Araucária - Araucária
Araucária

Referências para parto de Risco Habitual
Região Metropolitana de Curitiba

Município/ RS
Hospitais Curitiba - Centro Comunitário Bairro Novo, Hospital Vitor Ferreira do Amaral, Maternidade Mater Dei, HE, HC, HT
Curitiba
Adrianópolis
Campo Magro
Quitandinha
Almirante Tamandaré
Itaperuçu (manter em Itaperuçu)
Rio Branco do Sul
Tunas do Paraná
Hospital Municipal de Araucária
Araucária
Contenda
Hospital N S Rocio - Campo Largo
Balsa Nova
Hospital Bom Jesus - Rio Negro
Rio Negro
Campo do Tenente
Hospital N S Aparecida - Fazenda Rio Grande
Fazenda Rio Grande
Piên
Mandirituba
Hospital Angelina Caron - Campina Grande do Sul
Campina Grande do Sul
Quatro Barras
Hospital Maternidade Alto Maracanã - Colombo
Colombo
Bocaiúva do Sul
Hospital São José - São José dos Pinhais
São José dos Pinhais
Tijucas do Sul
Agudos do Sul
Hospital Parolim - Campo Largo
Campo Largo
Casa de Saúde Dr. Enio Costa - Cerro Azul

Cerro Azul
Doutor Ulysses
H e Maternidade N S da Luz dos Pinhais
Pinhais
Piraquara
Maternidade Municipal Humberto Carrano - Lapa
Lapa

